

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES, LIMA – 2017**

TESIS

Presentada por:

Bach. JETZEBEL LUCERO GERONIMO MAMANI

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA – PERU

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Obstetricia
FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE
MIRAFLORES, LIMA – 2017

Bach. JETZEBEL LUCERO GERONIMO MAMANI

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA


Aprobado por unanimidad ante el siguiente jurado:



Dra. Rinna Pilco Velásquez
Presidenta



Mgr. Juana Barreda Grados
Miembro



Mgr. Edith Godoy Gonzales
Secretaria



Dra. Olga Choque Chura
Asesora de Tesis

AGRADECIMIENTO

A mi ALMA MATER, la cual por sus docentes se preocupa porque seamos cada día mejores profesionales de la salud.

A los MIEMBROS DEL JURADO, por su paciencia, por sus aportes, valiosa ayuda profesional y por haber asumido la importante tarea de la corrección y perfeccionamiento de la presente tesis.

Gracias a todas y cada una de las personas que participaron en la culminación de esta tesis, ya que dedicaron su tiempo y su conocimiento para ayudarme a completar mi proyecto.

DEDICATORIA

A Dios: por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis amores: mi madre Venilda, mis hermanos: Viery y Briggite por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante, que sin duda alguna me ha demostrado su amor incondicional.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
CONTENIDO.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xi
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	4
1.2. Formulación del problema.....	5
1.2.1. Problema general.....	5
1.2.2. Problemas específicos.....	6
1.3. Objetivos.....	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
1.4. Importancia del problema y justificación.....	8

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio.....	11
2.2. Marco teórico.....	21
2.2.1. Cesárea.....	21
2.2.2. Factores maternos.....	24
2.2.3. Factores fetales.....	26
2.2.4. Factores ovulares.....	28
2.2.5. Adolescencia.....	29
2.2.6. Embarazo en la adolescencia.....	30
2.3. Definición de términos	32

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	33
3.2. Población y Muestra de estudio.....	34
3.3. Variables de estudio.....	35
3.3.1. Variable dependiente.....	35
3.3.2. Variable independiente.....	35
3.3.3. Operacionalización de variables.....	35
3.4. Procedimientos de recolección de datos.....	36
3.5. Técnicas y métodos de recopilación de datos.....	37

3.6. Procesamiento de datos.....	38
----------------------------------	----

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

DISCUSIÓN.....	78
CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES.....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS.....	93

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01:	40
Incidencia de la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017.	
Tabla 2:	42
Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según edad.	
Tabla 03:	44
Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según estado civil.	
Tabla 04:	46
Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según grado de instrucción.	
Tabla 05:	48
Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María	

Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según control prenatal.

Tabla 06:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según antecedente de aborto.	50
Tabla 07:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según número de gestación.	52
Tabla 08:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según edad gestacional.	54
Tabla 09:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según tipo de terminación de parto.	56

Tabla 10:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según factores maternos.	58
Tabla 11:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según factores fetales.	60
Tabla 12:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según factores ovulares.	63
Tabla 13:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según la relación de factores materno con tipo de cesárea.	66
Tabla 14:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María	68

Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según la relación de factores fetales con tipo de cesárea.

- Tabla 15: Factores asociados a la cesárea en gestantes 70
adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según la relación de factores ovulares con tipo de cesárea.
- Tabla 16: Factores asociados a la cesárea en gestantes 72
adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según la relación de factores maternos con la edad.
- Tabla 17: Factores asociados a la cesárea en gestantes 74
adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017 ; según la relación de factores fetales con la edad.
- Tabla 18: Factores asociados a la cesárea en gestantes 76
adolescentes atendidas en el hospital María

Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima,
2017; según la relación de factores ovulares con
la edad.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 01:	Incidencia de la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017.	41
Gráfico 2:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según edad.	43
Gráfico 03:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según estado civil.	47
Gráfico 04:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según grado de instrucción.	46
Gráfico 05:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María	49

Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según control prenatal.

- Gráfico 06: Factores asociados a la cesárea en gestantes 51
adolescentes atendidas en el hospital María
Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima,
2017; según antecedente de aborto.
- Gráfico 07: Factores asociados a la cesárea en gestantes 53
adolescentes atendidas en el hospital María
Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima,
2017; según número de gestación.
- Gráfico 08: Factores asociados a la cesárea en gestantes 55
adolescentes atendidas en el hospital María
Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima,
2017; según edad gestacional.
- Gráfico 09: Factores asociados a la cesárea en gestantes 57
adolescentes atendidas en el hospital María
Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima,
2017; según tipo de terminación de parto.

Gráfico 10:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según factores maternos.	59
Gráfico 11:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según factores fetales.	62
Gráfico 12:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según factores ovulares.	65
Gráfico 13:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017; según la relación de factores materno con tipo de cesárea.	67
Gráfico 14:	Factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María	69

Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017
; según la relación de factores fetales con tipo de
cesárea.

Gráfico 15: Factores asociados a la cesárea en gestantes 71
adolescentes atendidas en el hospital María
Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima,
2017; según la relación de factores ovulares con
tipo de cesárea.

Gráfico 16: Factores asociados a la cesárea en gestantes 70
adolescentes atendidas en el hospital María
Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima,
2017; según la relación de factores maternos con
la edad.

Gráfico 17: Factores asociados a la cesárea en gestantes 75
adolescentes atendidas en el hospital María
Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima, 2017
; según la relación de factores fetales con la edad.

Gráfico 18: Factores asociados a la cesárea en gestantes 77
adolescentes atendidas en el hospital María

Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima,
2017; según la relación de factores ovulares con
la edad.

RESUMEN

El presente trabajo fue realizado con el objetivo de determinar los factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora, 2017; fue una investigación descriptiva, correlacional, retrospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 130 gestantes adolescentes, con parto por vía cesárea.

Resultados: Los factores asociados maternos, fetales y ovulares más importantes que se presentaron en gestantes adolescentes fueron: preeclampsia (22,3%), expulsivo prolongado (8,5%), sufrimiento fetal agudo (4,6%), macrosomía fetal (2,3%), ruptura prematura de membranas (77,7%) y oligohidramnios severo (2,3%); y las que se relacionan con la cesárea ($P > 0,05$) son: la pelvis estrecha, la desproporción céfalo-pélvica, el embarazo múltiple, macrosomía fetal, distocias de presentación, restricción de crecimiento intrauterino y finalmente oligohidramnios severo.

Conclusiones: Los factores asociados maternos, fetales y ovulares más importantes que se presentaron en gestantes adolescentes fueron: la pelvis estrecha ($p=0,000$), la desproporción céfalo-pélvica ($p=0,000$), embarazo múltiple ($p=0,001$), macrosomía fetal ($p=0,000$), distocias de presentación ($p=0,001$), restricción de crecimiento intrauterino ($p=0,001$) y finalmente oligohidramnios severo ($p=0,004$).

Palabras clave: gestante, adolescente, cesárea y factores asociados.

ABSTRACT

The present work was carried out with the objective of determining the factors associated with cesarean section in pregnant adolescents attended at the María Auxiliadora hospital, 2017; It was a descriptive, correlational, retrospective and cross-sectional investigation. The sample consisted of 130 adolescent pregnant women, with cesarean delivery. Results: The most important maternal, fetal and ovular associated factors that occurred in pregnant women were: preeclampsia (22.3%), prolonged expulsive (8.5%), acute fetal distress (4.6%), fetal macrosomia (2.3%), premature rupture of membranes (77.7%) and severe oligohydramnios (2.3%); and those related to caesarean section ($P > 0.05$) are: the narrow pelvis, the cephalic pelvic disproportion, the multiple clutch, fetal macrosomia, presentation dystocia, intrauterine growth restriction and finally severe oligohydramnios. Conclusions: The most important maternal, fetal and ovular associated factors that occurred in pregnant women were: the narrow pelvis ($p = 0.000$), the cephalic pelvic disproportion ($p = 0.000$), multiple pregnancy ($p = 0.001$), fetal macrosomia ($p = 0.000$), presentation dystocia ($p = 0.001$), intrauterine growth restriction ($p = 0.001$) and finally severe oligohydramnios ($p = 0.004$).

Key words: pregnant woman, adolescent, caesarean section and associated factors.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo de investigación se estudió los factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes atendidas en el hospital María Auxiliadora en el año 2017, con el cual se esperó determinar los factores asociados más frecuentes en este grupo de estudio, ya que muchos trabajos de investigación demuestran que un embarazo en esta etapa de la vida constituye un riesgo para la madre adolescente por la falta de madurez física y mental, incrementando así los factores asociados a la cesárea.

El embarazo adolescente es conocido mundialmente como un problema relevante de salud pública en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo: Por su prevalencia, su tendencia a aumentar en los sectores más carenciados de la población. Por tradición, el embarazo en adolescentes se considera de alto riesgo debido a la mayor proporción de desenlaces perinatales y maternos adversos. Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. (1)

Según ENDES 2013 Perú, la tasa de cesáreas se incrementó de 21,4% a 26,5% entre los años 2009 y 2013. Al desagregar la cifra por características de la madre, se revelan importantes contrastes. Se observó que las cesáreas se realizaron en el 49,4% entre las mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza, 43,3% entre aquellas con educación superior, 41,7% que pertenecen al cuarto quintil de riqueza y 32,7% entre las que tuvieron el primer nacimiento.

De acuerdo con el ámbito geográfico, fue 44,6% en Tumbes, 39,3% en Lima Metropolitana y 38,2% en Lambayeque. Por otro lado, se mantiene en niveles bajos entre las mujeres ubicadas en el quintil inferior de riqueza (8,9%) y con el sexto o posterior nacimiento (9,6%); y por ámbito geográfico, en el departamento de Amazonas (10,6%) y en el área rural (11,5%). (2)

Es necesario realizar esta investigación para poder crear estrategias de intervención en la atención de la mujer adolescente para así disminuir la alta tasa de morbi - mortalidad materna - perinatal.

Este trabajo de investigación presenta los siguientes capítulos:

En el Capítulo I se describió el problema, la formulación de la misma, se conoce las preguntas de investigación, la tesis tuvo por objetivo factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima – 2017.

En el Capítulo II se abordó los antecedentes del problema, los aspectos teóricos relacionados con los factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes, donde se encuentra además la definición de términos.

En el Capítulo III se abordó la metodología de la investigación, la investigación planteada es de tipo descriptiva, correlacional, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 130 gestantes adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión.

En el Capítulo IV se ofrece los resultados y discusión, por último, se presentaron las conclusiones y recomendaciones de esta tesis.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema:

En los últimos tres años, la mortalidad materna en adolescentes ha registrado una tendencia al aumento, pasando de 4,6% en el 2013 a 9,6% en el 2015, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2015) debido especialmente a casos de violencia sexual, la poca información sobre métodos de planificación familiar y la falta de educación sexual en los colegios. Sin embargo la OMS considera como embarazo de riesgo a las mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de morbilidad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo. (3)

Ya que la operación cesárea, inicialmente reservada sólo para algunos casos de emergencia, es hoy en día, por mucho, la cirugía abierta más frecuentemente realizada en las mujeres de cualquier edad. De hecho, en las últimas dos décadas, su uso se ha incrementado, tanto que lo que inicialmente surgió como una

solución, ahora se considera un problema de salud pública por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. (4)

Por lo citado anteriormente, la práctica de la cesárea en adolescentes debería realizarse únicamente en los casos necesarios, en donde exista una indicación médica justificada, para lo cual se requiere un adecuado adiestramiento y preparación por parte de todo el personal de salud encargado en la atención del parto. De ahí la importancia de que los diagnósticos clínicos referidos como causales para la intervención sean muy bien establecidos, por lo cual, se quiere dar a conocer los factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora en el año 2017.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general:

¿Cuáles son los factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima - 2017?

1.2.2. Problemas específicos:

- a) ¿Qué características sociodemográficas y obstétricas presentan las gestantes adolescentes cesáreas del hospital María Auxiliadora?

- b) ¿Cuáles son los factores maternos asociados a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora?

- c) ¿Cuáles son los factores fetales asociados a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora?

- d) ¿Cuáles son los factores ovulares asociados a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General:

Determinar los factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima – 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- a) Identificar las características sociodemográficas y obstétricas presentan las gestantes adolescentes cesáreadas del hospital María Auxiliadora.
- b) Identificar los factores maternos asociadas a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora.
- c) Identificar los factores fetales asociadas a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora.
- d) Identificar los factores ovulares asociadas a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora.

1.4. Importancia y Justificación del problema:

A inicios de los sesenta la cesárea presentó un incremento que no superaba en países desarrollados lo que se asoció con descensos en la mortalidad materna y neonatal. En los últimos años los partos por cesárea se han incrementado exponencialmente, sin mejoras adicionales en las tasas de mortalidad materna y neonatal; es una intervención de la que en la actualidad "se abusa indebidamente de la frecuencia en sus indicaciones"; en perjuicio de la mujer, en contra del concepto quirúrgico en general conservador, del momento, y del propósito de nuestra especialidad.

El embarazo adolescente a nivel mundial es un problema de salud pública que cada año presenta una incidencia mayor. Es importante saber que tanto el embarazo y la maternidad en adolescentes es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, las de sus hijos, los familiares y de la comunidad en su conjunto. Actualmente se trata de combatir la morbimortalidad materno infantil, para esto se planteó varias estrategias a fin de contrarrestar este problema.

