

**INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN LA CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE FÁTIMA DURANTE EL AÑO 2016**

**BENAVIDES CORAL KAREN SOFIA  
BERMEO TORRES KATHERYN VANESSA  
CEBALLOS ACHAGUA FARYDE DEL CARMEN  
CUARAN MACIAS KIM OVIDIO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN  
FACULTAD DE MEDICINA - SEDE PASTO  
ÁREA DE CIENCIAS INVESTIGATIVAS  
SAN JUAN DE PASTO**

**2017**

**INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN LA CLÍNICA NUESTRA  
SEÑORA DE FÁTIMA DURANTE EL AÑO 2016**

**BENAVIDES CORAL KAREN SOFIA  
BERMEO TORRES KATHERYN VANESSA  
CEBALLOS ACHAGUA FARYDE DEL CARMEN  
CUARAN MACIAS KIM OVIDIO**

**Asesores:**

**MSc. Luis Eduardo González Martínez  
Magister en Investigación**

**Esp. Filipo Moran  
Gineco Obstetra**

**Asesor Estadístico  
Mg. Leonel Delgado**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Médico General

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTIN  
FACULTAD DE MEDICINA - SEDE PASTO  
ÁREA DE CIENCIAS INVESTIGATIVAS  
SAN JUAN DE PASTO  
2017**

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresamos nuestro agradecimientos a Dios como ser supremo que ha dado la fortaleza y constancia para cumplir nuestros objetivos.

Agradecemos también a nuestros padres por su incansable esfuerzo y apoyo incondicional durante el desarrollo de este proyecto.

A nuestros asesores Metodológico y científico quienes con su ayuda y colaboración hicieron posible este proyecto.

A la Clínica Nuestra Señora de Fátima un enorme agradecimiento por permitirnos realizar esta investigación.

## **DEDICATORIA**

A Dios, creador de la vida por sus infinitas bendiciones, bondad, brindándome  
sabiduría y fortaleza día a día.

A mis amados padres Jaime y Rosa Inés, por su inmenso amor, apoyo,  
incondicionalidad y sus esfuerzos diarios para hacer de mi una mejor persona.  
A mi hermana Ángela Ojeda, por siempre ser mi mano amiga, brindándome en  
cada momento su cariño y compañía.

A la persona que ha estado junto a mí en todo este proceso, entregándome su  
amor.

**KAREN SOFÍA BENAVIDES CORAL**

Gracias a Dios por permitirme vivir, disfrutar cada día, por tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión, proyecto por permitirme cumplir el desarrollo de esta tesis gracias infinitas por creer en mí, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es y lo justa que puede llegar a ser.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo lo complicado se ha convertido en posible de lograr, lo estamos haciendo juntos. Les agradezco y hago presente mi gran afecto hacia ustedes, mi hermosa familia.

**KATHERYN VANESSA BERMEO TORRES**

Quiero dedicar este trabajo primero a Dios por permitirme cumplir cada uno de mis sueños y darme la fortaleza día a día, a mi familia especialmente a mi madre Omaira Achagua quien siempre ha sabido guiarme y aconsejarme en cada uno de los momentos de mi vida, a mi padre por darme la oportunidad de formarme y ser la person quien soy hoy, a mi hermano por ser mi amigo incondicional, infinitas gracias por dedicar la mayor parte de su vida y sacrificio para que pueda ser una gran profesional y una gran persona.

Gracias a la persona que estuvo siempre apoyandome incondicionalmente en este trabajo con paciencia y gran amor.

**FARYDE DEL CARMEN CEBALLOS ACHAGUA**

Doy las gracias y dedico este proyecto de investigacion primeramente a DIOS que es mi fortaleza, mi refugio y mi guia en cada paso que doy y asi poder avanzar y realizar mis metas.

A mi papá, mi mamá y mi hermana que son el motor y los pilares en mi vida les agradezco infinitamente por todas las cosas que me regalan para que yo pueda estar donde me encuentro en este momento de mi vida. les doy muchas gracias por que se que cada dia se preocupan para verme sonreir y cumplir con todos mis sueños.

**KIM OVIDIO CUARAN MACIAS**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

---

---

---

**FIRMA DEL JURADO 1.**

---

**FIRMA DEL JURADO 2.**

**San Juan De Pasto Junio de 2017**

## **NOTA DE RESPONSABILIDAD**

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no compete a la Clínica Nuestra Señora de Fátima.

## TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE GRAFICAS	14
INTRODUCCIÓN	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
2. JUSTIFICACIÓN	20
3. MARCO REFERENCIAL	21
3.1 MARCO TEORICO	21
3.1.1 HISTORIA	21
3.1.2 DEFINICIÓN	21
3.1.3 CLASIFICACIÓN	22
3.1.3.1 Indicaciones maternas	22
3.1.3.2 Indicaciones fetales	26
3.1.4 COMPLICACIONES	27
3. 2 MARCO CONTEXTUAL	29
3.2.1 DEPARTAMENTO DE NARIÑO	29
3.2.2 SAN JUAN DE PASTO	31
3.2.3 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA	32
4. OBJETIVOS	34
4.1 OBJETIVO GENERAL	34
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
5. METODOLOGIA	35
5.1 Tipo de estudio.	35
5.2 Población.	35
5.3 Muestra	35
5.4 Criterios de selección	35
5.4.1 Criterios de inclusión	35

5.4.2 Criterios de exclusión	36
5.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	36
5.6 SESGOS	36
5.7 CONTROL DE SESGOS	36
5.8 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	36
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
7. VARIABLES	38
8. RESULTADOS	47
9. DISCUSION	60
10.CONCLUSIONES	62
11.RECOMENDACIONES	63
12.BIBLIOGRAFIA	64

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Demografía .....	30
<b>Figura 2</b> San Juan de Pasto .....	31

## LISTA DE GRAFICAS

- Gráfica 1:** Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según la edad de la madre. 47
- Gráfica 2:** Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según la etnia de la madre. 48
- Gráfica 3:** Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según la procedencia de la madre por Departamento. 49
- Gráfica 4:** Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según la edad gestacional. 50
- Gráfica 5:** Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según el régimen de seguridad social de la madre. 51
- Gráfica 6:** Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según el peso del recién nacido. 52
- Gráfica 7:** Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según la talla del recién nacido. 53
- Gráfica 8:** Frecuencia de las indicaciones materno-fetales en la Clínica Fátima en el año 2016. 54
- Gráfica 9:** Frecuencia de las indicaciones maternas en la Clínica Fátima en el año 2016. 55
- Gráfica 10:** Frecuencia de las indicaciones fetales en la Clínica Fátima en el año 2016. 56
- Gráfica 11:** Comparación de las indicaciones materno/fetales de cesáreas en la Clínica Fátima en el año 2016 con la edad de la madre. 57
- Gráfica 12:** Comparación de las indicaciones materno/fetales de cesáreas en la Clínica Fátima en el año 2016 con el peso del recién nacido. 58
- Gráfica 13:** Comparación de las indicaciones materno/fetales de cesáreas en la Clínica Fátima en el año 2016 con el peso del recién nacido. 59



## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A: articulo cientifico.....	74

## INTRODUCCIÓN

La cesárea era ya conocida y practicada en la antigüedad desde hace varios siglos, se habla de que proviene de la palabra de origen latino, caedere o scaedere, que significa cortar; la ley regia de NumaPompilius (siglo VII AC) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina; la leyenda cuenta que Julio César nació de este modo y por último, los escritos atribuidos a Plinio, historiador de la antigüedad, que aseveraba que el primero de los césares nació por vía abdominal.<sup>1</sup>

“El primer registro de un niño nacido mediante cesárea fue en Sicilia, 508 AC según Boley”<sup>1</sup>

“La cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero”, generalmente considerado como una operación segura, los partos por cesárea tienen más riesgos que los partos vaginales ya que en estos hay menos riesgos de infección o de sangrado severo que en las cesáreas. Además, cuando el bebé nace por parto vaginal, la madre puede recuperarse más rápidamente y regresar a sus labores cotidianas. Para realizar este tipo de intervención quirúrgica existe una serie de indicaciones basadas en evidencias que incluyen indicaciones tanto maternas como fetales.<sup>2</sup>

Teniendo en cuenta que la operación cesárea ha ido en aumento a nivel nacional y mundial por encima de la cifra que registra como normal la OMS la cual es de un 10-15% el grupo de trabajo hará énfasis en las indicaciones de cesárea más practicadas en la Clínica Nuestra Señora de Fátima de la ciudad de Pasto Nariño, y posteriormente dar a conocer a todo el personal de salud de dicha institución y tomar las medidas respectivas.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La cesárea es un procedimiento quirúrgico el cual consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina con el fin de poder evitar el parto natural el cual podría inducir a complicaciones médicas.<sup>3</sup>

Según la OMS la cesárea puede ser necesaria cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el niño por ejemplo: parto prolongado, sufrimiento fetal o presentación anómala. No obstante, también puede ser causa de complicaciones importantes, discapacidad y muerte, sobre todo en entornos que carecen de instalaciones para realizar intervenciones quirúrgicas en condiciones seguras y tratar posibles complicaciones. Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%.<sup>4</sup>

Tanto a nivel mundial como en Colombia la cesárea viene en aumento desde finales del siglo anterior. Para el año 2014 se evidencio en EE.UU el 31.1% de los nacimientos fueron por cesárea, en Sudáfrica del 15,9 %, en Egipto un 11,4% de los partos son llevados por cesárea, en Tunes un 8% y en Canadá de 25.9% también en Europa la tasa promedio fue del 19 % y los valores máximos pertenecieron a Italia con 36,5 % y Portugal, con 30 %.<sup>5</sup>

Sin embargo en Brasil, para el año 2014 el 52% de los nacimientos fueron por cesárea. En las clínicas privadas el 83% de los bebés nacen por cesáreas y en algunos casos el índice llega al 90%. Así, esta intervención quirúrgica ha dejado de ser un recurso para salvar vidas y se ha convertido en la norma. <sup>6</sup> No sólo en Brasil se ha extendido esta práctica de una forma desmesurada, también otros países en Latinoamérica también son muy altos los índices de cesárea como en México, para el año 2012 el 45.2% de nacimientos fueron por cesárea en mujeres de 20 a 49 años y en Chile para el año 2005 fue de 38.9%. <sup>Ibid6</sup>

En un estudio realizado en Bogotá en el Hospital de Engativa se encontró una tasa global de cesáreas de 36.97% en los años 2012 a 2014.<sup>7</sup>

En Colombia para el año 2009 se calculó que entre 25% y 30% de los nacimientos se atendieron por cesárea, con extremos en los departamentos de San Andrés, y Atlántico en donde 2/3 partes ocurren mediante este procedimiento. Departamentos como Cauca y Chocó muestran porcentajes de nacimiento por cesárea de 12-15%, cifras de Bogotá, Medellín y Cali indican el 30% de los partos ocurren por trans-abdominal.<sup>8</sup>

En el año 2001, la Academia Nacional de Medicina (ANM) se organizó para revisar el incremento de los nacimientos por cesárea que se presentaba en Colombia desde hacía algunos años, mostrando incrementos preocupantes, al punto que entre el 50% y el 80% de los casos atendidos al año correspondían a niños nacidos por cesárea. Aproximadamente 30% de los 700.000 nacimientos/año que ocurrieron en el año 2009 (unos 210.000), se atienden por cesárea según el DANE.<sup>Ibid8</sup>

En Colombia se encuentra una clara tendencia al incremento de la cesárea desde 24,9% en 1998 hasta el 45,7% en el año 2013. El análisis por departamentos muestra marcadas diferencias en las tasas de utilización de cesárea en las distintas regiones del país, siendo particularmente elevadas en la región Caribe colombiana aunque en todas las zonas del país se encuentran tasas por encima de las metas propuestas por la OMS.<sup>9</sup>

Un estudio realizado en el presente país, específicamente en la ciudad de Santiago de Cali, apoyado por la Secretaria de Salud Pública Municipal en conjunto con la Alcaldía de la misma ciudad; reportan que el 63% de los nacimientos es a través del parto espontáneo, frente al 37% de parto por cesárea<sup>10</sup>, también muestra que el parto vaginal viene en descenso para el 2011, llegando a un 59.5% en la población general y entre la población pobre no asegurada llega al 75.5%. También se encontró que el parto por cesárea es cada vez mayor entre las madres en general (40.5%) y en el régimen contributivo representó el 50.8% de los partos.<sup>11</sup>

En el mismo estudio se evidenció que la segunda causa de egreso hospitalario corresponde al parto por cesárea, superando al parto vaginal, a las infecciones de vías urinarias, neumonías, entre otras.<sup>Ibid11</sup>

Otros datos importantes que se encontró, son que de acuerdo a los nacidos vivos según el tipo de parto en Santiago de Cali para el año 2011, se reportan 17.140 casos correspondientes a parto espontaneo versus 10.007 casos correspondientes a partos por cesárea.<sup>Ibid11</sup>

Según la secretaria de Salud de la ciudad de Pasto, para el año 2010 hubo 6990 casos de partos únicos por cesárea lo cual correspondió a un 4%.<sup>Ibid11</sup>

Si bien es cierto que hoy en día, las cesáreas son por lo general procedimientos con un alto grado de seguridad; no debemos olvidar que cualquier tipo de cirugía conlleva riesgos como: aumento del sangrado (que podría requerir una transfusión de sangre), infecciones de herida operatoria, daño accidental al intestino y/o vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato. Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento.<sup>12</sup>

Además de persistir esa problemática, podría ocasionar en la población una generalización de esta tendencia, con diversas consecuencias como: disminución de atención de parto eutócico, incremento en las consecuencias post operatorias y un incremento en el gasto familiar por parte de la población (ya que al generalizarse esta tendencia las familias optarían por la realización de este procedimiento quirúrgico). Todo esto conllevaría a que la realización de este procedimiento que debería ser estrictamente de tipo médico-asistencial, sea con fines netamente lucrativos.

Es por eso que debemos tener presente, que las reales indicaciones de parto por cesárea hacen referencia a las circunstancias clínicas en las cuales el pronóstico materno-fetal se optimiza utilizando este procedimiento quirúrgico.<sup>Ibid12</sup>

## **1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las indicaciones para la realización de cesáreas en la Clínica Nuestra Señora De Fátima durante el año 2016?

## 2. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años la tasa de cesárea se ha incrementado y con ello se dispara los riesgos y complicaciones que este procedimiento quirúrgico trae consigo; por lo cual resulta importante conocer la causa o indicación que llevo a la realización de este evento a la gestante.

Por tanto la realización del estudio además de enriquecer en conocimiento al grupo de investigadores, también llevara un mensaje al personal de la Clínica Nuestra Señora de Fátima específicamente del área de ginecología y obstetricia, útil para el desempeño de su labor cotidiana.

Por ende de no realizarse el trabajo, no se conocerá cuáles son las causas o indicaciones más frecuentes que llevaron a practicar cesárea a las gestantes en la Clínica Nuestra Señora de Fátima, teniendo en cuenta que la primera causa de terminación de embarazo en el presente país es vía alta cesárea; además según lo expuesto en la Política Nacional el propósito es disminuir la cantidad de cesáreas e incrementar el número de nacimiento vía vaginal.

Con ello la importancia del estudio radica en conocer las indicaciones y causas más frecuentes de cesárea en las gestantes en la Clínica Nuestra Señora de Fátima, además se estudiará la relación existente entre las indicaciones ya sean maternas o fetales con las distintas variable sociodemográficas y del recién nacido; los resultados del presente estudio se informaran a la institución donde se realizó, con el fin de aportar en la toma de medidas preventivas y disminución del número de cesáreas relación vía parto vaginal.

### **3. MARCO REFERENCIAL**

#### **3.1 MARCO TEORICO**

##### **3.1.1 HISTORIA**

La cesárea es un procedimiento quirúrgico extremadamente antiguo. Parece ser que ya era conocida en el año 715 A.C. según han investigado los historiadores.