En el Perú el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informo que en los últimos 14 años aumento en 1,6 puntos porcentuales el número de embarazos adolescentes, en la cual se demostró que Lima es uno de los departamentos donde mayor se presenta el embarazo adolescente. (2)

En un libro titulado “Impacto del Embarazo en la Salud de las Adolescentes” publicado en el 2015 por el hospital María Auxiliadora (HMA), donde se encontró que en los últimos años aumento en 1,8 puntos porcentuales el número de embarazos adolescentes, desde el año 2012 – 2015 en la cual se demostró que Lima es uno de los departamentos donde mayor se presenta la cesárea en embarazo adolescentes, siendo este un problema de gran magnitud. (5)

Los factores que influyen en este aumento se deben a una menor tolerancia a tomar riesgos, temor a los juicios de mala práctica médica por complicaciones que se presentan en el parto. Existen diversas indicaciones para la realización de una cesárea, permitiendo el nacimiento por vía abdominal. De origen no claro, su indicación es para condiciones extremas a indicaciones consideradas como relativas. En efecto, su aumento no ha sido

relacionado con una clara disminución de la morbimortalidad materna o neonatal. (4)

El hecho de llevar a cabo este trabajo en un hospital nacional al que acuden diferentes tipos de pacientes, arrojará resultados que darán a conocer los factores asociados en la población adolescente sometida a cesárea, para así tener un panorama de la situación actual y tomar medidas preventivas y de solución en coordinación con el resto de profesionales de salud para buscar una mejora en beneficio de la paciente gestante y el recién nacido.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

- **A NIVEL INTERNACIONAL**

PAZ Y COL. Ecuador, “Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo” (2012). Es un estudio descriptivo en un hospital Jaramillo - Ecuador de III nivel 2011, donde concluye que la primera causa de cesárea fue la cesárea anterior con un 32,4%, luego el SFA con un 8%, DCP con un 7,8%, dilatación estacionaria con un 7,3%, trastornos hipertensivos del embarazo con 7,3%, distocias de presentación con un 6,4%, RPM con un 4,1%, cesárea iterativa 1 con un 3,4%, distocias óseas con un 3,1% y macrosomía fetal con un 2%. (6)

ZAMORA Y COL. España, “Modificación en la tasa de cesáreas y sus indicaciones entre 2008 y 2012 en el Hospital de León” (2012). Determino que la tasa de cesáreas subió del 19,82% al 22,06% para el 2012. Las conclusiones que se obtuvieron en la investigación fueron indicaciones por cesárea

anterior y presentación pelviana fueron las de mayor porcentaje, siendo estos los principales indicaciones de cesárea. (7)

BARRIGA Y COL. Colombia, “Indicación de cesárea en el Instituto Materno Infantil (IMI) Bogotá - Colombia. Serie de casos” (2012). Determino el diagnóstico de cesárea anterior correspondió al 26,4% de las cesáreas realizadas en el IMI; siguieron en orden de frecuencia; estado fetal insatisfactorio 15,5%, trastornos hipertensivos del embarazo 15,5%, detención secundaria de la dilatación y el descenso 5,5%, RPM 4,7%. Las conclusiones fueron: la cesárea anterior constituyó la indicación de cesárea más frecuente en esta institución. Los trastornos hipertensivos del embarazo y la RPM se encontraron dentro de los diagnósticos más frecuentes que llevaron a la cesárea en el IMI, diagnósticos que no se reportan en los registros internacionales. (8)

VÉLEZ Y COL. México, “Incidencia, Indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora” (2012).

Realizaron un estudio de tipo observacional, transversal, analítico y descriptivo donde la incidencia de la operación cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS, fue del 46%, con un incremento promedio anualizado del 1,2%. La proporción de cesárea previa (35,78%), la cesárea iterativa (11,62%), el SFA (11,62%), la DCP (7,95%), la RPM (4,89%), la distocia dinámica (4,28%), la presentación pélvica (3,98%) el oligohidramnios (3,98%), entre otras (8,9%), fueron las indicaciones que mayormente justificaron el procedimiento quirúrgico. (9)

- **A NIVEL NACIONAL**

PATIÑO G. Tumbes, “Incidencia y Factores Determinantes de la Cesárea en los Hospitales de Tumbes” (2011).

Realizaron un estudio para conocer los factores maternos y fetales asociados a la cesárea y la frecuencia de la operación en las cesareadas de los hospitales del MINSA y EsSalud. Encontrándose que la frecuencia de cesárea en el hospital de EsSalud fue de 58,76 %, y de 49,52 % en el MINSA. Los factores

maternos para la indicación de cesárea en los dos hospitales de Tumbes estudiados fueron las cesáreas anteriores en las pacientes mayores de 25 años, con una gestación previa y más de seis CPN. Se comprueba que los factores asociados a la cesárea son fundamentalmente maternos. (4)

BENDEZU y COL. Ica, “Características y riesgos de gestantes adolescentes” (2014). Realizaron un estudio para establecer la incidencia, riesgos y complicaciones del embarazo y parto en las adolescentes, se estudió 177 adolescentes y se comparó sus características con un grupo control de 177 gestantes de 20 a 34 años. Los resultados encontrados en las características obstétricas y perinatales dieron que el embarazo en las adolescentes representó el 6,63% de la población atendida. Las complicaciones del embarazo anemia (18,2%) e ITU (14,1%) ocurrieron más en las adolescentes, en tanto, las enfermedades hipertensivas (17,5%) lo fueron en las gestantes mayores. La DCP y el SFA fueron las principales indicaciones de cesárea en las adolescentes. La frecuencia de complicaciones del puerperio en los casos observados fue mayor que en los controles, siendo estadísticamente significativo

($p < 0,05$). Concluyeron que el embarazo en la adolescencia tiene riesgo elevado de complicaciones. (3)

BARON Y VIDAURO. Chiclayo, “Operación cesárea: incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo durante el periodo enero 2012 – diciembre 2014” (2015). La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea. Los resultados fueron una incidencia de la operación cesárea de 27,7%; siendo la principal indicación la cesárea segmentaria previa con 27,7% seguido de la presentación podálica con 22,7%; DCP 21,4%; DPP con 8,4%. Concluyendo que la incidencia se encuentra en un porcentaje superior al recomendado por la OMS y que las indicaciones absolutas representan un 50,6%. (12)

VARGAS L. Iquitos, “Características maternas, obstétricas y complicaciones materno – perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III-Iquitos- EsSalud” (2014). La población estuvo constituida por 149 gestantes adolescentes. Los resultados que se obtuvieron fueron: Las 149 gestantes adolescentes atendidas, el 89,3% tienen entre 18 a 19

años de edad, el 55,7% son conviviente y el 29,5% solteras, el 54,4% proceden de la zona urbana y el 23,5% de la zona urbano marginal, el 57,0% tuvieron nivel de instrucción secundaria. El 26,2% refieren tener antecedente de aborto, el 91,3% son primíparas, el 48,3% tienen 6 a más CPN, el 20,8% tuvieron menos de 37 semanas de gestación, el 61,1% tuvieron parto eutócico y el 38,9% tuvieron parto por cesárea. El 56,4% (84) de las gestantes adolescentes tuvieron complicación obstétrica, las principales fueron: anemia (58,3%), ITU (54,8%), desgarro perineal (38,1%), DCP (25,0%), APP (21,4%) e hipertensión inducida por el embarazo (16,7%). Las complicaciones obstétricas se asociaron a la procedencia rural de la gestante adolescente ($p=0,026$), no a la edad ($p=0,122$), estado civil ($p=0,219$), ni al nivel de instrucción ($p=0,641$). El 40,9% (61) de las gestantes adolescentes tuvieron alguna complicación perinatal, las principales fueron: prematuridad (50,8%), recién nacido de bajo peso (41,0%), SFA (29,5%), RCIU (16,4%), y sepsis neonatal (13,1%) Las complicaciones perinatales se asoció con la procedencia ($p=0,032$) y el nivel de instrucción ($p=0,027$), no así con la edad ($p=0,284$), ni el estado civil ($p=0,889$). Conclusiones: Las gestantes adolescentes atendidas

en el Hospital III Iquitos de EsSALUD tienen una alta frecuencia de complicaciones obstétricas y perinatales. (13)

- **A NIVEL LOCAL**

ALBORNOZ Y REÁTEGUI. Lima, “Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012” (2013).

Se realizó un estudio descriptivo y cuantitativo donde la muestra fue 530 gestantes adolescentes a las que se realizó cesárea. Los resultados fueron el 96,8% de adolescentes tardías, mientras que el 3,2% adolescencia temprana. Con respecto a factores socioculturales; grado de instrucción, el 56,0% tenía secundaria incompleta, un 30,8% secundaria completa, el 5,1% universitario incompleto, el 1,7% primaria incompleta y un 0,4% primaria completa. En cuanto al estado civil, el 62,5% eran solteras, el 35,3% convivientes y el 2,3% casadas. En lo referido al número de gestaciones, el 82,1% eran primigestas, el 16,6% segundigestas y el 1,3% multigestas. Con respecto al CPN, el 11,7% no presentaba ninguna atención prenatal, el 52,8% tenía menos de seis atenciones prenatales, mientras que el 35,5%

presentaban seis o más CPN. Los diagnósticos de cesárea, SFA con 9,6%, distocia funicular con 7,3%, preeclampsia leve 7,0% y otras indicaciones no especificadas con 8,7%. Finalmente, con respecto al tipo de cesárea de urgencia, el 71,9% fueron de emergencia mientras que el 28,1% fueron electivas. Las conclusiones fueron: El 96,8% de adolescentes se encontraban en la adolescencia tardía. En su mayoría (56,0%) presentaron secundaria incompleta y la mayor parte de adolescentes eran solteras (62,5%). Para el 82,1% era su primera gestación. Sólo el 35,5% presentaban seis o más atenciones prenatales, así mismo el 11,7% no presentaba ninguna. La principal causa de cesárea fue SFA con 9,6%. La mayor parte de cesáreas (71,9%) fueron de emergencia. (14)

GALVEZ E. Callao, “Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, periodo Enero – Diciembre, 2013” (2014). La población estuvo constituida por 160 pacientes. Se encontró al analizar que el 52% han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea, el 56% tuvo cesárea electiva. Las Indicaciones fueron: DCP y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9%, SFA y distocia

funicular 7%, IUP, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha, PIC, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%. (15)

FLORES A. Lima, “Frecuencia de cesáreas injustificadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital de Ventanilla” (2015). La muestra estuvo constituida de 166 casos. El resultado que se encontró que la frecuencia de cesáreas injustificadas de 35,5%. La edad y los CPN son factores asociados estadísticamente no significativos a cesáreas injustificadas con un $p < 0,05$ y un $OR = 1,1$ y $1,4$ respectivamente. El tipo de cesárea por la que han sido intervenidas ha sido electivo con un 56,6% y dentro de las indicaciones injustificadas para la realización de cesárea han sido de causas maternas con un 58,4% y de mayor indicación por cesárea anterior una vez con 19,3%. Y se concluyó que las cesáreas injustificadas son las menos frecuentes con un 35,5%. La edad y los CPN son factores asociados no significativamente a cesáreas injustificadas. (4)

ALVAREZ C. Callao, “Principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao durante el periodo Julio del 2014 – Julio del 2015” (2016). La muestra fue de 151 casos. Los resultados fueron: Indicación materna (37,7%), indicación fetal (47,7%) y parto disfuncional (17,9%). La principal indicación de cesárea fue por causa fetal, encontrándose 72 casos (47,7%), de los cuales 23 casos (31,9%) fueron por macrosomía fetal, 14 casos (20,8%) fueron por distocia de presentación. Dentro de las indicaciones maternas, preeclampsia con 21 casos (29,2%) fue la más prevalente, y le siguió la cesárea previa con 19 casos (26,4%). De la misma forma, en las indicaciones por TPD, se encontró 10 casos (13,9%) por inducción fallida y 5 casos (6,9%) por dilatación estacionaria. Las conclusiones fueron: La principal indicación de cesárea fue la indicación fetal (47,7%), siendo la macrosomía fetal la de mayor prevalencia (31,9%). (16)

PINZAS H. Lima, “Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de ginecología y obstétrica del hospital Vitarte” (2015). Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo cuantitativo. Resultados fueron:

El 87,80% de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 a 19 años. El 81,20% perteneció a la zona rural. El 69,60% ha estudiado la secundaria completa. El 76% son convivientes. El 91,20% son ama de casa. Dentro de las complicaciones obstétricas, la cesárea se presentó en 129 casos (51,60%) en el parto vaginal 121 casos (48,4%). El 34,80% presentó DCP. (17)

SUXO CHIPANA M. Tacna, “Incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de ESSalud, 2015”. (2016). La muestra estuvo constituida por 563 pacientes que tuvieron parto por cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud-Tacna en el año 2015. Los principales resultados indican que se registraron 1354 partos, de los cuales 563 fueron cesáreas, dándonos una incidencia de cesárea de 41,6 %, las principales indicaciones de cesárea fueron: Sufrimiento fetal agudo (15,6 %), desproporción céfalo-pélvica por macrosomía fetal (11,2 %), presentación podálica (10,3 %), cesárea iterativa (9,8 %), trabajo de parto disfuncional (9,4 %) e inducción fallida (4,8 %). (11)

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que ha ido en aumento en los últimos años, suponiendo aproximadamente un 20% de todos los nacimientos en todo el mundo. Es definida como el nacimiento del feto y salida de placenta a través de incisiones en la pared abdominal y la uterina. Ésta debe darse sólo ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal. (18)

La Organización Mundial de la Salud establece que en ninguna parte del globo existen razones suficientes para que el porcentaje de cesáreas supere el 15%. Además, advierte que hay diez veces más posibilidades de terminar en la unidad de cuidados intensivos tras una cesárea selectiva planificada, que tras un parto vaginal. En la actualidad, los riesgos que acompañan a la cesárea han descendido espectacularmente, pero continúa sin tratarse de una operación inocua. La muerte materna es excepcional, aunque si la comparamos con la del

parto, la cesárea electiva conlleva un riesgo 3 veces mayor y la cesárea urgente lo eleva 9 veces. (10)

Las actualizaciones médicas a través del tiempo han permitido disminuir el riesgo materno de esta cirugía y a su vez la mortalidad perinatal. La cesárea, ha contribuido en la mejoría de supervivencia de muchos recién nacidos, como también las condiciones de su nacimiento. Existen varios tipos: segmentaria inferior, clásica extra - peritoneal y la cesárea histerectomía. Otros términos empleados son de urgencia, electiva, transversal y vertical. La mayoría de las cesáreas se realiza cuando ocurren problemas inesperados durante el parto. La operación es relativamente segura para la madre y el niño. La cesárea también requiere un período de recuperación más prolongado que el parto vaginal. Cuando cicatriza la incisión puede dejar un área más débil en la pared uterina. (19)

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

- **Primaria:** Es la que se realiza por primera vez.
- **Iterativa:** Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas.

Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación. En este periodo es adecuado porque se evita el riesgo de inmadurez pulmonar fetal y se minimiza el riesgo que implica un inicio espontáneo de trabajo de parto en estas pacientes. En cuanto a la opción del parto vaginal después de cesárea previa, es deber del médico informarle a la paciente cuáles son sus opciones, y los riesgos y beneficios que cada una de estas tiene. (7)

Según indicaciones:

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

Según el tipo de incisión: (10)

- **Corporal o clásica:** La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino.
- **Segmento corporal: (Beck),** la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino.

- **Segmento arciforme o transversal: (Kerr)**, tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.

2.2.2. Factores maternos

- **Enfermedad hipertensiva del embarazo**

En los casos de preeclampsia leve con embarazo a término se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal. En la preeclampsia severa, es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal, si no hay condiciones para parto vaginal, se optará por la vía abdominal, en especial si hay signos inminentes de eclampsia o de desarrollo del síndrome HELLP o si se trata de restricción de crecimiento fetal. (19)

- **Trabajo de parto prolongado**

Es la alteración del trabajo de parto luego de la presentación de contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por las 12 horas. Se manifiesta porque la curva de alerta del partograma se desvía hacia la derecha. (4)

- **Desproporción céfalo - pélvica**

Es una indicación frecuente de cesárea. Así un bebé pequeño puede, durante el trabajo de parto, salvar la desproporción relativa, a menos que la deformidad pélvica sea extrema. Por otro lado, la pelvis aparentemente normal puede resultar pequeña para un bebé macrosómico o con la cabeza deflexionada. (2)

- **Cesárea previa**

En los casos de cesárea previa, la cicatriz de la incisión en la pared uterina puede predisponer a su rotura antes o durante el trabajo de parto, por lo que, en estos casos el parto

abdominal ha sido considerado como indicación casi absoluta. Sin embargo, la cicatriz de una cesárea segmentaria transversa es capaz de tolerar el embarazo y el parto sin romperse. (4)

2.2.3. Factores fetales

- **Sufrimiento fetal agudo**

La hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal Intra - parto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de SFA es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación. (18) (20)

- **Restricción de Crecimiento Intrauterino**

Es definida como la “condición por la cual un feto no expresa su potencialidad genética de crecimiento”. En términos

operativos, existe consenso en incluir como grupo estudio a todos fetos cuyo percentil de crecimiento sea < 10 . (21)

- **Óbito fetal**

Se define como la ausencia de: Latido cardíaco, pulsación de cordón, respiración espontánea y movimientos del feto, antes de la separación completa del cuerpo de la madre desde las 22 semanas de gestación hasta el parto o desde que el feto pesa 500 gramos. (18)

- **Distocia**

También se define como parto anormal en el que, al analizar las características de la gestante, no se presupone un parto vaginal seguro. La desproporción céfalo-pélvica es una de sus causas. La inercia o disfunción uterina es la otra explicación de la distocia y suele corregirse mediante el uso de oxitócicos. La distocia ha sido la primera razón de indicación de cesárea repetida. El partograma es el instrumento que ayuda a diagnosticar la inercia o la disfunción uterina. (4)

2.2.4. Factores ovulares

- **Desprendimiento prematuro de placenta**

Deben ser sometidas a cesárea inmediatamente; cuando el desprendimiento es leve; se realizará la cesárea cuando el bebé está vivo y presenta signos de sufrimiento fetal; o cuando se considera que el parto va a demorar más de dos horas o el sangrado aumenta. (18)

- **Rotura prematura de membranas**

La rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto está asociada con corioamnionitis y prematuridad, así como con muerte materna y perinatal. Es por esto que, en un cuadro de rotura prematura de membranas (RPM), si no hay condiciones de parto vaginal después de las 24 horas de ocurrida la RPM, si falló la inducción, o ante la presencia de corioamnionitis o de sufrimiento fetal sin trabajo de parto, se prefiere terminar la gestación por vía alta. (19)

2.2.5. Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como: “El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importante en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios” y esta considera dos fases:

- Adolescencia Temprana: 10 a 14 años de edad.
- Adolescencia Tardía: 15 a 19 años de edad.

La adolescencia es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez, establecimiento de las posibilidades de independencia socioeconómica. (22)

2.2.6. Embarazo en la adolescencia

Según la OMS, es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita los

patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica (23)

Se lo define como: “El embarazo que se produce en una mujer adolescente entre los 10 y antes de los 19 años de edad independientemente de la edad ginecológica”. (1) El embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud, con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas. (24)

La probabilidad de morir debido a eventos relacionados con la reproducción es 2 veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es 6 veces mayor cuando la joven es menor de 15 años. Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes.

2.3. Definiciones de términos:

- a) **Indicación de cesárea:** Razón por la cual el parto vaginal no es posible o conlleva mayor riesgo materno-perinatal. (16)
- b) **Tasa de cesárea:** Es una expresión de la frecuencia con que ocurre un hecho en una población determinada. (12)
- c) **Atención Prenatal adecuada:** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto. Para considerar una atención prenatal periódica, continua e integral se deben realizar como mínimo seis atenciones prenatales, por lo tanto, se pueden clasificar en: Ningún CPN, menos de seis CPN y mayor o igual a seis CPN. (24)
- d) **Cesárea electiva:** Cesárea programada por indicación médica y se ejecuta antes del inicio del trabajo de parto. (4)
- e) **Parto vaginal:** proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación por vía vaginal. (11)
- f) **Rotura uterina:** Es como una solución de continuidad de la pared del útero localizada en el segmento inferior, con o sin expulsión del feto, durante el embarazo o en el TP. (4)
- g) **Histerectomía:** Es la cirugía para extirpar el útero de una mujer. (10)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación:

El presente estudio según la clasificación de Hernández Sampieri y otros, es una investigación de tipo descriptivo, correlacional, retrospectivo y de corte transversal. (25)

- Descriptivo: Porque determina y describe los factores asociados a las indicaciones de cesárea en madres adolescentes.
- Correlacional: Porque relaciono los factores asociados que se presentan en madres adolescentes con la cesárea.
- Retrospectivo: Porque los eventos han ocurrido antes del estudio.
- Transversal: Porque evalúa las variables una sola vez durante el período que ocurre el estudio.

3.2. Población y Muestra de estudio

- **Población de estudio:** Estuvo constituida por 176 gestantes adolescentes a las cuales se les realizo parto por vía cesárea en el hospital María Auxiliadora de Lima en el año 2017.

- **Muestra:** Estuvo constituida por 130 gestantes adolescentes a los cuales fueron parto por vía cesárea del hospital María Auxiliadora en el año 2017, se utilizó muestra por conveniencia que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión como son:
 - ✓ **Criterio de inclusión:**
 - Gestantes adolescentes con terminación de parto cesárea ya sea electiva o atendida por emergencia, con indicación obstétrica, materna o fetal.
 - Pacientes con Historia Clínica Perinatal completa.

 - ✓ **Criterio de exclusión:**
 - Gestantes no adolescentes.
 - Gestantes adolescentes con terminación de parto vaginal.
 - Pacientes con Historia Clínica Perinatal incompleta.

3.3. Variables de estudio

3.3.1. Variable dependiente: Gestante adolescente

- Adolescencia Temprana: 10 hasta 15 años
- Adolescencia Tardía: de los 15 a los 19 años

3.3.2. Variable independiente: Factores asociados a la cesárea

3.3.3. Operacionalización de variables:

Variables		Indicadores	Unidad/ Categoría	Escala
Variable dependiente	GESTANTE ADOLESCENTE	Adolescente temprana	10 a 14 años	Ordinal
		Adolescente tardía	15 a 19 años	
Variable independiente	FACTORES MATERNOS	Cesárea previa	SI/ NO	Nominal
		Pelvis estrecha		
		Preeclampsia		
		Eclampsia		
		DCP		
		Expulsivo prolongado		
	FACTORES FETALES	Embarazo múltiple	SI/NO	
		Sufrimiento fetal agudo		
		Macrosomía fetal		
		RCIU		
		Óbito fetal		
		Distocias de presentación		
	FACTORES OVULARES	DPP		
		Oligohidramnios severo		
		RPM		
		Doble circular de cordón		

Variables Aleatorias	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Estado civil	Soltera	Nominal
			Casada	
			Conviviente	
		Control Prenatal	0 controles	
			1-5 controles	
			6 a más controles	
		Nivel de instrucción	Sin estudios	
	Primaria			
	Secundaria			
	Superior			
	Antecedente de Abortos	Si/ No		
	CARACTERÍSTICAS OBSTETRICAS	Número de Gestación	Primigesta	
			Segundigesta	
			Multigesta	
Tipo de cesárea		Electiva		
		Emergencia		

3.4. Procedimientos de recolección de datos

3.4.1. Instrumentos:

Para medir las variables se utilizó una ficha de recolección de datos, que se recopiló de una tesis con instrumento validado, este consta de 4 ítems: (10)

- Primero ítem: características sociodemográficas (edad, procedencia y nivel e instrucción).

- Segundo ítem: características obstétricas (número de CPN, N° de gestación, antecedente de aborto, edad gestacional, tipo de cesárea).
- Tercer ítem: causas maternas (cesárea previa, pelvis estrecha, preeclampsia, eclampsia, período intergenésico, DCP y expulsivo prolongado).
- Cuarto ítem: causas fetales (embarazo múltiple, macrosomía fetal, distocias de presentación, óbito fetal, RCIU, SFA).
- Quinto ítem: causas ovulares (DPP, oligohidramnios severo, RPM y doble circular de cordón).

3.5. Técnicas y métodos de recopilación de datos:

La técnica que se uso es la revisión de los datos extraídos del libro de registro de partos cuales datos fueron extraídos a una ficha previamente elaborada. Se aplicó una ficha para recoger datos extraídos del libro de partos del servicio de obstetricia, con la ayuda del Departamento de Estadística del hospital María Auxiliadora.

3.6. Procesamiento de datos:

Una vez recopilada la información fue ingresada a una matriz de datos y procesada con la ayuda del programa estadístico Microsoft office Excel versión 2010 en español y el programa SPSS 21.0 en español para Windows formando la data completa de la muestra.

Para los resultados se utilizó tablas y gráficos para responder las hipótesis con el χ^2 de Pearson, se considera una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica, indicando en qué medida las diferencias existentes entre ambas, de haberlas, se deben al azar en el contraste de hipótesis. También se utiliza para demostrar la asociación, la independencia de dos variables entre sí, mediante la presentación de los datos en tablas de contingencia, con un nivel de significancia $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 1

INCIDENCIA DE CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA ,2017.

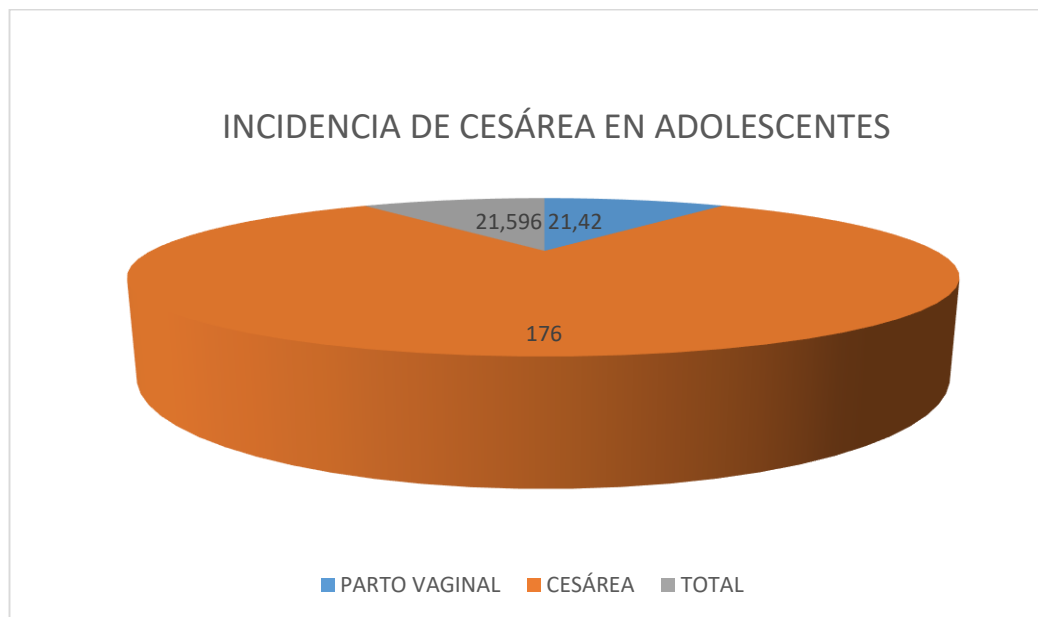
PARTOS ATENDIDOS	No.	%
Vaginal	21,420	99.1
Cesárea	176	0.81
TOTAL	21,596	100,0

FUENTE: Sistema Informático de estadística del –HMA

En la Tabla y Gráfico 1, se observa acerca de la incidencia de cesáreas en el hospital María Auxiliadora de Lima, el total de partos es de 21,596, el total de cesáreas en adolescentes es de 176 dando como resultado una incidencia de cesárea de 0.81 %.