Entonces, una ley romana dictada por Numa Pompilio, la "lex caesarea", prescribía su uso como una manera de sacar al bebé del vientre de la madre cuando ésta acababa de morir, a fin de enterrarlos separadamente y, en raras ocasiones, para salvar la vida del bebé. Cuenta la leyenda que Julio César nació mediante una operación así en el año 100 A.C., y de ahí provendría el nombre, aunque es probable que derive realmente de la ley anterior. Además, el término podría derivarse del verbo latino caedere, "cortar, efectuar una fisura".

El inicio de la historia es casi con certeza el verbo caedo: en Roma se empleaba la explícita frase "a matre caesus" ('cortado de su madre') para describir la operación.

La relación etimológica del nombre César por la historia del nacimiento del emperador por este procedimiento ya es antigua, pero ya conocemos el gusto por las etimologías populares. El título de la "lex caesarea" debe de estar influido por esta leyenda, en una mezcla de "caesus" y "Caesar". Otra curiosidad: en alemán se dice Kaiserschnitt (literalmente, «el corte del emperador»), sin duda proveniente de forma directa de la leyenda del nacimiento de Julio César.<sup>13</sup>

##### **3.1.2 DEFINICIÓN**

Una cesárea se define como una intervención quirúrgica mayor que consiste en la realización de una incisión para abrir la matriz y sacar así el feto de su interior. Tiene como objetivo fundamental asegurar la vida del recién nacido ante un parto difícil, ya sea por mala colocación del feto, por una configuración anatómica inadecuada de la madre, o por cualquier otra causa o condición médica.<sup>14</sup>

Generalmente es considerada como una operación segura, los partos por cesárea tienen más riesgos que los partos vaginales ya que en estos hay menos riesgos de infección o de sangrado severo que en las cesáreas. Además, cuando el bebé nace

por parto vaginal, la madre puede recuperarse más rápidamente y regresar a sus labores cotidianas. Los aportes científicos y tecnológicos que ocurrieron en el siglo XX, permitieron la introducción de técnicas quirúrgicas con asepsia y anestesia confiables y de métodos sofisticados lo cual contribuyó al incremento en el uso de la operación cesárea que se observó en la década de los años sesenta en todos los países alrededor del mundo. Además su implementación ha permitido mejorar el pronóstico de patologías que antes representaban una causa importante de morbilidad materna y perinatal tales como las distocias, las hemorragias del tercer trimestre, el bajo peso al nacer y la preeclampsia, entre otras entidades obstétricas.<sup>15</sup>

### **3.1.3 CLASIFICACIÓN**

#### **3.1.3.1 Indicaciones maternas**

##### Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):

3.1.3.1.1 Estrechez pélvica: se considera en el plano superior un conjugado diagonal menor de 11,5 cm o un obstétrico menor de 10 cm.<sup>16</sup>

3.1.3.1.2 Tumores óseos de la pelvis: la pelvis ósea constituye uno de los lugares del esqueleto donde con mayor frecuencia podemos encontrar lesiones tumorales. Sin embargo, estas lesiones habitualmente proceden de tumores de origen visceral (metástasis de carcinomas) o sanguíneo (leucemias, linfomas, mielomas). También es relativamente frecuente la infiltración de la pared ósea de la pelvis por tumores viscerales localizados en la cavidad pélvica (carcinoma de recto, vejiga y cuello uterino).<sup>17</sup>

##### Distocia de partes blandas:

3.1.3.1.3 Tumor del útero: se origina cuando células en el revestimiento interno del útero (endometrio) comienzan a crecer en forma descontrolada.<sup>18</sup>

3.1.3.1.4 Tumor de cérvix: se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz).<sup>19</sup>

3.1.3.1.5 Tumor de la vagina: las tumoraciones benignas se pueden presentar en forma de quistes o como formaciones sólidas y entre las malignas el carcinoma es el más frecuente.<sup>20</sup>

3.1.3.1.6 Tumor de la vulva: la vulva puede ser asiento de quistes y tumores sólidos que se originan en la zona cutánea o mucosa. La frecuencia real es difícil de establecer puesto que muchas de estas lesiones son asintomáticas y de curso benigno, por lo que llegan a pasar desapercibidas.<sup>21</sup>

3.1.3.1.7 Cesárea previa: se define como el antecedente de cesárea de una madre, exceptuando la actual.<sup>22</sup>

3.1.3.1.8 Cirugía vaginal previa: paciente con antecedente de plastia vaginal se debe realizar cesárea con el fin de evitar daño anatómico de los tejidos previamente reparados quirúrgicamente. <sup>Ibid22</sup>

#### Distocia de contracción:

3.1.3.1.9 Polisistolias: contracciones uterinas mayores a 5 en 10 minutos, lo que no permite al feto recuperar su estado de oxemía normal, de modo que el descenso de la saturación de oxígeno es aún más marcada.<sup>23</sup>

3.1.3.1.10 Inducción Fallida: los criterios para calificar una inducción como fallida no están, en general, unificados. Se estima que en presencia de un cuello desfavorable para inducción, ésta falla en un 15% de los casos. Debe diferenciarse de la falla en el progreso del trabajo de parto debida a desproporción cefalopélvica o alteraciones en la posición. Se propone como definición: falla en establecer el trabajo de parto después de un ciclo de tratamiento, es decir: si se insertaron tabletas de 3 mg de PEG2 intravaginal o gel (1 a 2 mg) a intervalos de 6 horas en 24 horas . Si la inducción falla deben reevaluarse las condiciones del caso, revalorarse el estado fetal y así definir la opción terapéutica a seguir: intento adicional de inducción cambiando la modalidad farmacológica (oxitocina, amniotomía, esquema adicional de PGE2), posponer la inducción o llevar a cesárea.<sup>24</sup>

#### Otras indicaciones maternas:

3.1.3.1.11 Hemorragia (placenta previa): inserción placentaria en el segmento inferior, pudiendo cubrir por completo el orificio cervical interno (placenta previa total u oclusiva) o llegando sólo a su borde (placenta previa marginal).<sup>25</sup>

3.1.3.1.12 Nefropatía: la enfermedad renal puede manifestarse o descubrirse incidentalmente en el transcurso de la gestación y clínicamente puede contemplarse desde tres escenarios: el desarrollo de lesión renal aguda, el diagnóstico de enfermedad renal crónica (nefropatía previa no diagnosticada) y el antecedente conocido (nefropatía subyacente) de enfermedad renal crónica que precede a la gestación.<sup>26</sup>

3.1.3.1.13 Cardiopatía: aunque la cardiopatía no es muy frecuente entre las mujeres gestantes (0,4-2%), continúa siendo una causa importante de mortalidad materna. Esto se debe a los cambios hemodinámicos que ocurren durante el embarazo, que son bien tolerados por la mujer sana, pero que pueden descompensar el corazón de una mujer cardiópata y provocar un grado variable de morbimortalidad.<sup>27</sup>

3.1.3.1.14 Diabetes gestacional: desorden metabólico complejo, de múltiples etiologías, que se caracteriza por hiperglicemia crónica debida a defectos en la secreción o la acción de la insulina y que se acompaña de alteración del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas.<sup>28</sup>

3.1.3.1.15 Trasmisión de enfermedades maternas: hace referencia al paso de una infección u otra enfermedad de la madre a su hijo inmediatamente antes y después del parto durante el período perinatal. Entre ellas se mencionan:

-Virus del Papiloma Humano: es un virus que proviene de la familia Papovaviridae que afecta células escamosas del epitelio del tracto genital bajo (como vagina, vulva, cuello uterino y ano), así como epitelio oral y nasal.<sup>29</sup>

-Toxoplasmosis: es una infección parasitaria frecuente y de curso benigno para niños y adultos inmunocompetentes; sin embargo, es temible en mujeres embarazadas que se infectan por primera vez y entre los sujetos inmunodeprimidos.<sup>30</sup>

-VIH: es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento.<sup>31</sup>

3.1.3.1.16 Abrupción de placenta: es el proceso de separación parcial o total de la placenta de su lugar de inserción normal que corresponde al fondo uterino, se produce a partir de las 20 semanas de gestación hasta antes del nacimiento del feto, pudiendo ocurrir incluso durante el trabajo de parto.<sup>32</sup>

3.1.3.1.17 Ruptura Prematura de Membranas: es la pérdida de la integridad del saco gestacional antes del inicio del trabajo de parto, independiente de la edad gestacional.<sup>33</sup>

3.1.3.1.18 Oligohidramnios: se define como la presencia de una MCV < 2 cm, siendo considerado como oligoanhydramnios severo.<sup>34</sup>

3.1.3.1.19 Polihidramnios: se define como el aumento de volumen de líquido amniótico mayor de 2000 ml, Índice de líquido amniótico (ILA) mayor de 25 cm y ILA mayor que el correspondiente al percentil 95 para la edad gestacional.<sup>35</sup>

3.1.3.1.20 Parto prolongado: dilatación cervical o un descenso fetal anormalmente lentos durante el trabajo de parto. El diagnóstico es clínico. El tratamiento se realiza con oxitocina, parto vaginal operatorio o cesárea.<sup>36</sup>

3.1.3.1.21 Multiparidad: se define como el antecedente de cuatro o más partos vaginales exceptuando la gestación actual.<sup>37</sup>

3.1.3.1.22 Mioma cervical: son tumores no cancerosos que se adhieren o se desarrollan dentro de la pared del cérvix.<sup>38</sup>

3.1.3.1.23 Malformaciones arteriovenosas cerebrales: son anomalías vasculares complejas compuestas por arterias y venas, ellas pudieran incluir primariamente, vasos de las leptomeninges con extensión dentro de los surcos y fisuras. Se localizan en territorios vasculares profundos del cerebro medio, cerebelo y plexos coroideos.<sup>39</sup>

3.1.3.1.24 Enfermedades genéticas de la madre: entre ellas destacamos, el Síndrome de Marfán; definido como un trastorno autosómico dominante del tejido conjuntivo que se origina por mutaciones en el cromosoma 15 del gen que codifica la fibrilina. Las mujeres embarazadas con síndrome de Marfán tienen mayor riesgo de dilatación, disección y ruptura aórtica.<sup>40</sup>

3.1.3.1.25 Preeclampsia: grave o severa es una enfermedad del endotelio de causa desconocida, que se manifiesta con hipertensión arterial y proteinuria luego de la 20ª semana de gestación o en el puerperio.<sup>41</sup>

3.1.3.1.26 Eclampsia: se define como así las convulsiones similares a una crisis epiléptica aparecidas en el contexto de una preeclampsia e hiperreflexia. Suponen un riesgo vital y pueden ocurrir antes, durante o después del parto.<sup>42</sup>

3.1.3.1.27 Síndrome de Hellp: el nombre viene del acrónimo compuesto por la abreviación en inglés de los signos que lo caracterizan: hemólisis (HE) elevación de los enzimas hepáticos (EL), y bajo recuento de plaquetas (LP). Es un síndrome grave de comienzo insidioso, en el que pueden confluir diversas etiologías, pero que lo más habitual es que aparezca en el contexto de una

preeclampsia, aunque a veces no sea manifiesta aún en el momento de su aparición, y que suele acompañarse de dolor en epigastrio y/o hipocondrio derecho y malestar general.<sup>43</sup>

3.1.3.1.28 Placenta previa: inserción placentaria en el segmento inferior, pudiendo cubrir por completo el orificio cervical interno (placenta previa total u oclusiva) o llegando sólo a su borde (placenta previa marginal).<sup>44</sup>

Entre otras definiciones tenemos: La placenta previa se define como aquella placenta que está localizada por encima o cerca del orificio interno del cérvix. Esta entidad se produce cuando el embrión se implanta en la parte más baja del útero.<sup>45</sup>

3.1.3.1.29 Embarazo de parto pre término: se define como aquel que ocurre antes de la semana 37 de la gestación; el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando este fracasa, puede conducir a un parto pre término.<sup>46</sup>

3.1.3.1.30 Embarazo múltiple: se define como el desarrollo simultáneo de más de un feto dentro del útero. Se considera un embarazo de alto riesgo debido al aumento de las complicaciones materno-fetales, en comparación con los embarazos simples. Estas gestantes requieren de un control prenatal más estricto, así como un mayor cuidado durante el nacimiento. La gestación gemelar puede ser: monocigótica y dicigótica.<sup>47</sup>

### **3.1.3.2 Indicaciones fetales**

3.1.3.2.1 Desproporción cefalopélvica: discordancia entre la amplitud de la pelvis materna y el volumen del polo cefálico fetal. Es un concepto dinámico, producto de una prueba fracasada de trabajo de parto. Excepcionalmente se puede efectuar antes del parto en una paciente de talla muy baja con feto de peso normal, con rebase de la presentación.<sup>48</sup>

3.1.3.2.2 Presentación podálica: es aquella en la que la pelvis de un feto en situación longitudinal está en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna. También recibe el nombre de presentación pelviana.<sup>49</sup>

3.1.3.2.3 Prolapso de cordón umbilical: es la presencia del cordón umbilical por delante de la presentación fetal.<sup>50</sup>

3.1.3.2.4 Sufrimiento fetal: es una asfixia fetal progresiva, que si no se corrige o evita, puede provocar un mal funcionamiento fisiológico, produciendo un daño

permanente en el sistema nervioso central, fallo multiorganico, y acabar con la muerte del bebé.<sup>51</sup>

3.1.3.2.5 Distocia de hombros: Se presenta por impactación del hombro anterior detrás de la sínfisis del pubis materno, en lugar de sobrepasarlo.<sup>52</sup>

3.1.3.2.6 Restricción del crecimiento intrauterino: la deficiencia en el crecimiento fetal implica una falla en el feto para alcanzar todo su potencial de crecimiento establecido genéticamente. Este potencial de crecimiento varía fisiológicamente de acuerdo a las características maternas como peso, talla, origen étnico, paridad, condición nutricional.<sup>53</sup>

3.1.3.2.7 Macrosomía fetal: se define un recién nacido que su peso este por encima del percentil 90 o mayor igual a 4000g.<sup>54</sup>

### **3.1.4 COMPLICACIONES**

La cesárea, a pesar de su alta seguridad, no está exenta de complicaciones, algunas impuestas por la propia indicación para realizar el procedimiento (situaciones maternas de extrema urgencia), y otras derivadas de la técnica en sí. No es correcto ignorar el incremento de morbilidad neonatal y materna que se deriva de su práctica, por no mencionar el aumento de riesgo, de 2.8 a 6 veces más de muerte materna. Las infecciones son más frecuentes que en el parto vaginal y en ocasiones fuerzan a terapéuticas muy agresivas (histerectomía). La necesidad de transfusión, con sus particulares complicaciones, se requiere del 1 al 6% de las ocasiones. Hay posibilidad de daño en órganos vecinos y en ocasiones se presentan cuadros de íleo paralítico que son muy raros en el parto vaginal. El hecho de requerir anestesia constituye otra fuente de eventuales complicaciones. El postoperatorio es mucho más molesto y prolongado, con mucho alto riesgo de tener que abandonar la lactancia materna. Su costo es también superior al del parto vaginal, llegando una cesárea sin complicaciones, a costar más del doble de los gastos generados por el primero.<sup>55</sup>

- Complicaciones infecciosas: Las complicaciones infecciosas son la principal causa de morbilidad asociada a la cesárea, siendo esta última el factor de riesgo más importante de infección materna posparto. La cesárea tiene entre 5 y 20 veces más riesgo de infección que el parto vaginal. Las complicaciones infecciosas después de una cesárea incluyen: fiebre, infección de la herida quirúrgica y del tracto urinario,

endometritis, bacteremia e infecciones severas (absceso pélvico, tromboflebitis pélvica séptica y shock séptico). Factores como la cesárea emergente, duración del parto, rotura de membranas, estado socioeconómico, número de 33 exploraciones vaginales, monitorización interna, infecciones del tracto urinario, anemia, pérdida hemática severa, obesidad, diabetes, técnica quirúrgica y experiencia del cirujano están involucradas en la incidencia de tal complicación. <sup>Ibid55</sup>

- Endometritis: Es la complicación infecciosa más frecuente de la cesárea. Su incidencia sin la administración de antibióticos es de 20-40%. El uso de antibióticos profilácticos ha disminuido estas cifras en un 5%. Es una infección polimicrobiana causada generalmente por bacterias presentes en el tracto genital inferior, las manifestaciones clínicas suelen aparecer a las 24-48 horas de la intervención. <sup>Ibid55</sup>