GRÁFICO 1

INCIDENCIA DE CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA ,2017.



FUENTE: Tabla 1

TABLA 2

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA ,2017; SEGÚN EDAD.

EDAD/ADOLESCENCIA	No.	%
Adolescencia Temprana (10 a 14 años)	6	4,6
Adolescencia Tardía (15 a 19 años)	124	95,4
TOTAL	130	100,0

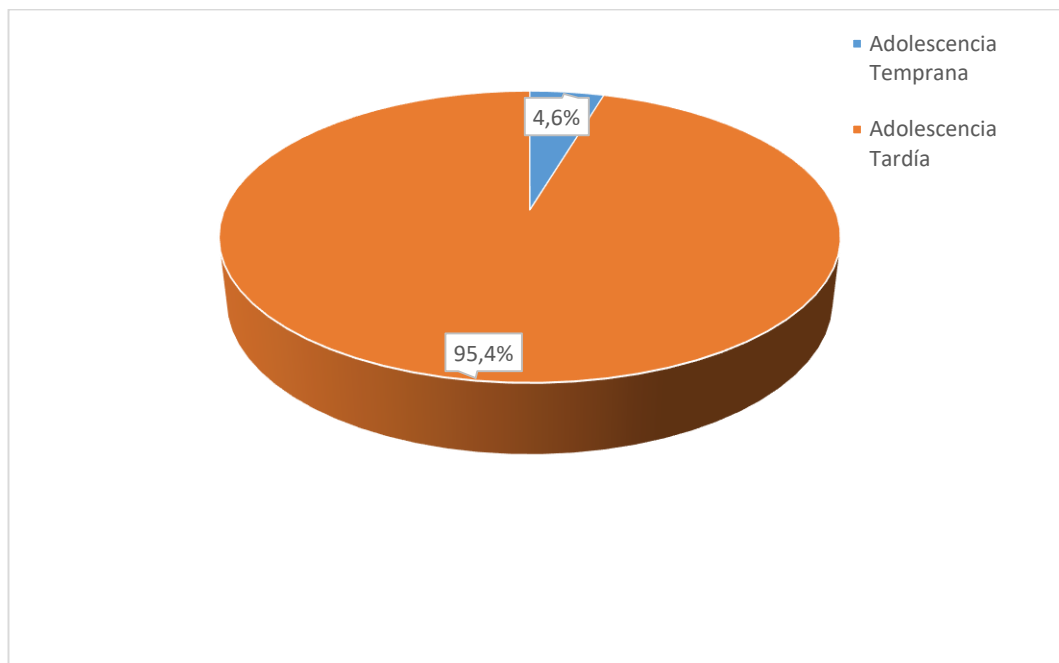
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 02, se observa que el 4,6% de las gestantes tienen entre 10 a 14 años (Adolescencia Temprana) y el 95,4% corresponde a las gestantes que tienen de 15 a 19 años (Adolescencia Tardía).

GRÁFICO 2

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN EDAD.



Fuente: Tabla 2

TABLA 3

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN ESTADO CIVIL.

ESTADO CIVIL	No.	%
Casada	1	0,8
Unión Estable	87	66,9
Soltera	42	32,3
TOTAL	130	100,0

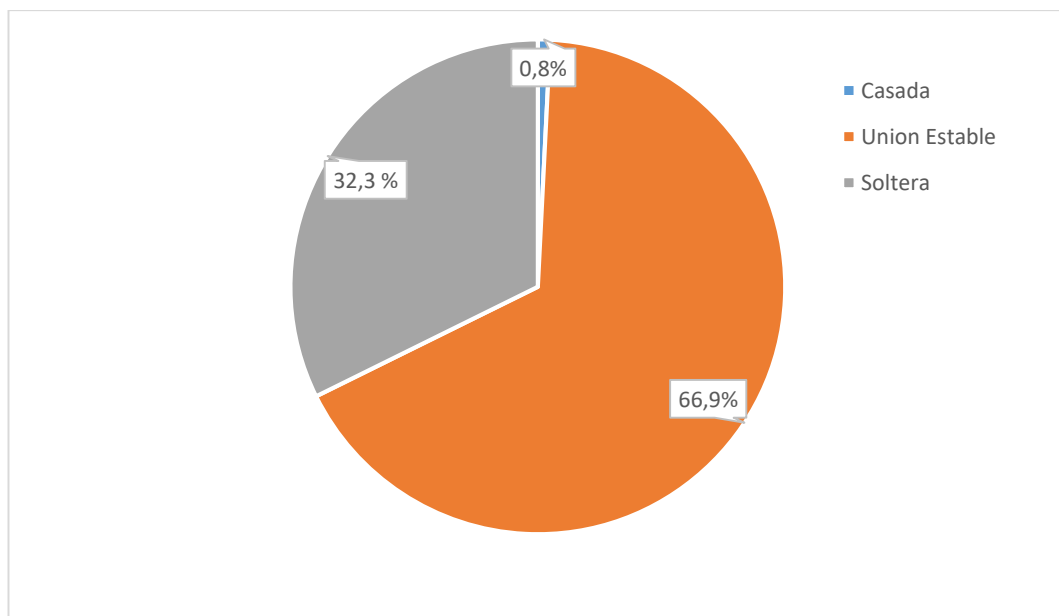
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 3, se aprecia que el 66,9% de las pacientes son de unión estable, mientras que el 32,3% son pacientes solteras y el 0,8% se encuentran casadas.

GRÁFICO 3

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN ESTADO CIVIL.



Fuente: Tabla 3

TABLA 4

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	No.	%
Primaria	3	2,3
Secundaria	126	96,9
Superior Universitaria	1	0,8
TOTAL	130	100,0

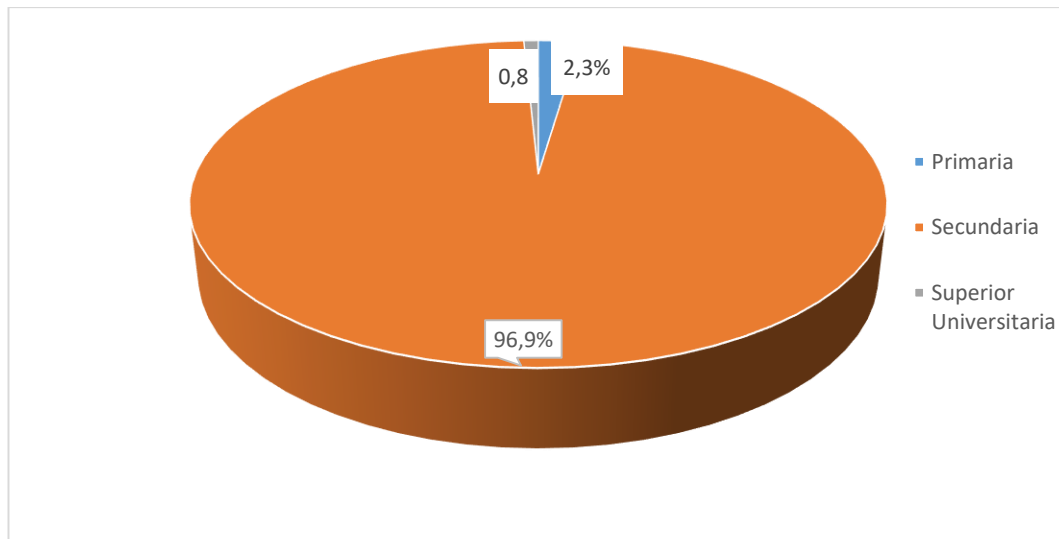
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En el Tabla y Gráfico 4, se observa que el 96,9% de las pacientes tienen grado de instrucción secundaria, el 2,3% primaria, y por último el 0,8% superior universitaria.

GRÁFICO 4

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.



Fuente: Tabla 4

TABLA 5

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN CONTROL PRENATAL.

CONTROL PRENATAL	No.	%
Sin Control Prenatal (0 controles)	10	7,7
Con Control Prenatal (1 a 5 controles)	31	23,8
Controladas (6 a más controles)	89	68,5
TOTAL	130	100,0

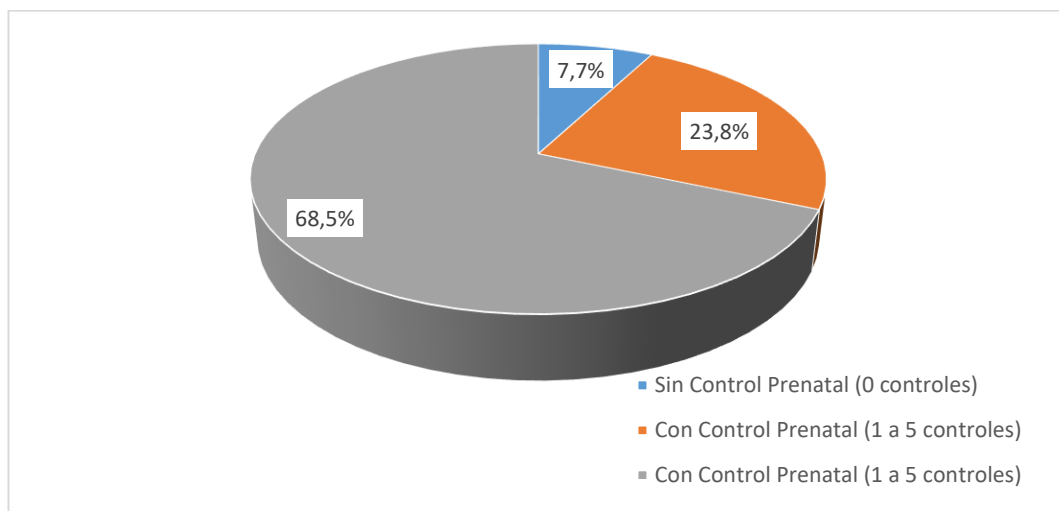
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 5, se observa que el 68,5% representa a las gestantes controladas con 6 a más controles, seguido con el 23,8% las gestantes que tuvieron de 1 a 5 controles prenatales y el 7,7% son gestantes que no tuvieron ningún control prenatal durante su gestación.

GRÁFICO 5

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN CONTROL PRENATAL.



Fuente: Tabla 5

TABLA 6

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO.

ANTECEDENTE DE ABORTO	No.	%
No tuvo aborto	113	86,9
Si tuvo aborto	17	13,7
TOTAL	130	100,0

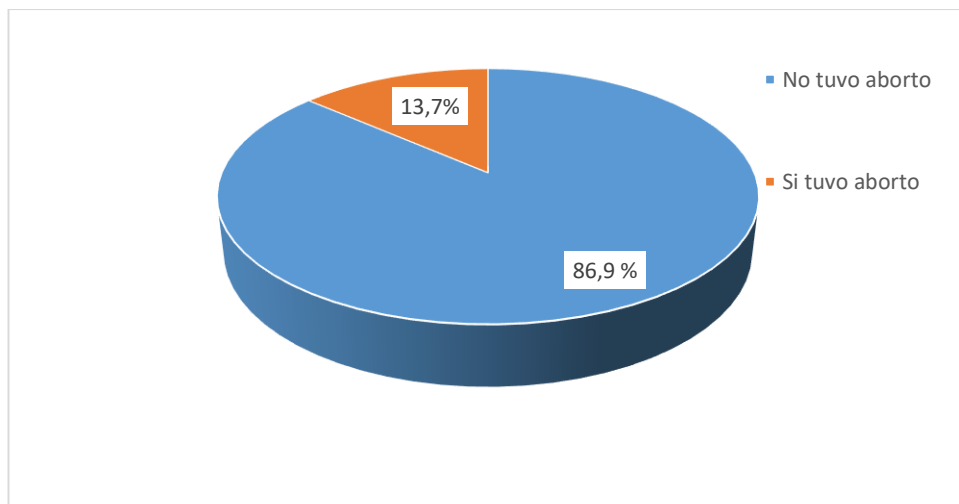
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 6, se observa que el 86,9% de las gestantes equivalentes a 113 pacientes no tuvieron antecedente de aborto y el 13,7% correspondiente a 17 gestantes adolescentes si tuvieron antecedente de aborto.

GRÁFICO 6

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO.



Fuente: Tabla 6

TABLA 7

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN NÚMERO DE GESTACIÓN.

NÚMERO DE GESTACIÓN ACTUAL	No.	%
Primigesta	104	80,0
Segundigesta	26	20,0
TOTAL	130	100,0

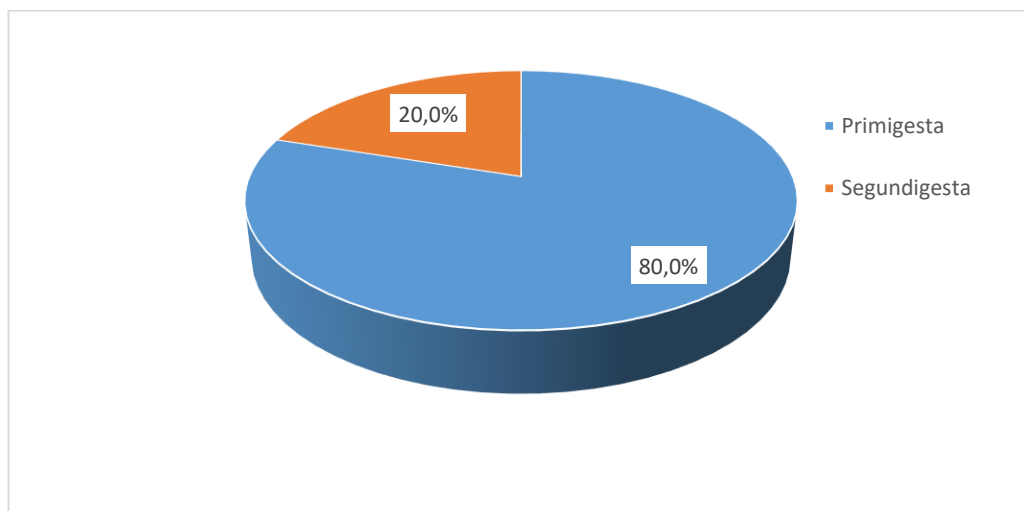
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 7, se observa que el 80 % de las gestantes equivalentes a 104 pacientes, son primigestas y el 20 % correspondiente a 26 gestantes adolescentes, son segundigestas.

GRÁFICO 7

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN NÚMERO DE GESTACIÓN.



Fuente: Tabla 7

TABLA 8

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN EDAD GESTACIONAL.

EDAD GESTACIONAL	No.	%
Pre- término	37	28,5
A término	87	67,0
Post-término	6	4,6
TOTAL	130	100,0

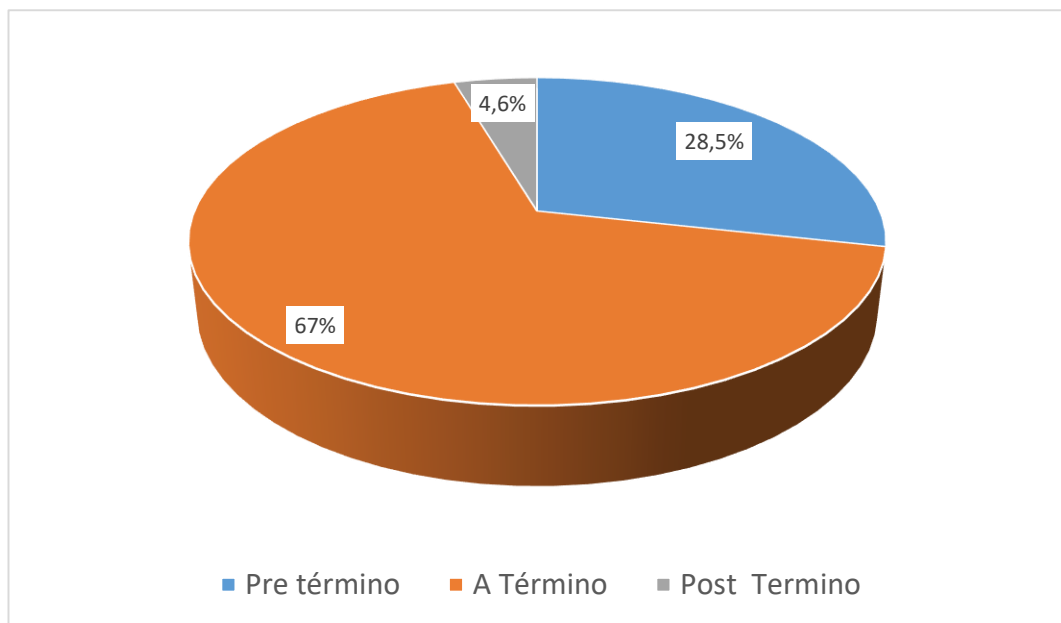
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 8, se observa que el 67 % de las pacientes su edad gestacional fue a término, mientras que el 28,5 % es pre-término y el 4,6 % tiene edad gestacional post-término.

GRÁFICO 8

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN EDAD GESTACIONAL.



Fuente: Tabla 8

TABLA 9

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN TIPO DE TERMINACIÓN DE PARTO.

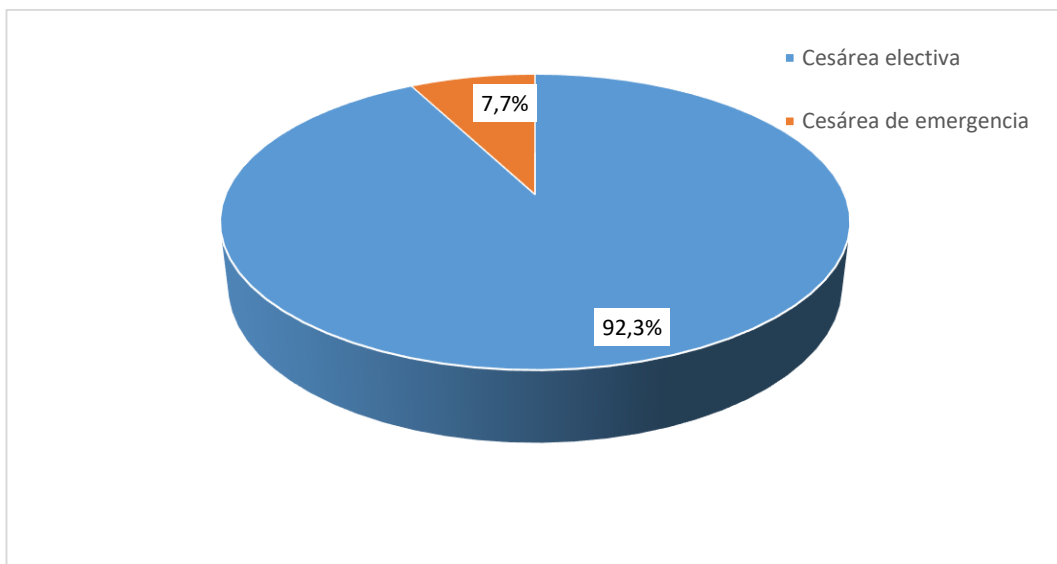
TIPO DE TERMINACIÓN DE PARTO	No.	%
Cesárea electiva	120	92,3
Cesárea de emergencia	10	7,7
TOTAL	130	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 9, se observa que el 92,3 % de las pacientes tuvo terminación de parto cesárea electiva, equivalente a 120 pacientes y el 7,7% tuvo terminación de parto cesárea de emergencia, equivalente a 10 pacientes.

GRÁFICO 9
FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN TIPO DE TERMINACIÓN DE PARTO.



Fuente: Tabla 9

TABLA 10

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN FACTORES MATERNOS.

Factores maternos	No.	%
PELVIS ESTRECHA		
Si presentó	6	4,6
No presentó	124	95,4
PREECLAMPSIA		
Si presentó	29	22,3
No presentó	101	77,7
DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA		
Si presentó	6	4,6
No presentó	124	95,4
EXPULSIVO PROLONGADO		
Si presentó	11	8,5
No presentó	119	91,5
TOTAL	130	100,0

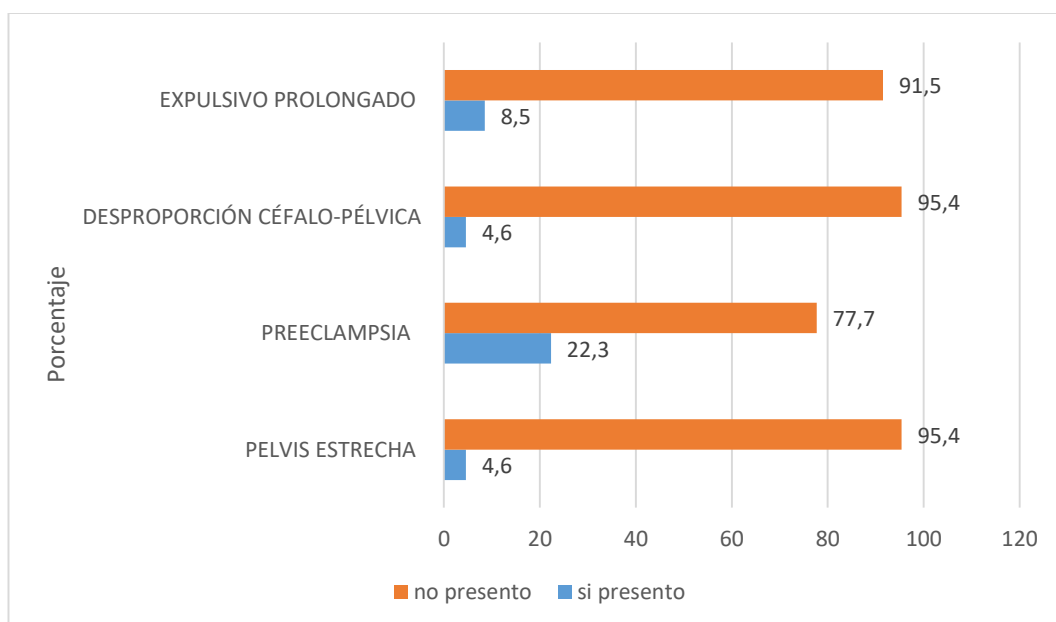
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 10, se observa que el 22,3% fue preeclampsia convirtiéndose el factor materno más frecuente, en segundo lugar, con un 8,5% presentaron expulsivo prolongado, siguiendo por pelvis estrecha con 4,6 % al igual que la desproporción céfalo- pélvica con el 4,6 %.

GRÁFICO 10

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN FACTORES MATERNOS.



Fuente: Tabla 10

TABLA 11

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN FACTORES FETALES

Factores fetales	No.	%
EMBARAZO MÚLTIPLE		
Si presentó	1	0,8
No presentó	129	99,2
MACROSOMÍA FETAL		
Si presentó	3	2,3
No presentó	127	97,7
DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN		
Si presentó	1	0,8
No presentó	129	99,2
ÓBITO FETAL		
Si presentó	1	0,8
No presentó	129	99,2
RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO		
Si presentó	0	0
No presentó	130	100,0
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO		
Si presentó	6	4,6
No presentó	124	95,4
TOTAL	130	100,0

FUENTE: Ficha de recolección de datos

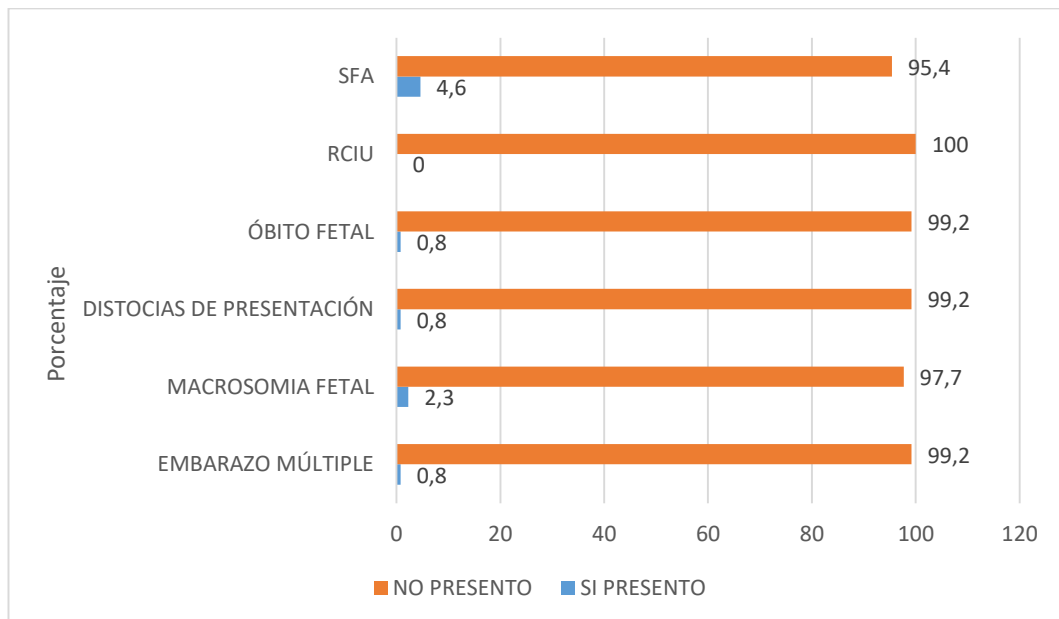
Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 11, se observa que el 4,6% fue SFA convirtiéndose el factor fetal más frecuente, en segundo lugar, con un 2,3% presentaron macrosomía fetal, siguiendo con el óbito fetal con el 0,8% al igual que el embarazo múltiple con 0,8%, y los casos de distocias de presentación con 0,8%, no hubo casos de RCIU. (Observación: Hay datos repetidos en la

tabla lo cual se tomaron datos reales del sistema estadístico del hospital
María Auxiliadora).

GRÁFICO 11

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN FACTORES FETALES.



Fuente: Tabla 11

TABLA 12

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN FACTORES OVULARES.