- Infecciones del tracto urinario: Son una complicación relativamente frecuente con incidencia variable entre el 2 y 16% y se relacionan fundamentalmente con la duración del sondaje vesical. <sup>Ibid55</sup>

- Tromboflebitis pélvica séptica: La incidencia de tromboflebitis pélvica séptica es en algunas series 10 veces más alta después de una cesárea. Es más frecuente en pacientes con anemia, rotura prematura de membranas, presencia de meconio y prolapso de cordón, siendo menos común en las cesáreas electivas. Para su prevención se aconseja una correcta preparación quirúrgica de la piel y una técnica quirúrgica cuidadosa. <sup>Ibid55</sup>

### **3. 2 MARCO CONTEXTUAL**

#### **3.2.1 DEPARTAMENTO DE NARIÑO**

- **Ubicación y localización geográfica**

El Departamento de Nariño está situado en el extremo suroeste del país en la frontera con la República del Ecuador.<sup>56</sup>

- **Extensión y límites**

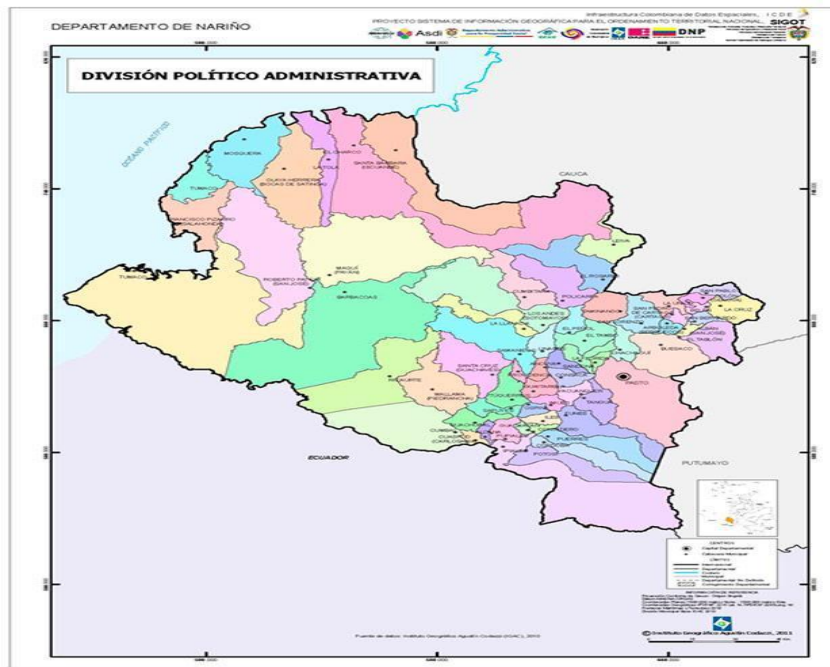
La superficie es de 33.268 kilómetros cuadrados y limita por el norte con el Departamento del Cauca (franja del territorio en litigio) por el este con el Departamento del Putumayo (franja de territorio en litigio), por el sur con la República del Ecuador y por el oeste con el Océano Pacífico. <sup>Ibid56</sup>

- **División administrativa**

El Departamento está dividido en 63 municipios: Pasto, ciudad capital, Albán, Aldana, Ancuya, Arboleda, Barbacoas, Belén, Buesaco, Colón, Consacá, Contadero, Córdoba, Cuaspud, Cumbal, Cumbitara, Chachagüi, El Charco, El Peñol, El Rosario, El Tablón, El Tambo, Francisco Pizarro, Fúnes, Guachucal, Guaitarilla, Gualmatán, Iles, Imúes, Ipiales, La Cruz, La Florida, La Llanada, La Tola, La Unión, Leiva, Linares, Los Andes, Magüi, Mallama, Mosquera, Nariño, Olalla Herrera, Ospina, Policarpa, Potosí, Providencia, Puerres, Pupiales, Ricaurte, Roberto Payán, Samaniego, San Bernardo, San Lorenzo, San Pablo, San Pedro de Cartago, Sandoná, Santa Bárbara, Santa Cruz, Sapuyes, Taminango, Tangua, Tumaco, Túquerres y Yacuanquer; 230 corregimientos, 416 inspecciones de Policía, numerosos caseríos y sitios poblados. Los municipios están agrupados en 20 círculos notariales, con un total de 25 notarias, un círculo principal de registro con sede en Pasto y 7 oficinas seccionales de registro con sede en municipios de Barbacoas, Ipiales, La Cruz, La Unión, Samaniego, Tumaco y Túquerres; un distrito judicial con 11 cabeceras: Barbacoas, Ipiales, La Cruz, La Unión, Samaniego, Túquerres y Tumaco en el Departamento de Nariño y Mocoa, Sibundoy y Puerto Asís en el Departamento del Putumayo. El Departamento conforma la circunscripción electoral de Nariño. El primero de Enero de 1995 tenían registrados 118.104 predios urbanos y 242.264 rurales. <sup>Ibid56</sup>

- **Demografía**

Según datos de proyección de población del DANE para el año 2004 es de 1632.093 habitantes, de los cuales 714.481 corresponden a cabeceras municipales y 917.612 al sector rural agrupados en 238.735 hogares y 224.450 viviendas. La población de 10 años y más, según condición de actividad, está distribuida en 51% económicamente activa, 20% estudiantes, 24% oficios del hogar, 1% jubilados y pensionados y el 4% en otra situación. La población actual se ha originado de la mezcla de españoles e indígenas, entre estos últimos los Quillacingas y los Patos; posteriormente los españoles trajeron negros africanos como esclavos, muchos de los cuales se convirtieron en cimarrones y se ubicaron en la cuenca del Patía y en el sector costero. En el Departamento se encuentran 38 resguardos; predominan las familias Quillacinga y Awa, con 76.828 indígenas, correspondientes al 6,36% de la población y que ocupan 258.637 hectáreas del territorio departamental. La constitución política de Colombia de 1991 y mediante la Ley 70 de 1993, han otorgado reconocimiento a las negritudes y sus derechos; estas se encuentran concentradas principalmente en la faja del litoral Pacífico, donde se encuentra el mayor número de comunidades y pobladores. <sup>Ibid56</sup>



Fuente: <http://www.todacolombia.com/departamentos-de-colombia/narino.html>

### 3.2.2 SAN JUAN DE PASTO

Pasto es una palabra de origen quechua que significa “río azul”. Pastos se llamaron las tribus que habitaron las regiones de Túquerres e Ipiales. Refiriéndose a sus habitantes, Cieza de León escribe que “todos estos pueblos y caciques tenían y tienen por nombre Pastos , y por ellos tomó el nombre de Villa de Pasto”.<sup>57</sup>

En la antigüedad fue conocida con los nombres de Villaviciosa de la Provincia de Hatunllacta, Villaviciosa de la Concepción , Villaviciosa de Pasto, Villa de Pasto y San Juan de Pasto. Se dice que este último se le dio en homenaje a la princesa doña Juana, hermana del rey Felipe II, quien firmó los documentos que concedieron el título a la ciudad. Es una de las ciudades más antiguas de América y de Colombia. Por el espíritu combativo de sus moradores, en el siglo XIX se la llamó “ La Leona de los Andes”; la Vendée Americana , “donde el amor al rey y la fidelidad a Castilla llevó a extremos de sublime heroísmo”. Posteriormente la “Ciudad Teológica”. En la actualidad lleva el calificativo de la “Ciudad Sorpresa”.<sup>Ibid57</sup>

Capital del departamento de Nariño en el sur de Colombia, además de ser la cabecera del municipio de Pasto. La ciudad ha sido centro administrativo, cultural y religioso de la región desde la época de la colonia.

Ubicada en el centro del país, en la cordillera oriental, ramal de los Andes americanos y perteneciente al altiplano cundiboyacense, la capital del país conocida como la Sabana de Pasto, tiene una extensión aproximada de 33 kilómetros de sur y norte y 16 kilómetros de oriente a occidente.<sup>58</sup>



Fuente: San Juan de Pasto-Colombia (2014) HD-1080p Jhonny Pantoja

### 3.2.3 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA

El 4 de Junio de 1954, se reunieron los Drs. Luis López Portilla, Manuel Antonio Chamorro, Alejandro Chamorro, Teofilo López Pérez, Alfredo Hinestrosa, Miguel Guerrero Ruiz, Luis Olmedo Salazar, Carlos Rivas, Jorge Llinas, Iván González, Javier Pérez Viteri, Echeverri, Carlos Vela, Alonso Hoyos, José Salathiel Pérez, Gerardo Salas Rivera, Arturo Ordoñez, Juan Bautista Ruiz, Horacio Noguera, Pedro Serrano, con el fin de dar inicio a la Sociedad Clínica de Fátima Ltda., en esa misma reunión nombraron La primera Junta Directiva con carácter provisional la cual se conformo por los doctores Miguel Guerrero Ruiz, Alfredo Hinestrosa, Iván González y Alfonso Hoyos. Mediante escritura No. 1494 del 15 de Septiembre de 1954 en la Notaria Segunda del Circuito de Pasto se legaliza la sociedad y en ella se nombra por el período de un año al primer Gerente, Dr. Miguel Guerrero Ruiz y su suplente Dr. Alfredo Hinestrosa.<sup>59</sup>

El 25 de Septiembre de 1954, se firma un contrato con la Comunidad de Hermanas Carmelitas Descalzas Misioneras, para la dirección de la Clínica y el manejo del personal de enfermeras y servicios del establecimiento. El 10 de Enero de 1955, en ceremonia de inauguración; el Padre Gerver, Rector del Seminario celebro la misa y bautizó a la institución con el nombre de Clínica Nuestra Señora de Fátima, en honor a la Virgen de Fátima. Con escritura No. 1401 del 28 de noviembre de 1962 de la Notaria Primera de Pasto e inscrita en la Cámara de comercio el 29 de noviembre del mismo año, se constituye la sociedad denominada Clínica Nuestra Señora de Fátima Ltda. <sup>Ibid59</sup>

En 1965 la Clínica atiende partos con un excelente equipo humano y un apoyo tecnológico de alta calidad, además se desarrollan cirugías de alta complejidad. <sup>Ibid59</sup>

En 1986 se realiza el Primer Reemplazo Parcial de Cadera Tipo Thomson realizado por el Dr. Luis Guerrero Ruiz, posteriormente en 1990 se crea el nuevo quirófano con alta tecnología y talento humano al servicio de la comunidad, para 1995 según escritura pública 5004 de la notaria segunda del circuito de Pasto, se transforma de limitada a sociedad anónima. Para 1997 se hace la primera craneotomía por tumor cerebral por el Dr. Porfirio Muñoz, en el año 2000 se Inauguración primera unidad de cuidados intensivos privada del Departamento con equipos de alto nivel únicos en Nariño, en el año 2003 se hace lanzamiento oficial de las instalaciones de la sede Urgencias y para 2008 se compra equipos de última tecnología equipos laparoscopios con alta dimensión y tecnología digital, en sistemas de tomografía de la más reciente generación e imageneologia digital. Actualemnete la institución cuenta con Servicios de Hospitalización, Urgencias,

Cirugía, Servicio Farmacéutico, UCI, Imaginología Computarizada, Laboratorio Clínico. <sup>Ibid59</sup>

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar las indicaciones de cesáreas realizadas en la Clínica Nuestra Señora De Fátima durante el año 2016.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar sociodemográficamente a la población objeto de estudio
- Determinar la frecuencia de las indicaciones maternas y fetales que llevaron a la práctica de cesáreas realizadas en la Clínica Nuestra Señora de Fátima
- Comparar las variables sociodemográficas de la madre y del recién nacido con las indicaciones maternas y fetales

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 Tipo de estudio.

Enfoque cuantitativo. Observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

### 5.2 Población.

Estará conformada por las pacientes a quien se les practicó la cesárea en la Clínica Nuestra Señora De Fátima durante el año 2016. Debido a la magnitud de la población que generalmente se presenta cada año, se realizara muestreo. Para la muestra se utilizara la fórmula:

$$n = \frac{ZK^2 p \cdot q}{e^2 (N-1) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

Siendo entonces n=120 que corresponde al muestreo obtenido de la poblacion total de N=886.

### 5.3 Muestra

Para el estudio se realizó un muestreo aleatorio simple con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%

### 5.4 Criterios de selección

#### 5.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes a quien se les practicó la cesárea en la Clínica Nuestra Señora De Fátima

- Se trabajó con datos obtenidos a partir de las historias clínicas en la Clínica Nuestra Señora De Fátima durante el periodo de 2016.

#### **5.4.2 Criterios de exclusión**

- Se excluirán las historias clínicas que no estuvieron completas con indicación materna o fetal
- Se excluirán a las pacientes que presentaron parto vía vaginal

#### **5.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La información se obtendrá de las historias clínicas de las pacientes que asistieron a la Clínica Nuestra Señora De Fátima donde se les practicó la cesárea en el año 2016.

#### **5.6 SESGOS**

- Dificultad para acceder a todas las historias clínicas de la Clínica Nuestra Señora De Fátima.
- Datos que en la historia clínica no se especifiquen como indicación materna o fetal

#### **5.7 CONTROL DE SESGOS**

Cumplir con todos los requisitos que solicita en la Clínica Nuestra Señora De Fátima para poder acceder a las historias clínicas y que el número de historias clínicas solicitadas coincidan con el número de historias clínicas recibidas.

## **5.8 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se construirá una base de datos con la información obtenida a partir de las historias clínicas, en el cual realizaremos un análisis univariado a través de distribución de frecuencias de la totalidad de las variables cualitativas y cuantitativas, aplicando tablas de frecuencias y gráficas. Y posteriormente se realizara una comparacion entre las inidcaciones materno/fetales con las variables sociodemograficas y asi determinaremos los factores que influyen en la realización de una cesárea.

En todas la pruebas se considerara un nivel se significancia inferior al 0.05%.

## **6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se pondrá en conocimiento la investigación a realizar con las historias clínicas de las pacientes por lo cual se pedirá el respectivo permiso y autorización al Comité de Ética de la Clínica Nuestra Señora De Fátima, para acceder a la información necesitada.

La presente investigación se enfatiza en dar a conocer al personal médico de la aérea de ginecología las indicaciones claras que llevan a la realización de la cesárea, para ello nos aseguraremos de dar a conocer al personal los resultados obtenidos.

Se incluirá en el estudio a todas las pacientes a quien se les fue realizada la cesárea sin ningún tipo de exclusión por alguna condición. La muestra que se tome se realizará mediante método aleatorio garantizando que ninguna paciente tenga mayor probabilidad que otra para ser seleccionada.

La manipulación de la información suministrada por las historias clínicas, será de total confidencialidad, y recolectada únicamente por el cuerpo estudiantil de la Fundación Universitaria San Martin pertenecientes a este proyecto de investigación, los datos obtenidos en el estudio se documentaran de manera anónima, sin afectar la intimidad de los pacientes en cumplimiento de la resolución 008430 artículo 8 de 1993.