Factores ovulares	No.	%
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA		
Si presentó	2	1,5
No presentó	128	98,5
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO		
Si presentó	3	2,3
No presentó	127	97,7
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		
Si presentó	101	77,7
No presentó	29	22,3
DOBLE CIRCULAR DE CORDÓN		
Si presentó	3	2,3
No presentó	127	97,7
TOTAL	130	100,0

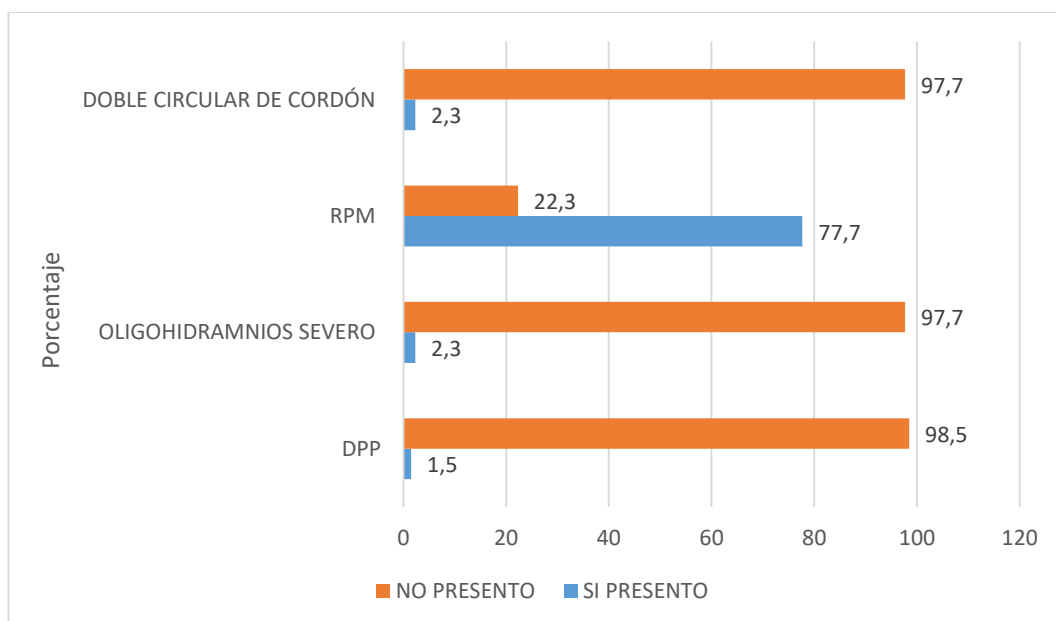
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 12, se observa que el 77,7% fue RPM convirtiéndose el factor ovular más frecuente, en segundo lugar, con un 2,3% presentaron oligohidramnios severo, al igual que el doble circular de cordón con el 2,3 % siguiendo con el DPP con 1,5 %. (Observación: Hay datos repetidos en la tabla lo cual se tomaron datos reales del sistema estadístico del hospital María Auxiliadora).

GRÁFICO 12

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN FACTORES OVULARES.



Fuente: Tabla 12

TABLA 13

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN LA RELACIÓN DE FACTORES MATERNOS CON TIPO DE CESÁREA.

FACTORES MATERNOS		TIPO DE CESÁREA				P
		CESÁREA ELECTIVA		CESÁREA DE EMERGENCIA		
		N°	%	N°	%	
PELVIS ESTRECHA	Si	0	0,0	6	100,0	0,000
	No	120	96,8	4	3,2	
PREECLAMPSIA	Si	28	96,6	1	3,4	0,331
	No	92	91,1	9	8,9	
DESPROPORCIÓN CÉFALO- PÉLVICA	Si	0	0,0	6	100,0	0,000
	No	120	96,8	4	3,2	
EXPULSIVO PROLONGADO	Si	10	90,9	1	9,1	0,085
	No	110	92,4	9	7,6	

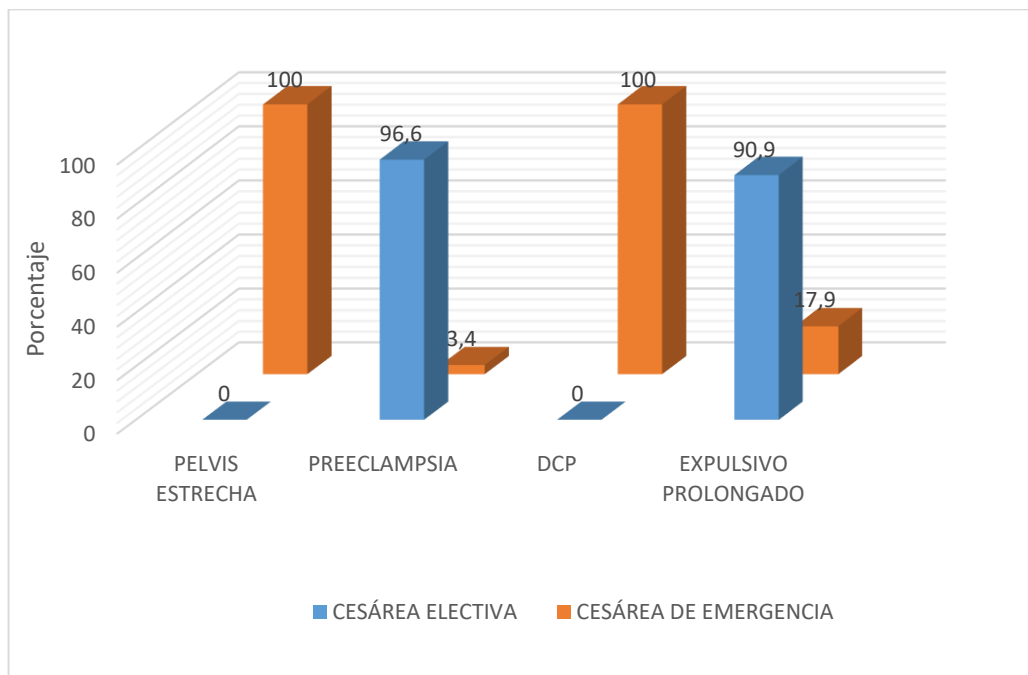
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 13, se observa que al nivel del 5% de significancia se encontró relación el tipo de cesárea en las gestantes adolescentes con la pelvis estrecha ($p=0,000$) y la desproporción céfalo-pélvica ($p=0,000$).

GRÁFICO 13

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN LA RELACIÓN DE FACTORES MATERNOS CON TIPO DE CESÁREA.



Fuente: Tabla 13

TABLA 14

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; LA SEGÚN RELACIÓN DE FACTORES FETALES CON TIPO DE CESÁREA.

FACTORES FETALES		TIPO DE CESÁREA				P
		CESÁREA ELECTIVA		CESÁREA DE EMERGENCIA		
		N°	%	N°	%	
EMBARAZO MÚLTIPLE	Si	0	0,0	1	100,0	0,001
	No	120	93,0	9	7,0	
MACROSOMÍA FETAL	Si	0	0,0	3	100,0	0,000
	No	120	94,5	7	5,5	
DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN	Si	0	0,0	1	100,0	0,001
	No	120	93,0	9	7,0	
ÓBITO FETAL	Si	3	100,0	0	0,0	0,613
	No	117	92,1	10	7,9	
RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	Si	0	0,0	1	100,0	0,001
	No	120	93,0	9	7,0	
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	Si	100,0	5,5	0	0,0	0,469
	No	114	91,9	10	8,1	

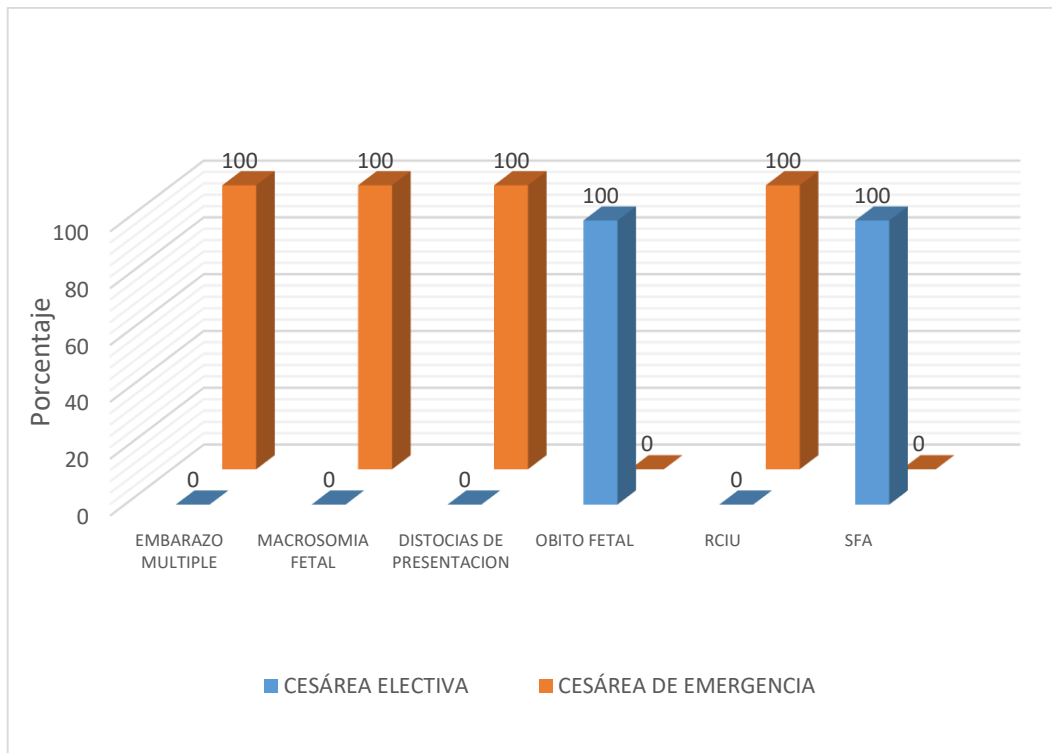
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 14, se observa que al nivel del 5% de significancia se encontró relación el tipo de cesárea en las gestantes adolescentes con el embarazo múltiple ($p=0,001$), macrosomía fetal ($p=0,000$), distocias de presentación ($p=0,001$) y restricción de crecimiento uterino ($p=0,001$).

GRÁFICO 14

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN LA RELACIÓN DE LOS FACTORES FETALES CON TIPO DE CESÁREA.



Fuente: Tabla 14

TABLA 15

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN LA RELACIÓN DE FACTORES OVULARES CON TIPO DE CESÁREA.

FACTORES OVULARES		TIPO DE CESÁREA				
		CESÁREA ELECTIVA		CESÁREA DE EMERGENCIA		P
		N°	%	N°	%	
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	Si	2	100	0	0,0	<i>0,681</i>
	No	118	92,2	10	7,8	
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO	Si	3	75,5	1	24,5	0,004
	No	117	92,1	9	7,9	
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Si	93	92,1	8	7,9	<i>0,855</i>
	No	27	93,1	2	6,9	
DOBLE CIRCULAR DE CORDÓN	Si	3	100,0	0	0,0	<i>0,613</i>
	No	117	92,1	10	7,9	

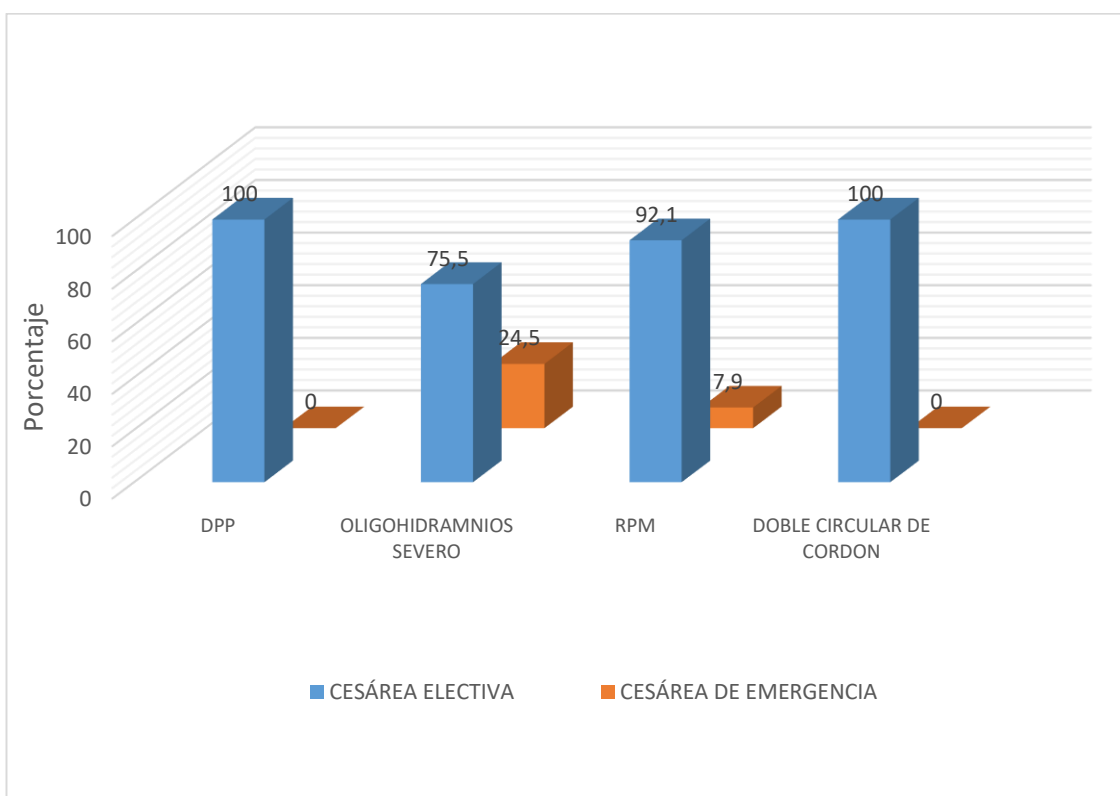
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 15, se observa que al nivel del 5% de significancia se encontró relación el tipo de cesárea en las gestantes adolescentes con: oligohidramnios severo donde el valor de $(P=0,004)$. (Observación: Hay datos repetidos en la tabla lo cual se tomaron datos reales del sistema estadístico del hospital María Auxiliadora).