## 7. VARIABLES

cuadro de caracterización

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS				
VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPOS DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
Edad	Años cumplidos de la paciente al momento de realizarse el procedimiento	Cuantitativo Politémica	Intervalo	1. Adolescente 2. Adulto joven 3. Adulto
Procedencia	Lugar en que reside la paciente	Cualitativa Politémica	Nominal	Departamento
Etnia	Grupo étnico al que pertenece la paciente	Cualitativa Politémica	Nominal	1. Mestiza 2. Afrodescendiente 3. Indígena 4. No registrada
Edad Gestacional	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación	Cuantitativo Politémica	Intervalo	1. A término 2. Pretermino 3. Posttermino

	normal hasta el nacimiento			
Régimen de seguridad social	Régimen al que se encuentra afiliada la paciente	Cualitativo Politómica	Nominal	1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Particular
<b>VARIABLES DEL RECIEN NACIDO</b>				
Peso	Peso que le toman inmediatamente después de haber nacido. Un bebé pequeño se considera al que pesa menos de 2.5 kg y un bebé grande al de más de 4 kg.	Cuantitativo Politómica	Ordinal	1. Adecuado peso 2. Bajo peso 3. Macrosomico
Talla	Medida de la estatura del niño desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo	Cuantitativa Politómica	Intervalo	
<b>INDICACIONES MATERNAS</b>				
<b>Distocias de partes oseas</b>				
Tumores óseos de la pelvis	Crecimientos tumorales benignos o malignos a nivel pelvico oseos.	Cualitativo Dicotómica	Nominal	SI NO
Estrechez pélvica	Se considera en el plano superior un	Cualitativo Dicotómico	Nominal	SI NO

	conjugado diagonal menor de 11,5 cm o un obstétrico menor de 10 cm			
<b>Distocias de partes blandas</b>				
<b>Tumor del útero</b>	Originados de células en el revestimiento interno del útero (endometrio) comienzan a crecer en forma descontrolada.	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Tumor de cérvix</b>	Originado de células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz)	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Tumor de la vagina</b>	Tumoraciones benignas se pueden presentar en forma de quistes o como formaciones sólidas y entre las malignas el carcinoma es el más frecuente	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Tumor de la vulva</b>	Crecimiento elulares originados en la zona cutánea o mucosa	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Cesárea previa</b>	Antecedente de cesárea de una madre,	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>

	exceptuando la actual			
<b>Cirugía vaginal previa</b>	Antecedente de plastia vaginal se debe realizar cesárea con el fin de evitar daño anatómico de los tejidos previamente reparados quirúrgicamente	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Distocias de contracción</b>				
<b>Polisistolia</b>	contracciones uterinas mayores a 5 en 10 minutos, lo que no permite al feto recuperar su estado de oxemia normal, de modo que el descenso de la saturación de oxígeno es aún más marcada.	<b>Cuantitativa Dicotómica</b>	<b>Razón</b>	<b>SI NO</b>
<b>Inducción fallida</b>	falla en establecer el trabajo de parto después de un ciclo de tratamiento de 3 mg de PEG2 intravaginal o gel (1 a 2 mg) a intervalos de 6 horas en 24 horas .	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Otras indicaciones maternas</b>				

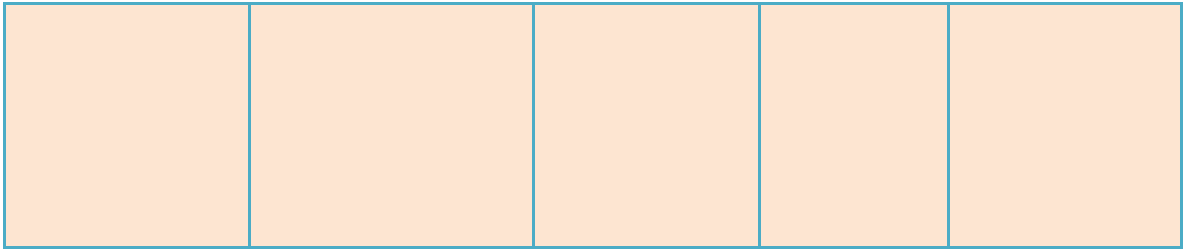
<b>Placenta previa</b>	<b>Inserción placentaria en el segmento inferior</b>	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Nefropatía</b>	<b>La enfermedad renal puede manifestarse o descubrirse incidentalmente en el transcurso de la gestación</b>	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Cardiopatía</b>	<b>Cambios hemodinámicos que ocurren durante el embarazo.</b>	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Diabetes gestacional</b>	<b>Desorden metabólico complejo de múltiples etiologías, que se caracteriza por hiperglicemia crónica debida a defectos en la secreción o la acción de la insulina</b>	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Trasmisión de</b>	<b>Virus del Papiloma Humano: virus que proviene de la familia Papovaviridae que afecta células escamosas del epitelio del tracto genital bajo</b>	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>

enfermedades maternas	Toxoplasmosis: infección parasitaria frecuente en mujeres embarazadas	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO
	VIH: retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario y destruye o daña su funcionamiento	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO
Abrupcio de placenta	Separación parcial o total de la placenta de su lugar de inserción normal nacimiento	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO
Ruptura prematura de membranas	Pérdida de la integridad del saco gestacional antes del inicio del trabajo de parto	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO
Oligo-hidramnios	Presencia de una MCV < 2 cm, siendo considerado como oligoanhydramnios severo.	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO
Poli-hidramnios	Aumento de volumen de líquido amniótico mayor de 2000 ml, Índice de líquido	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO

	amniótico (ILA) mayor de 25 cm y ILA mayor que el correspondiente al percentil 95 para la edad gestacional			
<b>Parto prolongado</b>	Dilatación cervical o un descenso fetal anormalmente lentos durante el trabajo de parto	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Multiparidad</b>	Antecedente de cuatro o más partos vaginales exceptuando la gestación actual	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Mioma cervical</b>	Tumores no cancerosos que se adhieren o se desarrollan dentro de la pared del cérvix.	<b>Cualitativa Politómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Malformaciones arteriovenosas cerebrales</b>	Anomalías vasculares complejas compuestas por arterias y venas	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Enfermedades genéticas de la madre</b>	Síndrome de Marfán: Trastorno autosómico dominante del tejido conjuntivo que	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>

	se origina por mutaciones en el cromosoma 15			
<b>Preeclampsia</b>	Enfermedad del endotelio de causa desconocida, que se manifiesta con hipertensión arterial y proteinuria	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO
<b>Eclampsia</b>	Convulsiones similares a una crisis epiléptica aparecidas en el contexto de una preeclampsia e hiperreflexia	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO
<b>Síndrome de Hellp</b>	Hemólisis (HE) elevación de los enzimas hepáticos (EL), y bajo recuento de plaquetas (LP).	Cuantitativa Continua Politómica	Intervalo	SI NO
<b>Embarazo de parto pre término</b>	Aquel que ocurre antes de la semana 37 de la gestación	Cualitativa Dicotómica	Nominal	SI NO
<b>Embarazo múltiple</b>	Desarrollo simultáneo de más de un feto dentro del útero	Cualitativa Dicotómica	Nominal	1. Gemelos dicigotos 2. Gemelos monocigotos
<b>INDICACIÓN FETAL</b>				

<b>Presentación podálica</b>	<b>Es aquella en la que la pelvis de un feto en situación longitudinal está en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna</b>	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Prolapso de cordón umbilical</b>	<b>Presencia del cordón umbilical por delante de la presentación fetal</b>	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Estado fetal insatisfactorio</b>	<b>Asfixia fetal progresiva, que si no se corrige o evita, puede provocar un mal funcionamiento fisiológico</b>	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Distocia de hombros</b>	<b>Impactación del hombro anterior detrás de la sínfisis del pubis materno, en lugar de sobrepasarlo</b>	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Restricción del crecimiento intrauterino</b>	<b>Deficiencia en el crecimiento fetal implica una falla en el feto para alcanzar todo su potencial de crecimiento</b>	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>
<b>Macrosomía fetal</b>	<b>Recién nacido que su peso este por encima del percentil 90 o mayor igual a 4000g.</b>	<b>Cualitativa Dicotómica</b>	<b>Nominal</b>	<b>SI NO</b>

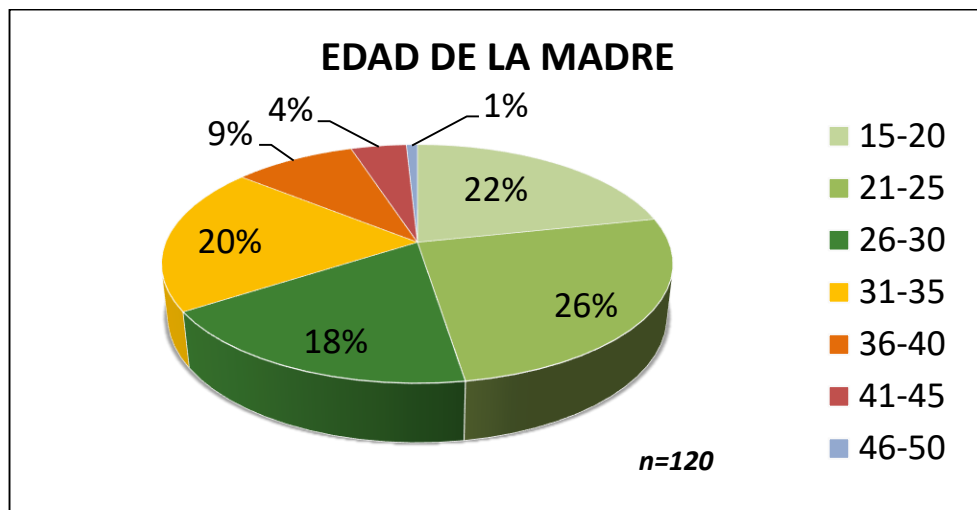


## 8. RESULTADOS

Para el cumplimiento del primer objetivo específico, “caracterizar sociodemográfica a la población objeto de estudio, la investigación determina:

**Gráfica 1: Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según la edad de la madre**

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
15-20	26	22%
21-25	31	26%
26-30	22	18%
31-35	24	20%
36-40	11	9%
41-45	5	4%
46-50	1	1%
Total General	120	100%

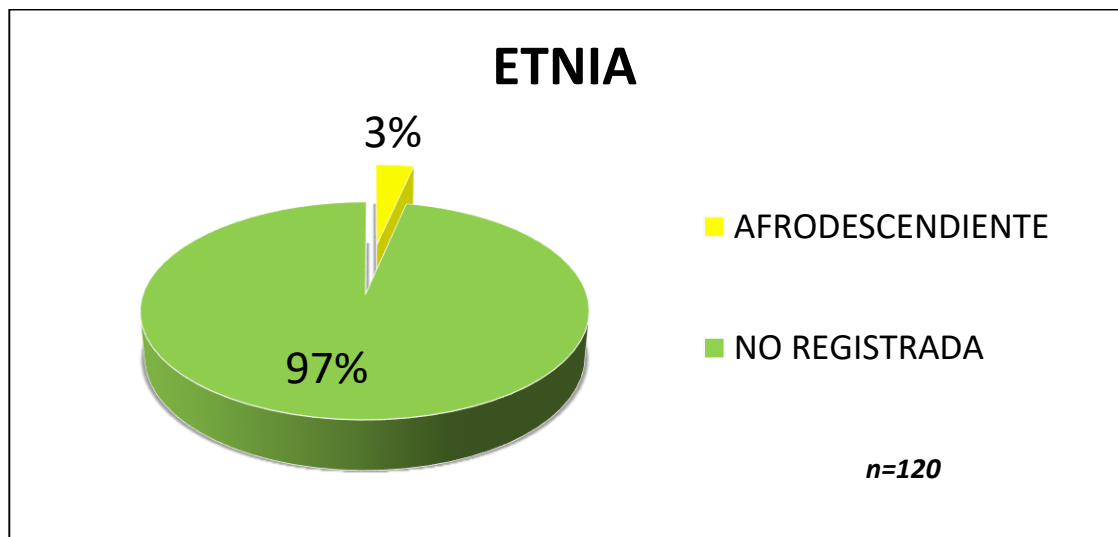


Fuente: La presente investigación

La edad más frecuente de las madres a quienes se les realizó cesárea en la Clínica Nuestra Señora de Fatima durante el año 2016 fue entre 21 a 25 años con un número de 31 pacientes correspondiendo a un valor porcentual del 26% y el menor

valor encontrado fue entre las edades de 46 a 50 años con un valor porcentual del 1%.

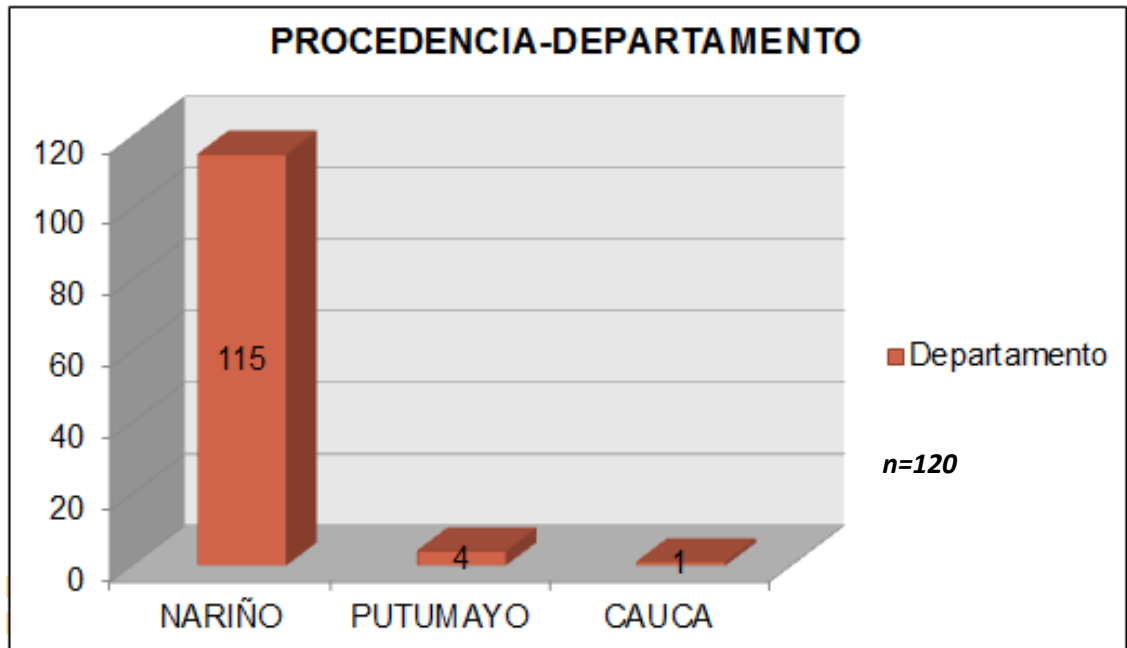
**Gráfica2 : Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según la etnia de la madre**



Fuente: La presente investigación

Con respecto a la etnia de las gestantes a quienes se les realizó cesárea, la mayoría de la población en un 97% no fue registrada y el 3% pertenece a la raza afrodescendiente.

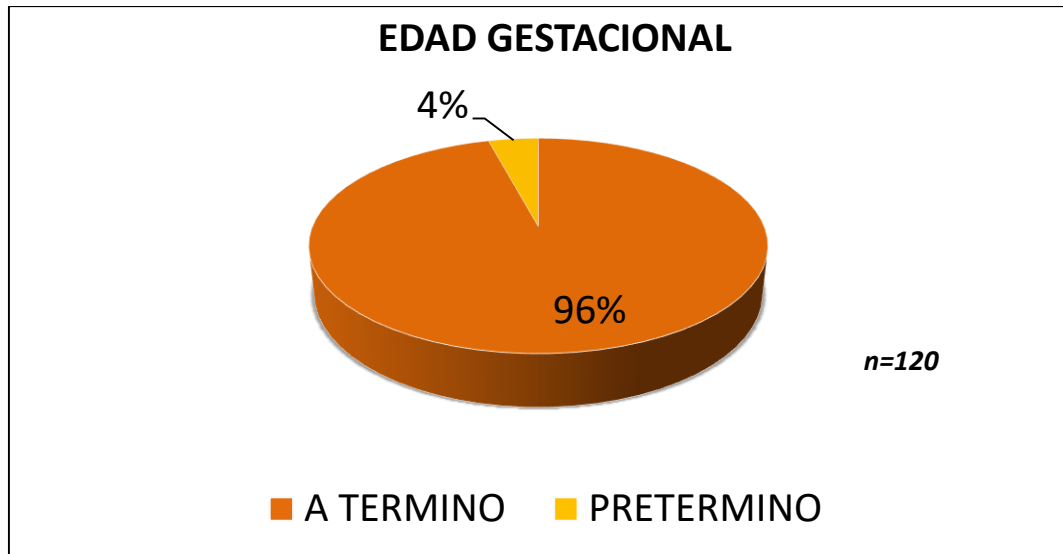
**Gráfica3 : Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según la procedencia de la madre por Departamento**



Fuente: La presente investigación

En cuanto a la procedencia de la población objeto de estudio en quienes se realizó cesárea, el mayor porcentaje correspondió a pacientes oriundas del departamento de Nariño con un valor porcentual de 95,8% siendo 115 gestantes y el menor valor se encontró en pacientes procedentes del departamento de Cauca correspondiendo a un valor del 1%.

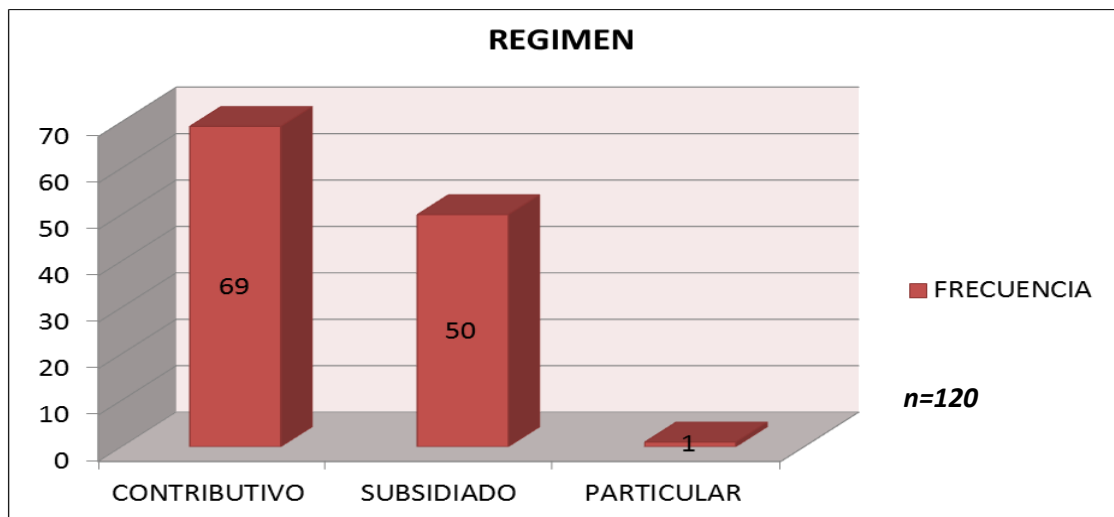
**Gráfica4 : Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según la edad gestacional**



Fuente: La presente investigación

De acuerdo a la edad gestacional de la población objeto de estudio, se observó que la mayoría de las pacientes a quienes se les realizó cesárea se las catalogó como a término correspondiendo a un valor porcentual del 96% y el 4% presentaron una edad gestacional pretermino.

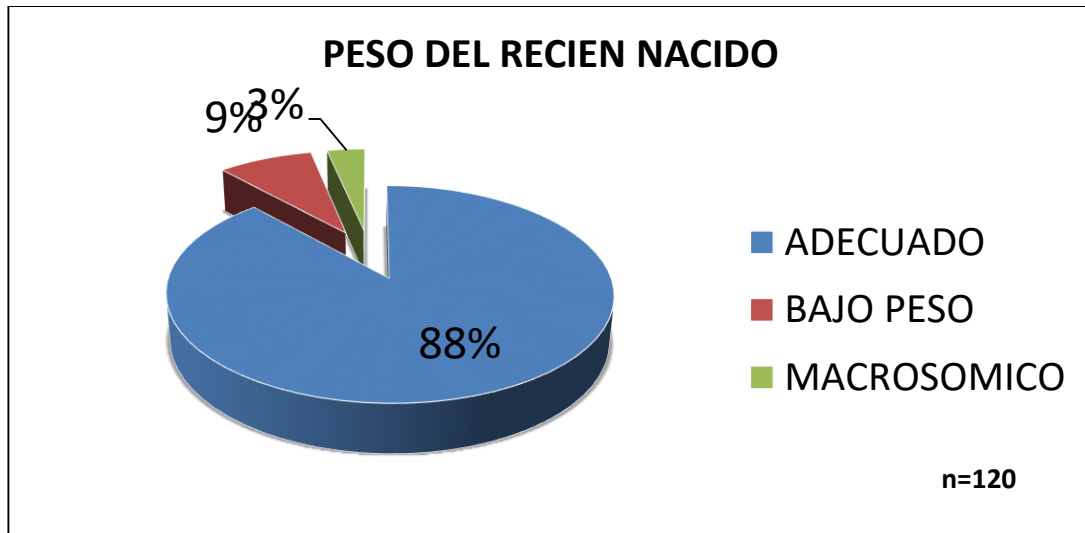
**Gráfica 5: Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según el régimen de seguridad social de la madre**



Fuente: La presente investigación

Con base al Regimen de Seguridad Social en Salud de las gestantes, se puede apreciar que la mayoría de las pacientes pertenecen al regimen contributivo con un valor porcentual del 57% siendo 69 pacientes y el menor valor se encontró a pacientes particulares con un valor porcentual del 1%.

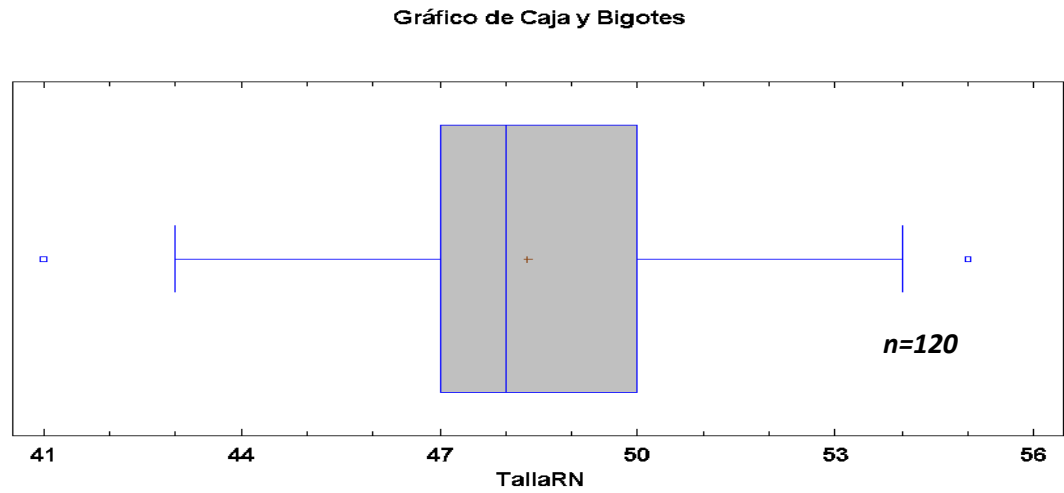
**Gráfica 6 : Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según el peso del recién nacido**



Fuente: La presente investigación

Se puede observar que la mayoría de los recién nacidos por vía alta cesárea de la población objeto de estudio tuvieron adecuado peso al nacer, con un valor porcentual del 88% y un 3% de los nacidos tuvieron un peso igual o mayor a 4000 gramos, catalogados como macrosómicos.

**Gráfica: 7 Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según la talla del recién nacido**

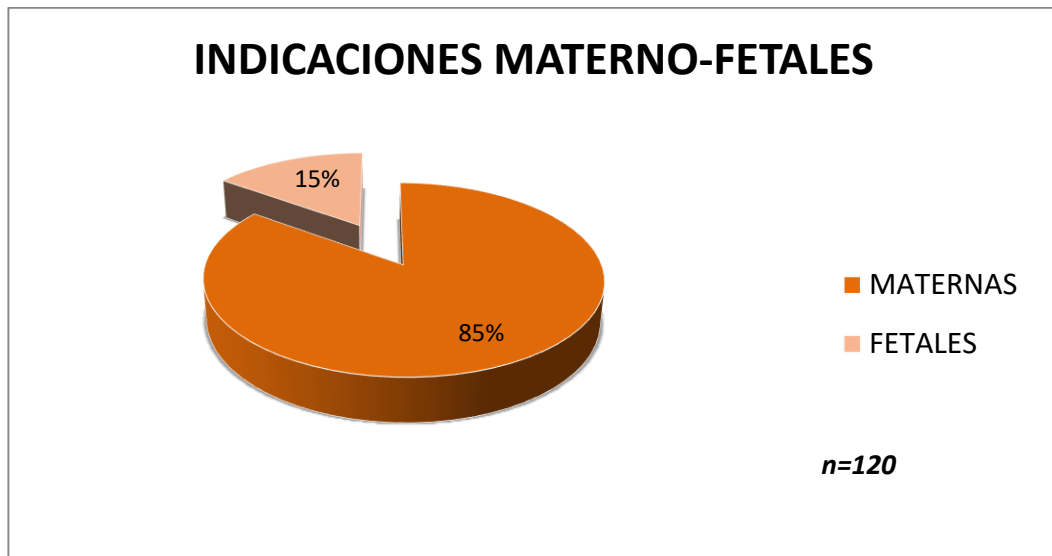


Fuente: La presente investigación

El 75% de los recién nacidos presentaron una talla menor de 50cm, y se puede observar dos valores atípicos uno que corresponde a un niño que presentó una talla de 41cm y otro quien presentó una talla de 56cm

- Para el cumplimiento del segundo objetivo específico, determinar la frecuencia de las indicaciones maternas y fetales.

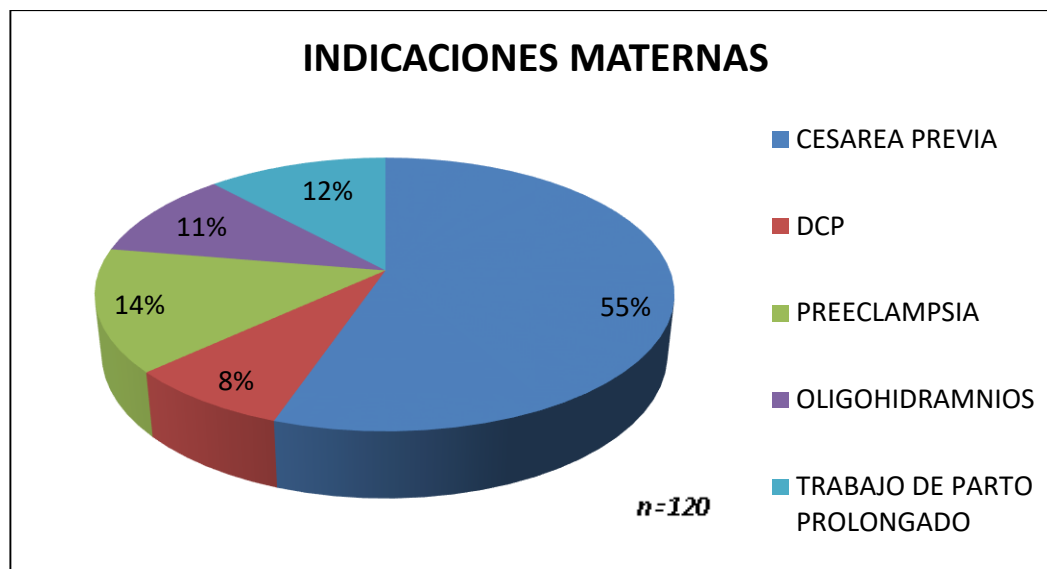
**Gráfica 8 : frecuencia de las indicaciones materno-fetales en la Clínica Fátima en el año 2016**



Fuente: La presente investigación

Con respecto a la frecuencia de las indicaciones tanto maternas y fetales por las que se realizan cesárea encontradas en la población estudio en la Clínica Nuestra Señora de Fátima, se observó que el mayor porcentaje presentó indicaciones relacionadas con la madre, con un valor porcentual del 85% y el 15% presentó indicaciones fetales.

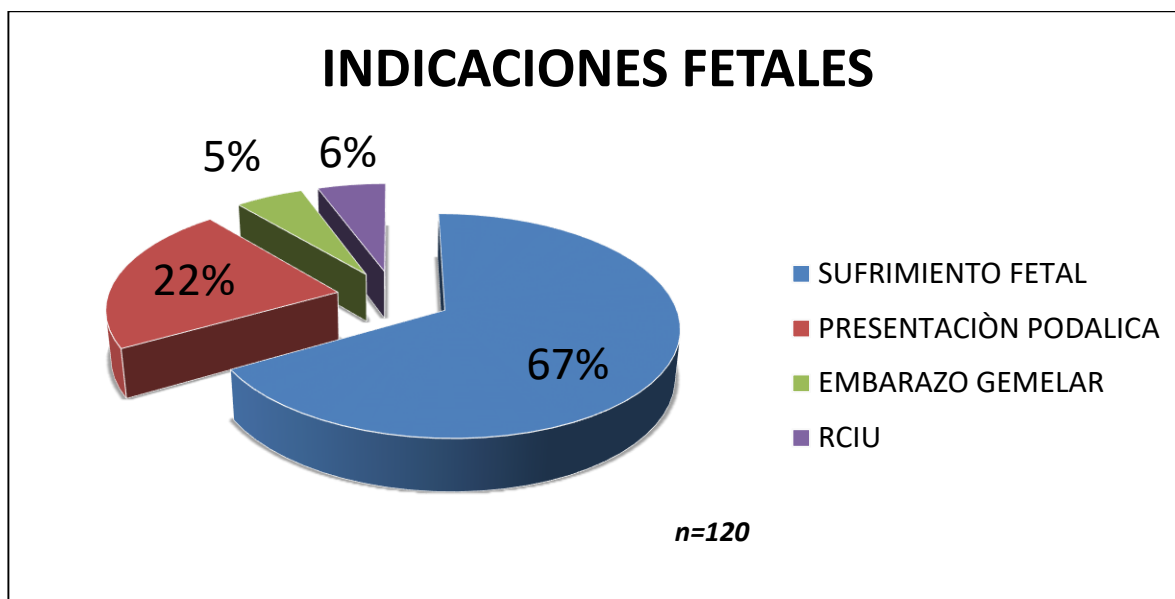
**Gráfica 9: frecuencia de las indicaciones maternas en la Clínica Fátima en el año 2016**



Fuente: La presente investigación

En relación a las indicaciones relacionadas con la madre, se observó que el mayor porcentaje correspondió a la indicación cesárea previa con un valor del 55% y el menor porcentaje perteneció a la indicación DCP con un valor del 8%.

**Gráfica10 : frecuencia de las indicaciones fetales en la Clínica Fátima en el año 2016**

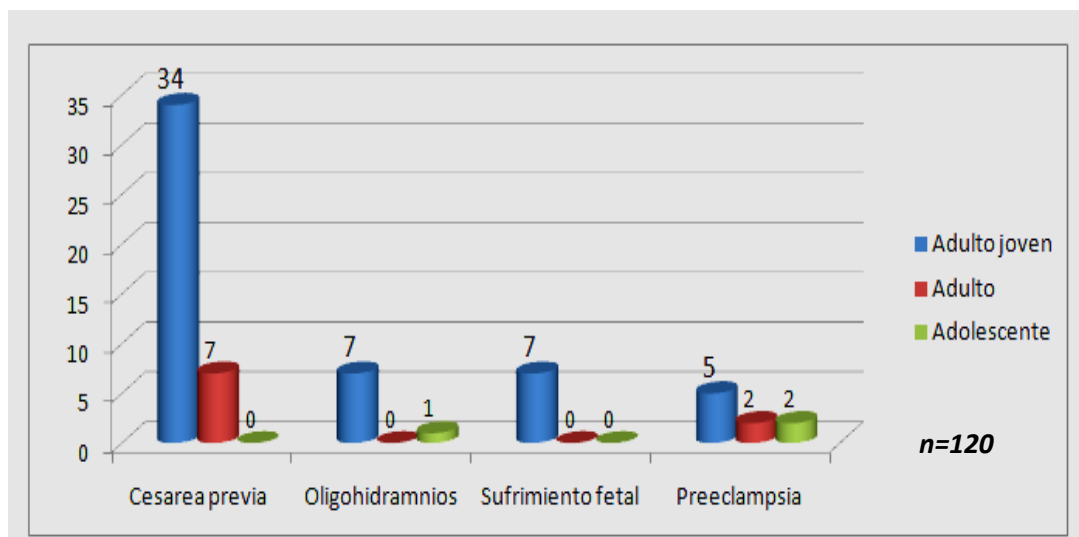


Fuente: La presente investigación

Con respecto a las indicaciones relacionadas con el feto, se encontró que sufrimiento fetal fué la indicación más frecuente con un valor del 67% y la que menos se presentó fue RCIU y embarazo gemelar con un valor del 5%.