GRÁFICO 15

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN LA RELACIÓN DE FACTORES OVULARES CON TIPO DE CESÁREA.



Fuente: Tabla 15

TABLA 16

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN RELACIÓN DE FACTORES MATERNOS CON LA EDAD.

FACTORES MATERNOS		EDAD / ADOLESCENCIA				P
		Adolescencia Temprana (10-14)		Adolescencia Tardía (15-19)		
		N°	%	N°	%	
PELVIS ESTRECHA	Si	4	66,7	2	33,3	0,000
	No	2	1,6	122	98,4	
PREECLAMPSIA	Si	1	3,4	28	96,6	0,734
	No	5	5,0	96	95,0	
DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA	Si	4	66,7	2	33,3	0,000
	No	2	1,6	122	98,4	
EXPULSIVO PROLONGADO	Si	1	9,1	10	90,9	0,675
	No	5	4,2	114	95,8	

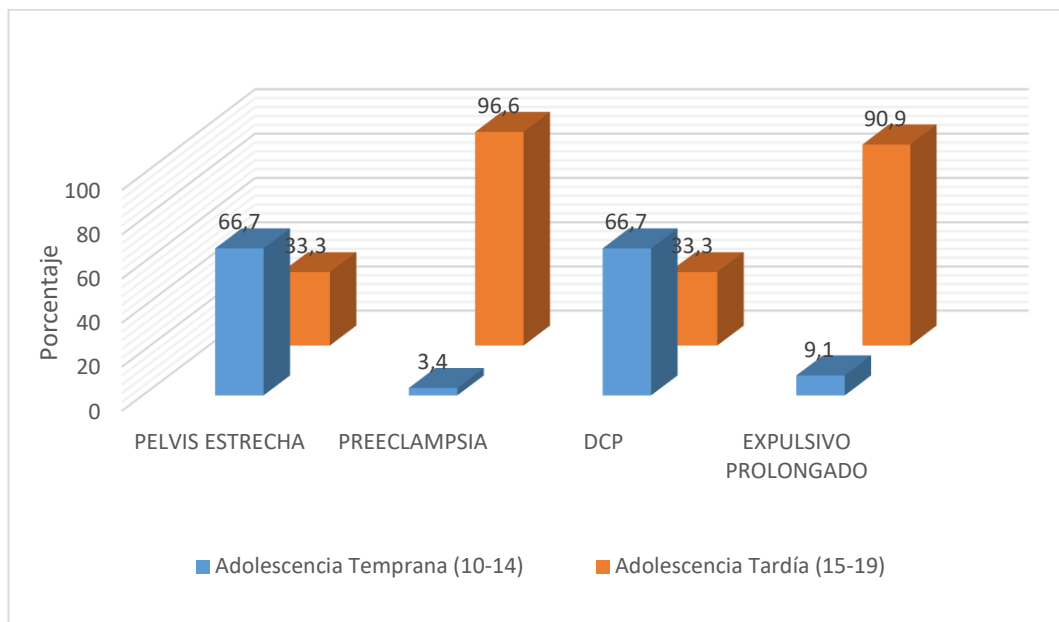
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 16, se observa que al nivel del 5% de significancia se encontró relación la edad en las gestantes adolescentes con pelvis estrecha ($p=0,000$) y desproporción céfalo-pélvica ($P=0,000$). (Observación: Hay datos repetidos en la tabla lo cual se tomaron datos reales del sistema estadístico del hospital María Auxiliadora).

GRÁFICO 16

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN RELACIÓN DE FACTORES MATERNOs CON LA EDAD.



Fuente: Tabla 16

TABLA 17

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN RELACIÓN DE FACTORES FETALES CON LA EDAD.

FACTORES FETALES		EDAD / ADOLESCENCIA				P
		Adolescencia Temprana (10-14)		Adolescencia Tardía (15-19)		
		N°	%	N°	%	
EMBARAZO MÚLTIPLE	Si	0	0,0	1	100,0	<i>0,825</i>
	No	6	4,7	123	95,3	
MACROSOMÍA FETAL	Si	0	0,0	3	100,0	<i>0,700</i>
	No	6	4,7	121	95,3	
DISTOCIAS DE PRESENTACIÓN	Si	0	0,0	1	100,0	<i>0,670</i>
	No	6	4,6	123	95,3	
ÓBITO FETAL	Si	0	0,0	3	100,0	<i>0,700</i>
	No	6	4,7	121	95,3	
RCIU	Si	0	0,0	1	100,0	<i>0,670</i>
	No	6	4,7	123	95,3	
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	Si	1	12,5	5	87,5	<i>0,051</i>
	No	6	4,8	118	95,4	

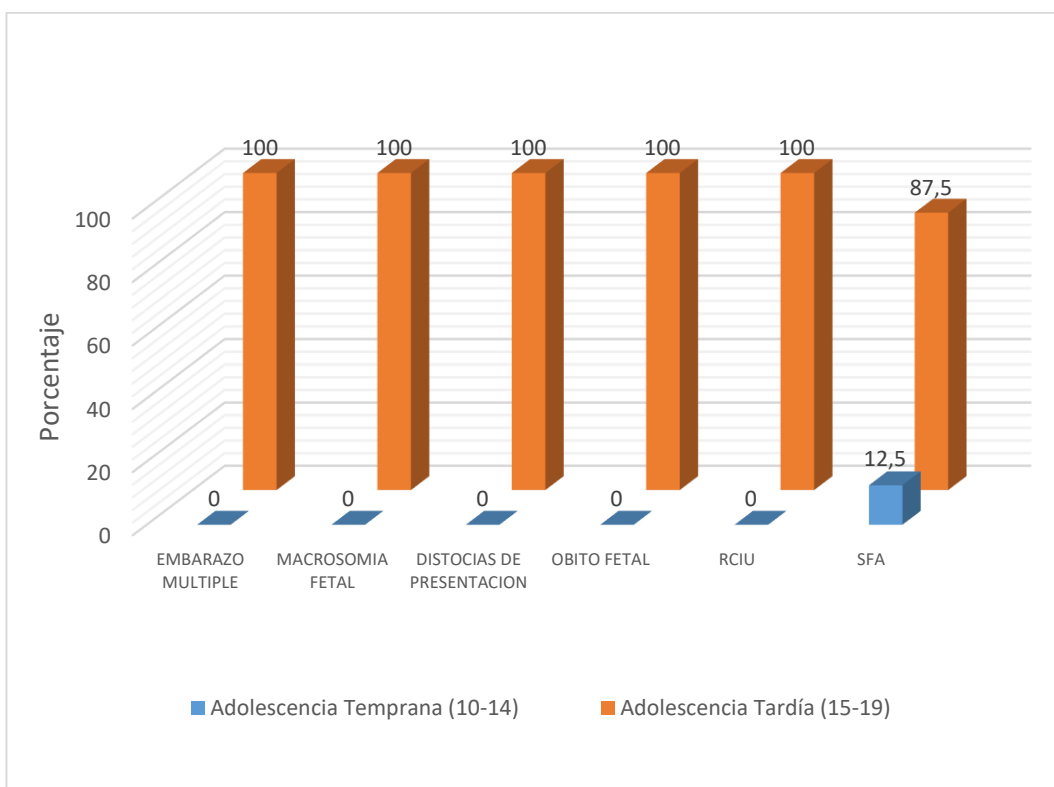
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 17, se observa que al nivel del 5% de significancia no se encontró relación con la edad en las gestantes adolescente. (Observación: Hay datos repetidos en la tabla lo cual se tomaron datos reales del sistema estadístico del hospital María Auxiliadora).

GRÁFICO 17

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN RELACIÓN DE FACTORES FETALES CON LA EDAD.



Fuente: Tabla 17

TABLA 18

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN RELACIÓN DE FACTORES FETALES CON LA EDAD.

FACTORES OVULARES		EDAD / ADOLESCENCIA				
		Adolescencia Temprana (10-14)		Adolescencia Tardía (15-19)		P
		N°	%	N°	%	
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	Si	0	0,0	2	100,0	<i>0,754</i>
	No	6	4,7	122	95,3	
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO	Si	0	0,0	3	100,0	<i>0,700</i>
	No	6	4,7	121	95,3	
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Si	6	5,9	95	94,1	<i>0,179</i>
	No	0	0,0	29	100,0	
DOBLE CIRCULAR DE CORDÓN	Si	0	0,0	3	100,0	<i>0,700</i>
	No	6	4,7	121	95,3	

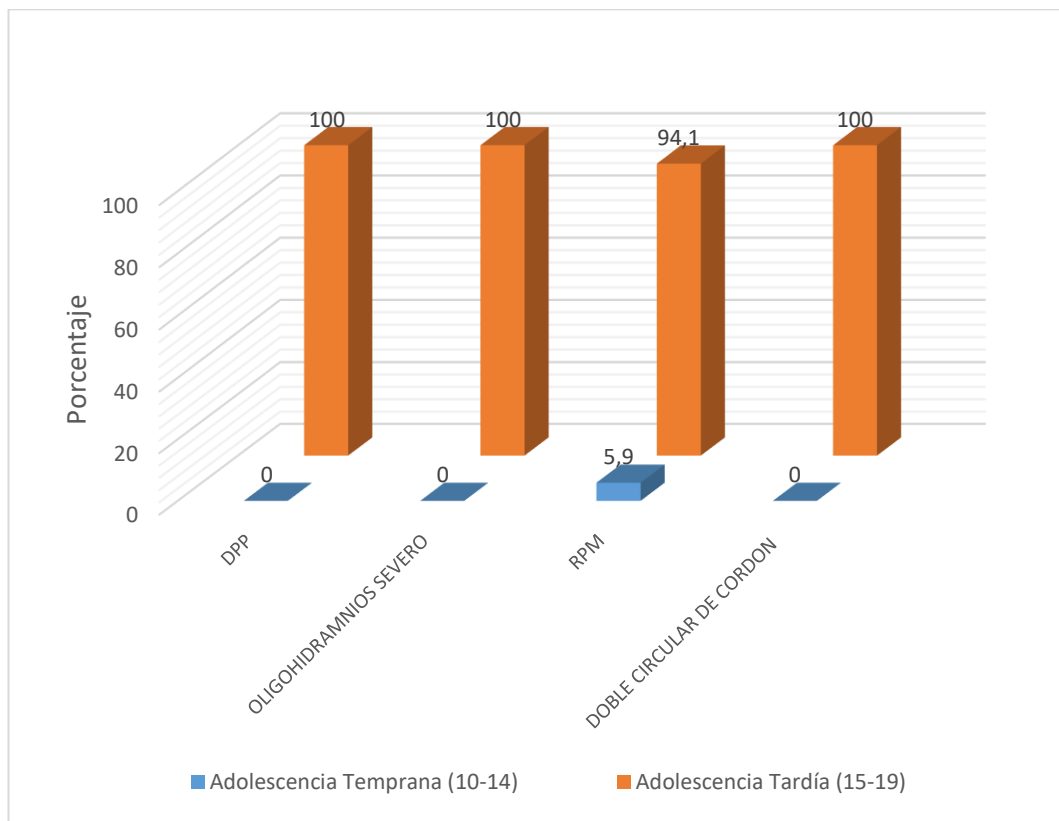
FUENTE: Ficha de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla y Gráfico 18, se observa que al nivel del 5% de significancia no se encontró relación con edad en las gestantes adolescentes.

GRÁFICO 18

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA, 2017; SEGÚN RELACIÓN DE FACTORES FETALES CON LA EDAD.



Fuente: Tabla 18

DISCUSIÓN

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

En el presente estudio la incidencia de cesáreas en el hospital María Auxiliadora de Lima, el total de partos es de 21,596, el total de cesáreas en adolescentes es de 176 dando como resultado una incidencia de cesárea de 0.81 %.

En el presente estudio se encontró que el 4,6% de las gestantes adolescentes tienen entre 10 a 14 años de edad, y las edades de mayor porcentaje están entre 15 a 19 años de edad con el 95,4%, estos resultados concuerdan con el estudio de Albornoz en donde el 96,8% son adolescentes tardías (13), de igual manera que el estudio de Pinzas donde encontró que el 87,80% está entre 17 a 19 años de edad clasificándolo como adolescencia tardía. (17)

En nuestro estudio se encontró que el 66,9% de las gestantes adolescentes son de unión estable, el cual coincide con el estudio realizado por Albornoz donde el 35,3% convivientes (13) y a su vez

esto ratifica con el estudio Pinzas donde el 76% son conviviente.
(17)

En nuestro estudio el 96,9% de las gestantes adolescentes tienen grado de instrucción secundaria, el cual coincide con el estudio realizado por Albornoz y Reátegui donde el 56,0% tenía secundaria incompleta, un 30,8% secundaria completa (13) coincidiendo con el estudio realizado por Pinzas donde el 69,6% ha estudiado secundaria completa. (17)

Con respecto al control prenatal en nuestro estudio se halló que el 68,5% de las gestantes adolescentes tuvieron más de 6 CPN, mientras que el 23,8% tuvieron de 1 a 5 CPN y el 7,7% son gestantes que no tuvieron ningún control prenatal durante su gestación estos resultados difieren con el estudio realizado por Albornoz y Reátegui donde el 11,7% no presentaba ninguna atención prenatal, el 52,8% tenía menos de seis atenciones prenatales, mientras que el 35,5% presentaban seis o más CPN.
(13)

Respecto al antecedente de aborto en nuestro estudio se encontró que el 86,9% de las gestantes adolescentes no tuvieron antecedente de aborto.