- Cumpliendo con el tercer objetivo Comparar las variables sociodemográficas de la madre y del recién nacido con las indicaciones maternas y fetales.

**Gráfica 11 : comparación de las indicaciones materno/fetales de cesáreas en la Clínica Fátima en el año 2016 con la edad de la madre**

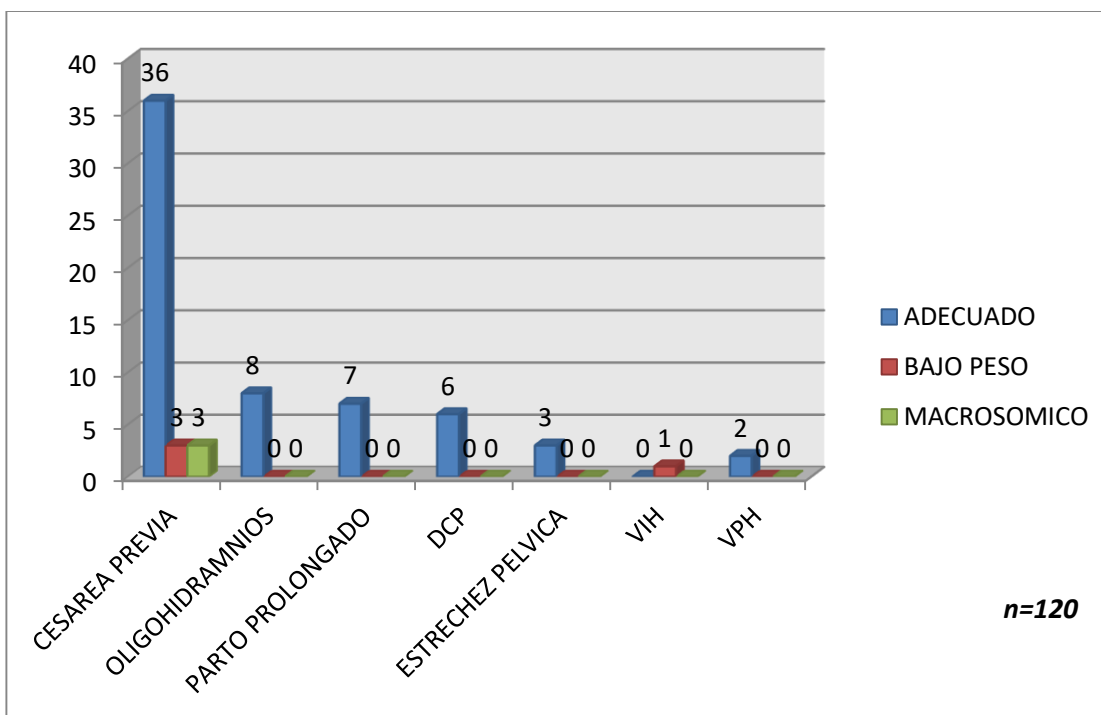


Fuente: La presente investigación

En los datos graficados, se observa que las indicaciones ya sean maternas o fetales razones por las que se realizó cesárea a las gestantes de la Clínica Nuestra Señora de Fátima en relación con la edad de la gestante, la indicación materna con mayor porcentaje fue cesarea previa encontrada en pacientes catalogadas como adulto joven con un valor porcentual del 28%, seguido de un 5.8% en pacientes catalogadas como adulto y no se encontró gestantes adolescentes.

El menor valor encontrado se relaciona con la indicación fetal sufrimiento fetal encontrada en gestantes catalogadas como adulto joven, con un valor porcentual del 5.8% y no se encontró esta indicación en pacientes adulto y adolescentes.

**Gráfica 12: comparación de las indicaciones materno/fetales de cesáreas en la Clínica Fátima en el año 2016 con el peso del recién nacido**

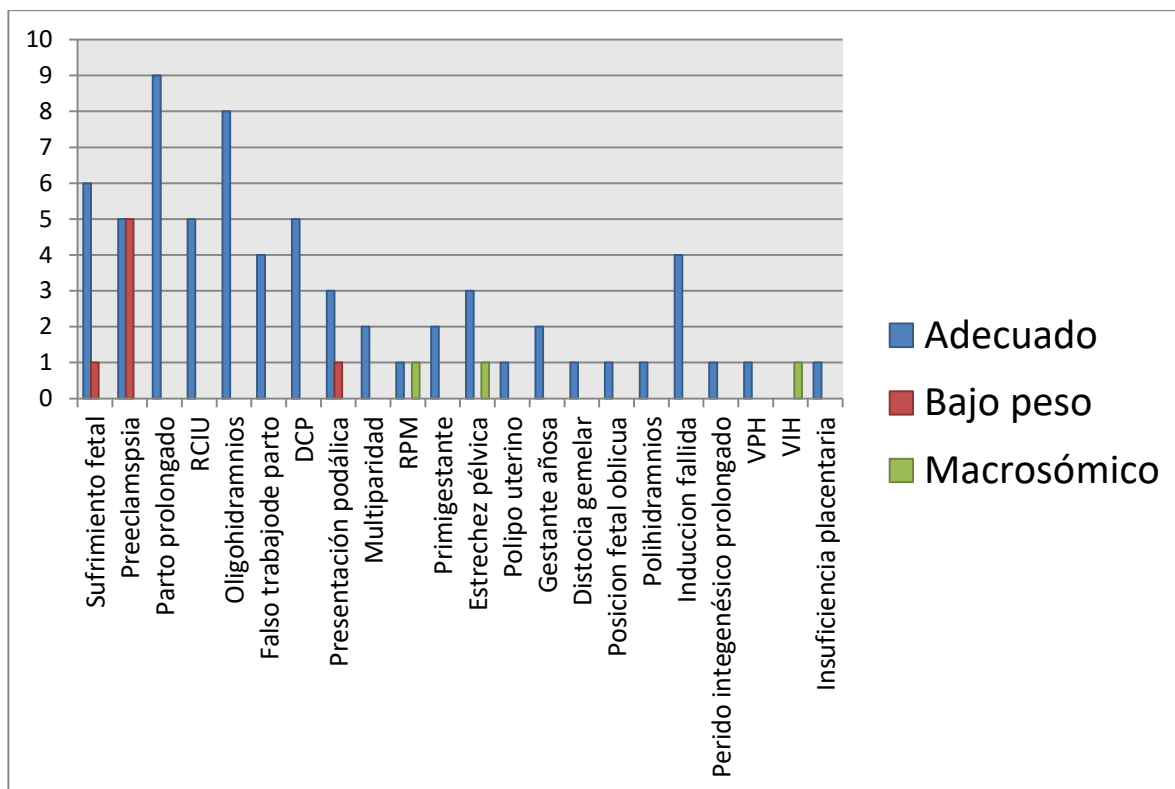


Fuente: La presente investigación

Se encontró que las indicaciones ya sean maternas o fetales razones por las que se realizó cesarea a las gestantes de la Clínica Nuestra Señora de Fatima en relación con el peso del recién nacido. El mayor valor correspondió a la indicación materna cesarea previa obteniendo recién nacidos con adecuado peso al nacer con un valor porcentual del 30%, un 3% recién nacidos con bajo peso y 3% recién nacidos catalogados como macrosómicos.

El menor valor se encontro en la indicación materna VIH con un 1% obtenido recién nacido con bajo peso al nacer y no se observó recién nacidos con bajo peso y macrosómicos nacidos de madre con la anterior indicación.

**Gráfica 13: comparación de las indicaciones materno/fetales de cesáreas en la Clínica Fátima en el año 2016 con el peso del recién nacido**



Fuente: la presente investigación

En la comparación entre las indicaciones materno-fetales y el peso del recién nacido, excluyendo la indicación materna cesárea previa se encontró que a las madres quienes sus hijos presentaban macrosomía fetal se les realizó la cesárea por otras indicaciones diferentes a esa, como fueron: ruptura prematura de membranas, estrechez pélvica y VIH; y a las madres quienes sus hijos presentaban bajo peso al nacer se les realizó la cesárea por otras indicaciones como: sufrimiento fetal, preeclampsia y presentación podálica.

## 9. DISCUSION

Los hallazgos reportados en un estudio realizados en España (60) 2012 indican que la edad promedio en la cual se les practico la cesárea a las madres comprende entre 18 y 19 años con un 42 % menor a la edad de el presente estudio de 21 – 25 años con un 26 % por el contrario en otro estudio realizado en lima Perú (61) 2013 se reportó que la edad promedio comprendía entre los 20 -24 años con un 32%, muy similar a los resultados obtenidos en el presente estudio.

En relación a la edad gestacional en un estudio realizado en México (62) 2013 se encontró que los nacimientos en edades gestacionales entre 29 y 36 semanas tienen una probabilidad cercana al 57% de ocurrir por cesárea, en comparación con el 33% en los nacimientos con una edad gestacional entre 37 y 42 semanas que en comparación con el presente estudio en cual se obtuvo que el 96% presentan una edad gestacional a término entre 37 y 41 semanas.

En un estudio realizado en Madrid España (63) 2014 se evidencio que el peso de los recién nacido se encontraba en peso adecuado, igual mente en un estudio realizado en Bogotá (64) 2012-2014 similar a los resultados obtenidos en el presente estudio donde los recién nacidos en un 88% tuvieron peso adecuado.

En un estudio realizado en Bogotá (Ibid64) 2012-2014 se evidencio que el promedio de talla del recién nacido fue de 49.5cm con un valor mínimo de 25cm y valor máximo de 57cm y en el presente estudio se obtuvo que el promedio de talla del recién nacido fue 48.3cm con un valor mínimo de 41cm en lo cual se presentó gran significancia y un valor máximo de 55cm muy similar a los resultados del presente estudio.

En un estudio realizado en la ciudad de Lima Perú (65) 2013 se encontró que las cuatro principales indicaciones por las cuales se realizó la cesárea en las pacientes fue DCP y macrosomia fetal en un 12%, preeclampsia en un 9% y sufrimiento fetal agudo en un 7% y en comparación con el presente estudio las 4 principales indicaciones fueron cesárea previa con un 55%, preeclampsia con un 14%, trabajo de parto prolongado con un 12% y oligohidramnios con un 11%.

En un estudio realizado en la ciudad de Bogota (66) 2012-2014 se encontró que las tres indicaciones principales por las cuales se les realizo cesárea a las pacientes fue cesárea previa en un 27.7%, inducción fallida con un 18.2% lo que indica que la población objeto a estudio supero los porcentajes establecidos por la politica

publica presentandose cesarea previa en un 55% y estado fetal insatisfactorio con un 10.7%

## 10.CONCLUSIONES

En la Clínica Nuestra Señora de Fátima de la ciudad de Pasto, lugar donde se desarrolló la presente investigación, se encontró que durante el año 2016 se realizaron un total de 886 cesáreas, tomando una muestra de estudio de 120 pacientes.

En base al primer objetivo desarrollado en el presente estudio, entre las variables sociodemográficas tomadas se encontró:

- La edad en que se realiza más cesarea en la Clínica Nuestra Señora de Fátima de la ciudad de Pasto, está entre los rasgos de 21 a 25 años donde se realizaron 26 cesáreas.
- Con respecto a la edad gestacional, la mayoría de la población a estudio se le realizó cesárea con una edad gestacional a término.
- De acuerdo al peso del recién nacido, la mayor parte de los recién nacidos presentaron adecuado peso al nacer.

Respecto al segundo objetivo, se concluye:

- El tipo de indicación más frecuente fue indicación por causa materna y dentro ellas la mas frecuente fue cesárea previa.
- La indicación fetal que más se encontró correspondió a la indicación sufrimiento fetal.

Con respecto al tercer objetivo se encontró:

- La indicación materna, cesárea previa fue la más frecuente en pacientes catalogadas como adulto joven obteniendo recién nacidos con adecuado peso.
- La indicación fetal sufrimiento fetal se encontró con mayor frecuencia en pacientes adulto joven, obteniendo recién nacidos con adecuado peso..

## **11.RECOMENDACIONES**

- Mejorar la calidad en los registros y diligenciamiento de los datos personales de cada paciente, especialmente la etnia ya que genera importancia en patologías ginecológicas que suelen estar asociadas, con el fin de contar con una información veraz y completa, para futuras investigaciones.
- Socializar los resultados de la investigación con la Clínica Nuestra Señora de Fátima por lo llamativo de la frecuencia de las cesáreas; ya que la política pública según la OMS ha considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15% por consiguiente debe hacerse todo lo posible por disminuir el número de cesáreas y considerar el parto vía vaginal.

## **12.BIBLIOGRAFIA**

1. Lugones M. La cesárea en la historia. Rev Cubana ObstetGinecol. 2001; 27(1):1-5. Disponible en:  
<http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2012/06/cesarea-en-la-hiatoria2.pdf>
2. ISchnapp C, Sepúlveda E, Robert J. Operación cesárea. Rev Med Clin Condes. 2014; 25(6):1. Disponible en:  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90374092&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=202&ty=79&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n06a90374092pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90374092&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=79&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n06a90374092pdf001.pdf)
3. Arencibia R. Operación Cesárea: Recuento histórico. Rev. salud pública. 2002; (2):171. Disponible en:  
[www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/download/18517/20221](http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/download/18517/20221)
4. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. HRP; 2015; 1. Disponible en:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf)
5. Nápoles D, Piloto M. Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014;40(1):41. Disponible en:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v40n1/gin05114.pdf>
6. Calvillo A, Cabada X, García K. Cesárea y ausencia de lactancia materna, primeras causas de la epidemia de obesidad en México. Revista de Ginecología y Obstetricia 2013; (2): 5. Disponible en:  
<http://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2013/01/Ces%C3%A1reas-y-Lactancia-M%C3%A9xico.pdf>
7. Jiménez D, Guevara A. Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en los últimos 3 años en el hospital de Engativa de la ciudad de Bogotá. Universidad Nacional Departamento de Ginecología y Obstetricia. 2015; 55:36. Disponible en:  
[https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwihL287\\_HTAhVCZCYKHUjdDnwQFggTMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.bdigital.unal.edu.co%2F50861%2F1%2F65634609.2015.pdf&usq=AFQjCNG-005g1KBjEH9tX6HKecAwYz6DKw](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwihL287_HTAhVCZCYKHUjdDnwQFggTMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.bdigital.unal.edu.co%2F50861%2F1%2F65634609.2015.pdf&usq=AFQjCNG-005g1KBjEH9tX6HKecAwYz6DKw)

8. Rizo A. Partos atendidos por cesárea: Análisis de Los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud en Colombia 1995-2005. EAN;(67) 2009: 59-61. Disponible en:  
<http://journal.ean.edu.co/index.php/Revista/article/download/485/472>
9. Rubio J, Fonseca J, Buitrago M, Muller E. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia 2014: 65 (2):142. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n2/v65n2a05.pdf>
10. Fecolsog, Fecopen. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Rev Colombiana de Obstetricia y Ginecología; 2014; 65 ( 2): 141. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n2/v65n2a05.pdf>
11. Duque S y colaboradores. Salud en cifras 2011, Santiago de Cali. Calida. 2012, 25. Disponible en:  
[http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2013\\_Publicaciones/Salud%20en%20cifras%202011.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2013_Publicaciones/Salud%20en%20cifras%202011.pdf)
12. Galvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. 2014;62:10. Disponible en:  
<https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi-pMmF9vHTAhXBpYKHcDICUAQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fcybertesis.unmsm.edu.pe%2Fxmlui%2Fhandle%2Fcybertesis%2F3512&usg=AFQjCNFMkWSITcyEcGFcycnVZYArqrePNg>
13. Lugones M. LA CESÁREA EN LA HISTORIA. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001;56:1 Disponible en:  
[https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjl-W-3O\\_TAhWHVvYKHT7BBy4QFggpMAE&url=http%3A%2F%2Ffiles.sld.cu%2Fanestesiologia%2Ffiles%2F2012%2F06%2Fcesarea-en-la-hiatoria2.pdf&usg=AFQjCNF6FKqKvzG7-R5PxzDJLaMAikRT6w](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjl-W-3O_TAhWHVvYKHT7BBy4QFggpMAE&url=http%3A%2F%2Ffiles.sld.cu%2Fanestesiologia%2Ffiles%2F2012%2F06%2Fcesarea-en-la-hiatoria2.pdf&usg=AFQjCNF6FKqKvzG7-R5PxzDJLaMAikRT6w)

14. Gonzales I .La cesárea.Revi Digital de Iconografía Medieval. 2013; (10): 1 Disponible en: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/621-2013-12-14-03.%20Ces%C3%A1rea.pdf>
15. Lugones M. La cesárea en la historia. Rev Cubana ObstetGinecol. 2001; 27(1):1 Disponible en: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2012/06/cesarea-en-la-hiatoria2.pdf>
16. Pedroza M. Distocias. Obstetricia integral Siglo XXI; (2)..277. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf>
17. Aranguren S. Sarcomas óseos de la pelvis; 2003;47 (9):202. Disponible en: [https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiFgdmivPLTAhXD6SYKHYEpbBs8QFggIMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Fes-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-sarcomas-oseos-pelvis-13048695&usg=AFQjCNHk\\_nZZhVQRAnHgzdOwsEPWfKOv4g](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiFgdmivPLTAhXD6SYKHYEpbBs8QFggIMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Fes-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-sarcomas-oseos-pelvis-13048695&usg=AFQjCNHk_nZZhVQRAnHgzdOwsEPWfKOv4g)
18. Alvarez E, Brady W, Walker J. Cáncer de endometrio (uterino). American CancerSociety. 2009;60:01 Disponible en: [https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiR5JnEpazTAhWLNsyKHZoyD4sQFggmMAE&url=http%3A%2F%2Fold.cancer.org%2Facs%2Fgroups%2Fcid%2Fdocuments%2Fwebcontent%2F002291-pdf.pdf&usg=AFQjCNHkFCdayMZQsfA8PL2Pm\\_Wc0oMqog](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiR5JnEpazTAhWLNsyKHZoyD4sQFggmMAE&url=http%3A%2F%2Fold.cancer.org%2Facs%2Fgroups%2Fcid%2Fdocuments%2Fwebcontent%2F002291-pdf.pdf&usg=AFQjCNHkFCdayMZQsfA8PL2Pm_Wc0oMqog)
19. Anderson T, Schick V, Herbenick D. Cáncer de cuello uterino (cervical). American CancerSociety. 2010: 60: 01 Disponible en: [https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjW8sOmgazTAhXHdSYKHSNSCo8QFgggMAA&url=https%3A%2F%2Fold.cancer.org%2Facs%2Fgroups%2Fcid%2Fdocuments%2Fwebcontent%2F002288-pdf.pdf&usg=AFQjCNEERqTx\\_ZFUg3AP151opXzxCOhNQ](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjW8sOmgazTAhXHdSYKHSNSCo8QFgggMAA&url=https%3A%2F%2Fold.cancer.org%2Facs%2Fgroups%2Fcid%2Fdocuments%2Fwebcontent%2F002288-pdf.pdf&usg=AFQjCNEERqTx_ZFUg3AP151opXzxCOhNQ)
20. Rodríguez L, Rodríguez A. TUMORES GENITOURINARIOS (II): GINECOLÓGICOS.2010; 30:07. Disponible en: <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj08pO9q6zTAhXDYyYKHYA4CaMQFggmMAE&url=https%3A%2F%2Fbotplusweb.portalfarma.com%2FDocumentos%2F2007%2F4%2F3%2F29237.pdf&usg=AFQjCNE0OXITPqglBidWiZvhKCW8li562g>
21. Comino R, Cararach M, Coronado P,PatologíaVulvar. Asocioacion Española de patología cervical y colposcopia.2014:2. Disponible en:

<http://www.asociacionasaco.es/wp-content/uploads/2014/06/MENOGUIA-PATOLOGIA-VULVAR-aeem-asaco-cancer-ovario-2014.pdf>

22. Adair C, Sánchez L. Gaudier F. Kaunitz A. Cesárea Segura. Secretaria de Salud. 2009;48:19. Disponible en:  
<https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwig2cqRrqzTAhWK4yYKHTX7BlkQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.salud.gob.mx%2FUnidades%2Fcdi%2Fdocumentos%2FDOCSAL7101.pdf&usg=AFQjCNHdko-Fr39UYGuqLKkkoHEfmhzh5A>
23. Nuñez F, Carvajal J. Efectividad de la hiperoxigenación materna y tocolisis aguda en monitoreo electrónico fetal intraparto alterado. Rev Chil Obstet Ginecol. 2009; 74 (4): 250. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262009000400007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000400007)
24. Díaz A. Inducción del trabajo de parto. 2010: 300;272 Disponible en:  
[https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjy0v7Im7jTAhVC5iYKHXFWDegQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bdigital.unal.edu.co%2F2795%2F16%2F9789584476180.14.pdf&usg=AFQjCNEjEp\\_vZoDLMf8NjjiXNAu8EbUklw](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjy0v7Im7jTAhVC5iYKHXFWDegQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.bdigital.unal.edu.co%2F2795%2F16%2F9789584476180.14.pdf&usg=AFQjCNEjEp_vZoDLMf8NjjiXNAu8EbUklw)
25. Noel J. Criterios de indicación de intervención cesárea. Rev Salud de Arica y Parinacota. 2014; (2): 2. Disponible en :  
[http://www.hjnc.cl/calidad/DOCS/1.ACREDITACION/3.%20AMBITO%20GESTION%20CLINICA%20\(GCL\)/06.%20GCL%201.6%20CRITERIOS%20DE%20INDICACION%20DE%20CESAREA/Instructivo%20Criterios%20de%20Indicacion%20de%20Intervencion%20Cesarea%20\(v2\).pdf](http://www.hjnc.cl/calidad/DOCS/1.ACREDITACION/3.%20AMBITO%20GESTION%20CLINICA%20(GCL)/06.%20GCL%201.6%20CRITERIOS%20DE%20INDICACION%20DE%20CESAREA/Instructivo%20Criterios%20de%20Indicacion%20de%20Intervencion%20Cesarea%20(v2).pdf)
26. Rojas W, Cantillo J, Cantillo M. Enfermedad renal crónica y embarazo Un desafío en la atención clínica y desenlace obstétrico. ActaMedColomb. 2015; 40(4): 331. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v40n4/v40n4a11.pdf>
27. Sánchez A, Siña D. Cardiopatías y embarazo. ProgObstetGinecol. 2007;50(11):654. Disponible en :<http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-13111211-S300>
28. Posada G. Guía de Atención Morbilidad Materna, Diabetes Gestacional. Colombiana de Salud S.A. 2013. Disponible en:

[http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS\\_MATERNO\\_INFANTIL/GUIA%20DIABETES%20GESTACIONAL.pdf](http://www.colombianadesalud.org.co/GUIAS_MATERNO_INFANTIL/GUIA%20DIABETES%20GESTACIONAL.pdf)

29. Castro A, Pérez M. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX; 2013;7:01. Disponible en: <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj15Kidt6zTAhWESiYKHT4-C-cQFggzMAM&url=http%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Frevmedcoscen%2Frmc-2013%2Frmc132d.pdf&usg=AFQjCNFq13ey6FmfR-G4bJJZSo9Z0sFJnQ>
30. Carbonell P, Finlay C. Toxoplasmosis. Biblioteca Virtual de Vigilancia en Salud; 2009;9:2. Disponible en: <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjD8s-EuazTAhVNfiYKHQhBD9IQFggjMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sld.cu%2Fgalerias%2Fpdf%2Fsitios%2Fvigilancia%2Frtv0102.pdf&usg=AFQjCNH-EtRYTLqSRcRPGSH4XHhWfqdvya>
31. Jean A, Arizpe L, Clare A. El VIH, una definición de la realidad. Gazeta de Antropología; 2005;11;01. Disponible en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G21\\_14Bernardo\\_Robles.html](http://www.ugr.es/~pwlac/G21_14Bernardo_Robles.html)
32. Silvina N, Casal P, Casal I, Waisblatt L. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Servicio de obstetricia y ginecología hospital universitario virgen de las nieves granada. 2015;18;1. Disponible en: [https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiv7dn1n7jTAhWF8CYKHRpQCm4QFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hvn.es%2Fservicios\\_asistenciales%2Fginecologia\\_y\\_obstetricia%2Fficheros%2Factividad\\_docente\\_e\\_investigadora%2Fclases\\_residentes%2F2015%2Fclase2015\\_desprendimiento\\_prematuro\\_placenta.pdf&usg=AFQjCNHxNQHaEQI1SxcucQMpURRSW6VCGw](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiv7dn1n7jTAhWF8CYKHRpQCm4QFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hvn.es%2Fservicios_asistenciales%2Fginecologia_y_obstetricia%2Fficheros%2Factividad_docente_e_investigadora%2Fclases_residentes%2F2015%2Fclase2015_desprendimiento_prematuro_placenta.pdf&usg=AFQjCNHxNQHaEQI1SxcucQMpURRSW6VCGw)
33. González H, Nitola M. Guía de manejo Ruptura prematura de membranas. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). 2010;18;05. Disponible en: [https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjkz9\\_horjTAhVHMMyYKHZWBakgQFghFMAU&url=http%3A%2F%2Fwww.saludcapital.gov.co%2FDDES%2FPublicaciones%2FGUIA%25209.%2520%2520MANEJO%2520DE%2520RUPTURA%2520PREMATURA%2520DE%2520MEMBRANAS.pdf&usg=AFQjCNHmnyMOM03MyEJHy\\_zWOA2twuM08w](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjkz9_horjTAhVHMMyYKHZWBakgQFghFMAU&url=http%3A%2F%2Fwww.saludcapital.gov.co%2FDDES%2FPublicaciones%2FGUIA%25209.%2520%2520MANEJO%2520DE%2520RUPTURA%2520PREMATURA%2520DE%2520MEMBRANAS.pdf&usg=AFQjCNHmnyMOM03MyEJHy_zWOA2twuM08w)

34. Eixarch E, Figueras F. GUIA CLÍNICA: OLIGOHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA. Clinica Barcelona Hospital Universitario. 04;01. Disponible en:  
[https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi9I4HZpLjTAhXCTCYKHUIOBgsQFgggMAA&url=https%3A%2F%2Fmedicinafetalbarcelona.org%2Fclinica%2Fimagenes%2Fprotocolos%2Fpatologia\\_fetal%2Foligohidramnios.pdf&usg=AFQjCNFgHwFPys2Mq64KED1jfgZm7qVu9g](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi9I4HZpLjTAhXCTCYKHUIOBgsQFgggMAA&url=https%3A%2F%2Fmedicinafetalbarcelona.org%2Fclinica%2Fimagenes%2Fprotocolos%2Fpatologia_fetal%2Foligohidramnios.pdf&usg=AFQjCNFgHwFPys2Mq64KED1jfgZm7qVu9g)
35. Amezquita M, Mosquera J. Guía de manejo de polihidramnios. Corporación Comfenalco Valle Universidad Libre. 2012,3. Disponible en:  
<https://s441aba6c391c174b.jimcontent.com/download/version/1428637750/module/6242541552/name/Polihidramnios.pdf>
36. Moldenhauer J. Trabajo de parto prolongado. The Children's Hospital of Philadelphia. Disponible: <http://www.msdmanuals.com/es-co/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/trabajo-de-parto-prolongado>
37. Medina G, Winging K. Multiparidad como factor de riesgo obstétrico y reproductivo en las gestantes que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Provincial Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, en el periodo comprendido del 1 de octubre del 2010 al 30 de abril del 2011. 2011;125:10 Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/49000/662/6/T-UTB-FCS-OBST-000018.pdf>
38. Casini ML, Rossi F, Agostini R, Unfer V. Miomas uterinos. Adam Quality. 2008;2:1. Disponible en:  
<http://scottkramermd.com/webdocuments/Fibroids-Spanish.pdf>
39. Flores A, Gil A, Ibor L, Boto G, Serna C. Malformaciones arteriovenosas cerebrales: desde el diagnóstico sus clasificaciones y patofisiología, hasta la genética. RvMexneuroci 2010,11 (6): 470. Disponible en:  
<http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2014/05/Nm106-05.pdf>
40. Alvarez S, Leon J, Vargas G, Hernandez C, López G, Vera O. Síndrome de Marfán, aneurisma toracoabdominal disecado y embarazo. Informe de un caso. RevMedInstMex Seguro Soc 2009; 47 (6): 669. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/jmss/im-2009/im096o.pdf>

41. Malvino E. Preeclampsia grave y Eclampsia. *ObstetrCritica*. 2011; 6. Disponible en :  
[http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia\\_Eclampsia.pdf](http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf)
42. Cararach V, Botet F. Preeclampsia. Eclampsia y Síndrome de Hellp. *Asociación española de pediatría*. 2008; 16: 141. Disponible en:  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf)
43. Cararach V, Botet F. Preeclampsia. Eclampsia y Síndrome de Hellp. *Asociación española de pediatría*. 2008; 16: 142. Disponible en:  
[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf)
44. Noel J. Criterios de indicación de intervención cesárea. *Rev Salud de Arica y Parinacota*. 2014; (2): 2. Disponible en :  
[http://www.hjnc.cl/calidad/DOCS/1.ACREDITACION/3.%20AMBITO%20GESTION%20CLINICA%20\(GCL\)/06.%20GCL%201.6%20CRITERIOS%20DE%20INDICACION%20DE%20CESAREA/Instructivo%20Criterios%20de%20Indicacion%20de%20Intervencion%20Cesarea%20\(v2\).pdf](http://www.hjnc.cl/calidad/DOCS/1.ACREDITACION/3.%20AMBITO%20GESTION%20CLINICA%20(GCL)/06.%20GCL%201.6%20CRITERIOS%20DE%20INDICACION%20DE%20CESAREA/Instructivo%20Criterios%20de%20Indicacion%20de%20Intervencion%20Cesarea%20(v2).pdf)
45. Oscanoa A. Placenta previa. *Rev Per GinecoObstet* 2005;(51):220. Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol51\\_n4/pdf/a07v51n4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol51_n4/pdf/a07v51n4.pdf)
46. Gonzales A, Medina V, Jimenez A. Amenaza de Parto Pretermino. *Prosego* 2012;(2):347. Disponible en:  
[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pident\\_articulo=90151591&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=151&ty=49&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v55n07a90151591pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90151591&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=49&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v55n07a90151591pdf001.pdf)
47. Rasines M, Aller J. Embarazo múltiple. *Obstetricia moderna*. ;20: 260. Disponible en: [http://fertilab.net/om/om\\_20.pdf](http://fertilab.net/om/om_20.pdf)
48. Vergara G. Césarea. *CliniMatern Rafael Calv*. 2009: 2. Disponible en:  
<http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf>
49. Yandal D, Jaffa A. Parto en la presentación de nalgas a término. *Prosego* 2013; (2): 478. Disponible en:

[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=90025120&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=151&ty=118&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v54n09a90025120pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90025120&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=118&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v54n09a90025120pdf001.pdf)

50. Martinez J, Toro A. Resultados perinatales tras un prolapso de cordón mantenido. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2014; 1:75. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol60\\_n1/pdf/a13v60n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol60_n1/pdf/a13v60n1.pdf)
51. Castelazo L. Sufrimiento fetal. Causas. Conducta a seguir. Ginecol Obstet Mex 2009; 77(1): 114. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2009/gom092h.pdf>
52. Pedroza M. Distocias. Obstetricia integral Siglo XXI; (2)..284. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf>
53. Pimiento L, Beltrán M. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 80(6): 494. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n6/art10.pdf>
54. Aguirre A, Pérez A, Conde A, Echaniz I. Recién nacido de peso elevado. AEP.2008; 10: (85). Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10\\_1.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/10_1.pdf)
55. Galvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.2014;62:10. Disponible en: <https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi-pMmF9vHTAhXBPIyKHcdICUAQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fcybertesis.unmsm.edu.pe%2Fxmlui%2Fhandle%2Fcybertesis%2F3512&usg=AFQjCNFMkWSITcyEcGFcyenVZYArqrPNg>
56. Mi departamento- Historia del departamento. Gobernación de Nariño. 2016. Disponible en: <http://xn--nario-rta.gov.co/inicio/>
57. Pérez S. Historia. Banco de la Republica Actividad Cultural.2008.Disponible en:<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/revistas/credencial/octubre2008/pasto.htm>