Respecto al número de gestación, el gran porcentaje de las gestantes adolescentes fueron primigestas con el 80% estos resultados concuerdan con lo encontrado por Albornoz y Reátegui en lo referido al número de gestaciones, el 82,1% eran primigestas, el 16,6% segundigestas y el 1,3% multigestas. (13)

Respecto a la edad gestacional, el gran porcentaje de las gestantes adolescentes llegaron a ser a término con el 67%.

Con respecto al tipo de terminación de parto en nuestro estudio se encontró que el 92,3% de las gestantes adolescentes tuvieron cesárea electiva, mientras tanto el 7,7% tuvieron parto por cesárea de emergencia, estos resultados difieren del estudio de Paz y col donde el 32,2 % tuvieron parto por cesárea. (6)

Respecto a los factores maternos en las gestantes adolescentes las más frecuentes fueron la preeclampsia (22,3%) que coincide con el estudio de Bendezu y Col. con 17,5%. (3)

Respecto a los factores fetales en las gestantes adolescentes se observó que el 4,6% hicieron sufrimiento fetal agudo los cuales no coinciden con el estudio de Suxo Chipana donde el 15,6 % hicieron SFA (11)

Respecto a los factores ovulares en las gestantes adolescentes se observó que el 77,7% hicieron ruptura prematura de membranas, seguido con un 2,3% oligohidramnios severo y con el mismo porcentaje 2,3% doble circular de cordón, los cuales coincide con el estudio de Gálvez E. en donde se encontró entidades más frecuentes fueron distocia funicular 7% y oligohidramnios 6%. (15)

En nuestro estudio se encontró relación el tipo de cesárea con los factores maternos con la pelvis estrecha ($p=0,000$) y la desproporción céfalo-pélvica ($p=0,000$).

En nuestro estudio se encontró relación el tipo de cesárea en las gestantes adolescentes con los factores fetales con el embarazo múltiple ($p=0,001$), macrosomía fetal ($p=0,000$), distocias de presentación ($p=0,001$) y restricción de crecimiento uterino ($p=0,001$) demostrando que este factor materno está relacionado

con el tipo de cesárea en las gestantes adolescentes, esto difiere del trabajo realizado por Flores A. donde las cesáreas no guardan relación y como conclusión llego a que son injustificadas. (4)

En nuestro estudio se encontró relación el tipo de cesárea en las gestantes adolescentes con los factores ovulares con el oligohidramnios severo ($P=0,004$), demostrando que este factor fetal está relacionado con el tipo de cesárea en las gestantes adolescentes, esto coincide con el trabajo realizado por Barón y Vidauro donde las cesáreas se asociaron a la presentación podálica con un 22,7%, pero no con el embarazo múltiple. (12)

En nuestro estudio la edad de las gestantes adolescentes se relaciona con los factores maternos como: Pelvis estrecha ($p=0,000$) y desproporción céfalo-pélvica ($P=0,000$), en donde se encontró una diferencia significativa, esto coincide con el trabajo realizado por Bendezu y Col. donde las principales indicaciones de cesárea en adolescentes fueron desproporción céfalo pélvica y sufrimiento fetal agudo. (3)

En nuestro estudio la edad de las gestantes adolescentes no se relaciona con los factores fetales, demostrando que este factor materno no está relacionado con la edad en las gestantes adolescentes.

En nuestro estudio la edad de las gestantes adolescentes no se relaciona con los factores ovulares, demostrando que este factor fetal no está relacionado con la edad en las gestantes adolescentes.

CONCLUSIONES

1. Los factores asociados maternos, fetales y ovulares más importantes que se presentaron en gestantes adolescentes fueron: preeclampsia (22,3%), expulsivo prolongado (8,5%), sufrimiento fetal agudo (4,6%), macrosomía fetal (2,3%), ruptura prematura de membranas (77,7%) y oligohidramnios severo (2,3%).
2. Las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes adolescentes fueron: 15 a 19 años (95,4%) con educación secundaria (96,9%) y unión estable (66,9%); primigestas (80%), con edad gestacional a término (67%), con cesárea electiva (75,5%), sin antecedente de aborto (86,9%), con más de 6 a más controles prenatales (68,5%).
3. El factor materno asociado a la cesárea en las gestantes adolescentes al nivel del 5% de significancia fueron: la pelvis estrecha ($p=0,000$) y la desproporción céfalo-pélvica ($p=0,000$).
4. Los factores fetales asociados a la cesárea en gestantes adolescentes al nivel del 5% de significancia fueron: El embarazo múltiple ($p=0,001$), macrosomía fetal ($p=0,000$), distocias de

presentación ($p=0,001$) y restricción de crecimiento intrauterino ($p=0,001$).

5. Los factores ovulares asociados a la cesárea en las gestantes adolescentes al nivel del 5% de significancia fueron: oligohidramnios severo donde el valor de ($P=0,004$).

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda aplicar políticas y estrategias para que la educación sexual y reproductiva llegue a todos los colegios, por profesionales capacitados como son las Obstetras, en especial a los de población vulnerable de adolescentes desarrollando programas de educación sexual con enfoque de derechos, equidad de género y diversidad.
2. A los profesionales de salud del hospital María Auxiliadora se le sugiere crear ambientes, dirigidos por un obstetra para la población gestante adolescente, luego de la consulta con el ginecólogo, ya que no hay una intervención por parte de la obstetra para el control prenatal de la gestante adolescente (consejerías en nutrición, signos de alarma en el embarazo).
3. A profesional Obstetra se le recomienda hacer seguimiento a las gestantes adolescentes y empoderarlas para que acudan al servicio de emergencia cuando presenten algún signo de alarma para la prevención de complicaciones obstétricas como: ruptura prematura de membranas, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo; oligohidramnios y macrosomía fetal.

4. A las autoridades universitarias de la Facultad de Ciencias de Salud y la Escuela Profesional de Obstetricia fomentar la realización de investigaciones que profundicen temas relacionados a informar, orientar y brindar consejos a los adolescentes y jóvenes sobre la educación sexual, planificación familiar, paternidad y maternidad responsable entre otros temas de interés para los estudiantes y así tengan una vida sexual responsable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Teran Portugal J. Características materno perinatales y complicaciones del embarazo de adolescentes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2014. 2015..
2. Encuesta Demografica y de Salud Familiar, ENDES. In ; 2015; Lima.
3. Bendezu G, Espinoza D, Bendezu Quispe G, Torres Roman JS, Huaman Gutierrez M. Características y riesgos de gestantes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2016 Enero/Marzo; 62(1- Lima): p. 13 - 18.
4. Flores Sotelo A. Cybertesis. [Online].; 2015 [cited 2017 Diciembre 20]. Available from: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/973>.
5. Informatica IINdEe. www.inei.gob.pe. [Online].; 2015 [cited 2016 Julio 12]. Available from: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/al-30-de-junio-de-2015-el-peru-tiene-31-millones-151-mil-643-habitantes-8500/>.

6. Paz Jáuregui M, Tapia I, Duque S, Gárate G, Montesdeoca G. Principales causas de cesárea en la fundación humanitaria Pablo Jaramillo, Enero - Diciembre de 2011. Rev. Medica HJCA. 2014 Marzo; 6(1).
7. Zamora G, Luengo T, Ferrero V, Fernández C, González G. Modificación en la tasa de cesáreas y sus indicaciones entre 2008 y 2012. Prog Obstet Gineco. 2012 Mayo: p. 404 - 10.
8. .Bautisa Sánchez J, Barriga Moreno AP, Navarro Vargas R. Indicación de cesárea en el Instituto Materno Infantil (IMI) Bogotá - Colombia. Serie de Casos. Rev. de la Facultad de Medicina. 2012; 60(2): p. 111 - 115.
9. Vélez Pérez E, Tovar Guzmán J, Méndez Velarde F, López López , Riz Bustos E. Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el hospital de Ginecopediatria del IMSS de Hermosillo, Sonora. Bol Clin Infant Edo Son. 2012; 29(2): p. 58 - 84.

10. Paiba Samamé B, Salazar Guadalupe GD. Scribd.com/document. [Online].; 2015 [cited 2017 Diciembre 12. Available from: <https://es.scribd.com/document/291795846/Causas-de-Cesareas>.
11. Suxo Chipana M., “Incidencia y principales indicaciones de cesárea en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de ESSalud-Tacna, 2015”. (2016).
12. Baron C, Vidauro W. Repertorio Académico. [Online].; 2015 [cited 2017 Octubre 18. Available from: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1183>.
13. Vargas Coral A. Características maternas, obstétricas y complicaciones materno – perinatales de las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III-Iquitos-EsSalud. 2014 Diciembre.
14. Albornoz Aliaga L, Reátegui Tarazona N. ,“ Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010 – 2012”(2013).

15. Galvez Liñan M. Mirage. [Online].; 2014 [cited 2017 Agosto 22. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3512>.
16. Alvarez Santa Cruz R. Cybertesis. [Online].; 2016 [cited 2017 Octubre 12. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/475/1/%C3%81lvarez_c.pdf.
17. Pinzas Espinoza HM. "Complicaciones obstetricas en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de ginecologia y obstetricia del hospital vitarte". [Online].; Lima - 2015 [cited 2016 Agosto 02. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/722/1/Pinzas_h.pdf.
18. Grupo de trabajo de la Guia de practica clinica y de procedi ieOyP. Guia de practica clinica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatologia. Ministerio de Salud, Instituto Nacional Materno Perinatal. Investigacion Docencia y Atencion en Obstetricia en el INMP;2014. <http://www.inmp.gob.pe/transparencia/general/GuiapracticalINMP> (Último acceso 29 de Junio, 2016).

19. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: gt/MdSDGdSdlPESNdSS. Ministerio de Salud. 2007..
20. Chioma Oringanje , Meremikwu M, HokeheEko , EkpereonneEsu , AnneMeremikwu , E Ehiri J. www.update-software.com. [Online].; 2009 [cited 2016 Julio 13. Available from: <http://www.update-software.com>.
21. Supuelva E, Crispi F, Pons A, Gratacos E. elsevier.es. [Online].; 2014 [cited 2016 Junio 26. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90374088&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=75&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n06a90374088pdf001.pdf.
22. Restrepo-Mesa L, Zapata Lopez N, Parra Sosa E, Escudero Vasquez LE, Atalah E. Embarazo adolescente: características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. Archivos Latinoamericanos de Nutrición (ALAN). 2014;; p. 99-107.
23. Hobbins J, Reece A. Obstetricia Clinica/ ClinicalObstetrics. In.: Médica Panamericana SA, 3 Edicion; 2010.

24. Cogollo Jimenez R. ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE. CUIDARTE. 2012;; p. 385-393.

25. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Bautista Lucia P. www.esup.edu.pe. [Online].; 2003 [cited 2016 Julio 11. Available from:
https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA - 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
<p style="text-align: center;">Problema general</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima - 2017?</p> <p style="text-align: center;">Problemas específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué características sociodemográficas y obstétricas presentan las gestantes adolescentes cesareadas del hospital María Auxiliadora? 2. ¿Cuáles son los factores maternos asociadas a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora? 3. ¿Cuáles son los factores fetales asociadas a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora? 4. ¿Cuáles son los factores ovulares asociadas a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora? 	<p style="text-align: center;">Objetivo general</p> <p>Determinar los factores asociados a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores, Lima – 2017.</p> <p style="text-align: center;">Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las características sociodemográficas y obstétricas presentan las gestantes adolescentes cesareadas del hospital María Auxiliadora. 2. Identificar los factores maternos asociadas a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora. 3. Identificar los factores fetales asociadas a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora. 4. Identificar los factores ovulares asociadas a la cesárea en gestantes adolescentes del hospital María Auxiliadora. 	<p>Variable independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> o Gestante adolescente - Adolescencia Temprana: de 10 hasta los 14 años. - Adolescencia Tardía: de 15 hasta los 19 años. <p>Variable dependiente</p> <ul style="list-style-type: none"> o factores asociados de la Cesárea

ANEXO N 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN GESTANTES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA - 2017.

I. Características sociodemográficas de la gestante

- Edad: años
 1. 10 a 14 años
 2. 15 a 19 años
- Estado civil:
 1. Casada
 2. Unión estable
 3. Soltera
 4. Otro
- Nivel de Instrucción:
 1. Sin estudios
 2. Primaria
 3. Secundaria
 4. Superior universitaria

II. Características obstétricas de la gestante

- Control Prenatal:
 1. 0 controles
 2. 1 - 5 controles
 3. 6 a más controles
- Antecedente de Abortos:
 1. Si
 2. No
- Numero de Gestación:
 1. Primigesta
 2. Segundigesta
 3. Multigesta
- Edad gestacional:
 1. Pre termino
 2. A termino
 3. Post termino
- Tipo de cesárea:
 1. Cesárea electiva
 2. Cesárea de emergencia

III. Factores maternos

- Cesárea previa
- Pelvis estrecha
- Enfermedades Hipertensivas del Embarazo
 1. Preeclampsia
 2. Eclampsia
 3. Síndrome de HELLP
- Desproporción Céfalo – Pélvica
- Expulsivo prolongado

SI	No

IV. Factores fetales

- Embarazo múltiple
- Macrosomía fetal
- Distocias de presentación
- Óbito fetal
- Restricción de Crecimiento Intra-Uterino
- Sufrimiento fetal agudo

Si	No

V. Factores ovulares

- Desprendimiento Prematuro de Placenta
- Oligohidramnios severo.
- Ruptura Prematura de Membranas
- Doble circular de cordón.

Si	No