58. Información General-Pasto-Nariño-Colombia. Disponible en:  
<http://www.pasto.gov.co/index.php/nuestro-municipio>
59. Historia. Clínica Nuestra Señora de Fátima. Disponible en:  
<http://clifatima.com/web/nuestra-clinica/historia/>
60. Gonzales J, Gonzales R. Indicaciones de cesárea segmentaria en adolescentes; Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona.2012;62:20  
 Disponible en:  
[https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiDr8uloPPTAhUGOSYKHVgUB0QQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fcybertesis.unmsm.edu.pe%2Fbitstream%2Fcybertesis%2F3512%2F3%2FGalvez\\_le.pdf&usg=AFQjCNGsYRH3A5pHWXeuHi9jFfbrXcq7tQ](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiDr8uloPPTAhUGOSYKHVgUB0QQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fcybertesis.unmsm.edu.pe%2Fbitstream%2Fcybertesis%2F3512%2F3%2FGalvez_le.pdf&usg=AFQjCNGsYRH3A5pHWXeuHi9jFfbrXcq7tQ)
61. Galvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.2014;62:10. Disponible en:  
<https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi-pMmF9vHTAhXBPIyKHcDICAQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fcybertesis.unmsm.edu.pe%2Fxmlui%2Fhandle%2Fcybertesis%2F3512&usg=AFQjCNFMkWSITcyEcGFcycnVZYArqrePNg>
62. Sánchez J, Espino S. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatol. Reprod. Hum. 2014;(28):34. Disponible en:  
[https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi33orLoPTAhVIWSYKHbUiCeAQFggoMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.mx%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci\\_arttext%26pid%3DS0187-53372014000100006&usg=AFQjCNF2hNPJh5crZ2GJ8OUKXZfEMrqEWg](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi33orLoPTAhVIWSYKHbUiCeAQFggoMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.mx%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0187-53372014000100006&usg=AFQjCNF2hNPJh5crZ2GJ8OUKXZfEMrqEWg)
63. Gloria Mozo E. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. 2014; 283:209. Disponible en:  
[https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj43OfTpPPTAhUINiYKHTeHC6MQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Feprint.s.ucm.es%2F29014%2F1%2FT35877.pdf&usg=AFQjCNH9FHIINPHSxqGTxNMIMxPEse\\_DQ](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj43OfTpPPTAhUINiYKHTeHC6MQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Feprint.s.ucm.es%2F29014%2F1%2FT35877.pdf&usg=AFQjCNH9FHIINPHSxqGTxNMIMxPEse_DQ)

64. Jiménez D, Guevara A. Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en los últimos 3 años en el hospital de Engativa de la ciudad de Bogotá. Universidad Nacional Departamento de Ginecología y Obstetricia. 2015; 55:36. Disponible en:  
[https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwihL287\\_HTAhVCZCYKHUjdDnwQFggtMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.digital.unal.edu.co%2F50861%2F1%2F65634609.2015.pdf&usg=AFQjCNG-005g1KBjEH9tX6HKecAwYz6DKw](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwihL287_HTAhVCZCYKHUjdDnwQFggtMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.digital.unal.edu.co%2F50861%2F1%2F65634609.2015.pdf&usg=AFQjCNG-005g1KBjEH9tX6HKecAwYz6DKw)
65. Galvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.2014;62:10. Disponible en:  
<https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi-pMmF9vHTAhXBPIYKHcDICUAQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fcybertesis.unmsm.edu.pe%2Fxmlui%2Fhandle%2Fcybertesis%2F3512&usg=AFQjCNFMkWSITcyEcGFcycnVZYArqrePNg>
66. Jiménez D, Guevara A. Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en los últimos 3 años en el hospital de Engativa de la ciudad de Bogotá. Universidad Nacional Departamento de Ginecología y Obstetricia. 2015; 55:36. Disponible en:  
[https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwihL287\\_HTAhVCZCYKHUjdDnwQFggtMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.digital.unal.edu.co%2F50861%2F1%2F65634609.2015.pdf&usg=AFQjCNG-005g1KBjEH9tX6HKecAwYz6DKw](https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwihL287_HTAhVCZCYKHUjdDnwQFggtMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.digital.unal.edu.co%2F50861%2F1%2F65634609.2015.pdf&usg=AFQjCNG-005g1KBjEH9tX6HKecAwYz6DKw)

# ANEXOS

ANEXO A.

## INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN LA CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA DURANTE EL AÑO 2016

**Karen Benavides, Vanessa Bermeo, Kim Cuaran, Faryde Ceballos.**

**Facultad de Ciencias Médicas, Fundación Universitaria San Martín, Pasto-Nariño. 2017**

### RESUMEN

Objetivo: Determinar las indicaciones de cesáreas realizadas en la Clínica Nuestra Señora De Fátima durante el año 2016. Material y métodos: enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo, se realizó muestreo aleatorio simple con un nivel de confianza del 95%, para un resultado de 120 pacientes, los que se ajustaron a los criterios de inclusión de este estudio. Para el análisis de los datos se contempló un análisis univariado, se analizó el comportamiento mediante tablas y gráficas. Se realizó además una comparación y relación con las diferentes variables tomadas para este estudio. Resultados: en base a las variables sociodemográficas estudiadas se encontró que la edad de las gestantes en las que más se realiza cesarea está entre los rasgos de 21 a 25 años, un porcentaje de 26%, la etnia en un 97% de la población no fue diligenciada en el formato de Historia Clínica, la edad gestacional en el 96% de la población se realizó cesárea con una edad gestacional a término, de acuerdo al peso del recién nacido, el 88% presentaron adecuado peso al nacer. Respecto a las indicaciones de cesárea las más frecuentes fueron indicaciones por causas maternas,

siendo cesárea previa la más común en un 55% de la población, en cuanto a las indicaciones fetales, la más común fue sufrimiento fetal en 67%. El tipo de indicación más frecuente fue indicación por causa materna en un 87% y de ellas la indicación, cesárea previa con un valor de 55% encontrándose pacientes adulto joven obteniendo además adecuado peso en los recién nacidos. La indicación fetal que más se encontró correspondió a la indicación sufrimiento fetal en un 67%, encontrándose en pacientes adulto joven, obteniendo recién nacidos con bajo peso.

### ABSTRACT

Objective: To determine the indications of cesarean sections performed at the Clínica Nuestra Señora de Fátima during the year 2016. Materials and methods: quantitative, observational, cross-sectional descriptive, retrospective, random sampling was performed with a 95% confidence level, for a result of 120 patients, who adjusted to the inclusion criteria of this study. For the analysis of the data a univariate analysis was contemplated, the behavior was analyzed through tables and graphs. A comparison and relation with the different variables

taken for this study was also made. Results: based on the sociodemographic variables studied, it was found that the age of the pregnant women in whom cesarean section is most performed is between 21 and 25 years, a percentage of 26%, ethnicity in 97% of the population Was completed in the format of Clinical History, the gestational age in 96% of the population was performed cesarean section with a term gestational age, according to the weight of the newborn, 88% had adequate birth weight. Regarding cesarean indications, the most frequent were indications for maternal causes, with cesarean section being the most common in 55% of the population, in terms of fetal indications, the most common was fetal distress in 67%. The most frequent type of indication was indication for maternal cause in 87% and of them the indication, previous caesarean section with a value of 55% being young adult patients also obtaining adequate weight in the newborns. The fetal indication that was most found corresponded To indication of fetal distress in 67%, being found in young adult patients, obtaining newborns with low weight.

## **INTRODUCCION**

La cesárea era ya conocida y practicada en la antigüedad desde hace varios siglos, se habla de que proviene de la palabra de origen latino, caedere o scaedere, que significa cortar; la ley regia de NumaPompilius (siglo VII AC) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber

sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina; la leyenda cuenta que Julio César nació de este modo y por último, los escritos atribuidos a Plinio, historiador de la antigüedad, que aseveraba que el primero de los césares nació por vía abdominal. “El primer registro de un niño nacido mediante cesárea fue en Sicilia, 508 AC según Boley”. “La cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero”, generalmente considerado como una operación segura, los partos por cesárea tienen más riesgos que los partos vaginales ya que en estos hay menos riesgos de infección o de sangrado severo que en las cesáreas. Además, cuando el bebé nace por parto vaginal, la madre puede recuperarse más rápidamente y regresar a sus labores cotidianas. Para realizar este tipo de intervención quirúrgica existe una serie de indicaciones basadas en evidencias que incluyen indicaciones tanto maternas como fetales.

Teniendo en cuenta que la operación cesárea ha ido en aumento a nivel nacional y mundial por encima de la cifra que registra como normal la OMS la cual es de un 10-15% nuestro grupo de trabajo hará énfasis en las indicaciones de cesárea más practicadas en la Clínica Nuestra Señora de Fátima de la ciudad de Pasto Nariño, y posteriormente dar a conocer a todo el personal de salud de dicha institución y tomar las medidas respectivas.

## MATERIALES Y METODOS

La investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, y de tipo retrospectivo, con el fin de determinar las indicaciones que llevaron a realizar cesárea, durante el año 2016 en la Clínica Nuestra Señora de Fátima de la ciudad de Pasto.

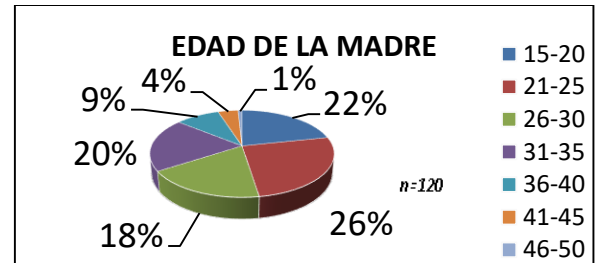
La investigación se limitará a la recolección de datos, basándose en la revisión de Historias Clínicas, que debido a la magnitud de la población total, se realizó muestreo con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, resultando 120 pacientes, ajustadas a los criterios de selección del estudio y seleccionadas aleatoriamente. Para el desarrollo del estudio se tomaron variables sociodemográficas e indicaciones maternas como fetales que se tienen en cuenta al momento de realizar una cesárea.

Se construirá una base de datos con la información obtenida, en el cual realizaremos un análisis univariado a través de distribución de frecuencias de la totalidad de las variables cualitativas y cuantitativas, aplicando tablas de frecuencias y gráficas, posteriormente se realizará una comparación entre las inidcaciones materno/fetales con las variables sociodemograficas determinando así los factores que influyen en la realización de una cesárea.

## RESULTADOS

**Gráfica 1: Caracterización de variables socio demográficas en la**

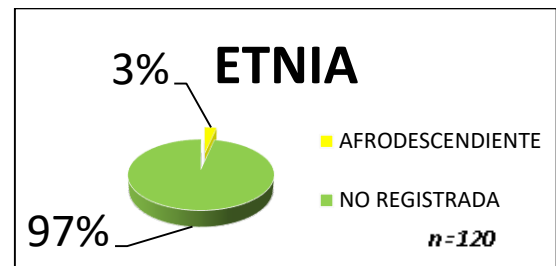
**Clínica Fátima en el año 2016 según la edad de la madre.**



Fuente: La presente investigación

La edad mas frecuente de las madres a quienes se les realizo cesárea en la Clínica Nuestra Señora de Fatima durante el año 2016 fue entre 21 a 25 años con un número de 31 pacientes correspondiendo a un valor porcentual del 26% y el menor valor encontrado fue entre las edades de 46 a 50 años con un valor porcentual del 1%.

**Gráfica 2 : Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según la etnia de la madre**

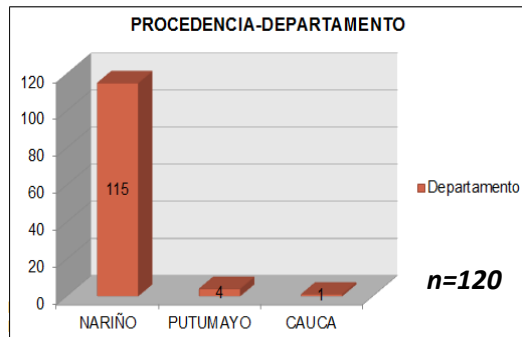


Fuente: La presente investigación

La etnia en 116 pacientes (97%) no se encontró diligenciado en el formato de Historia Clínica y el 3% afrodescendientes.

**Gráfica 3 : Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según**

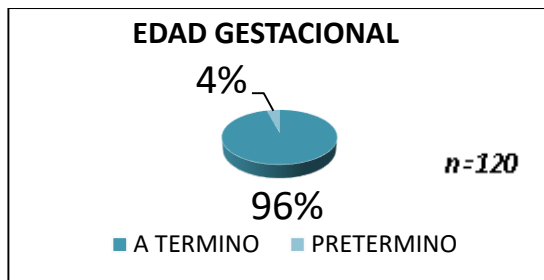
## la procedencia de la madre por Departamento



Fuente: La presente investigación

En cuanto a la procedencia de la población objeto de estudio en quienes se realizó cesárea, el mayor porcentaje correspondió a pacientes oriundas del departamento de Nariño con un valor porcentual de 95,8% siendo 115 gestantes y el menor valor se encontró en pacientes procedentes del departamento de Cauca correspondiendo a un valor del 1%.

## Gráfica 4 : Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según la edad gestacional

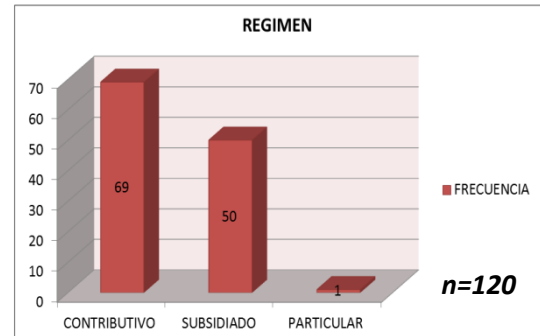


Fuente: La presente investigación

La edad gestacional de la población objeto de estudio, se encontró que 115 pacientes (96%) a quienes se les

realizó cesárea se las catalogó como a término.

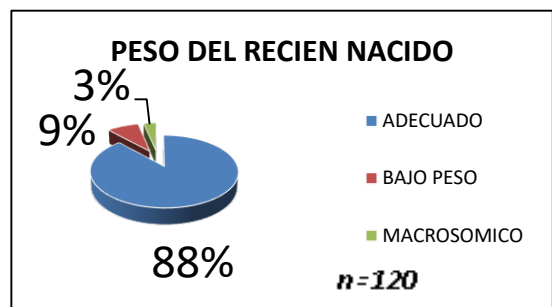
## Gráfica 5: Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según el régimen de seguridad social de la madre



Fuente: La presente investigación

Con base al Regimen de Seguridad Social en Salud de las gestantes, se puede apreciar que la mayoría de las pacientes pertenecen al regimen contributivo con un valor porcentual del 57% siendo 69 pacientes y el menor valor se encontró a pacientes particulares con un valor porcentual del 1%.

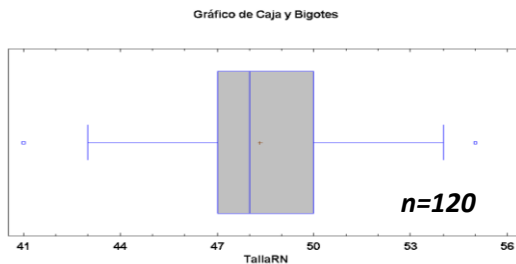
## Gráfica 6 : Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según el peso del recién nacido



Fuente: La presente investigación

105 pacientes (88%) tuvieron adecuado peso al nacer, y 3 recién nacidos (3%) tuvieron un peso igual o mayor a 4000 gramos, catalogados como macrosómicos.

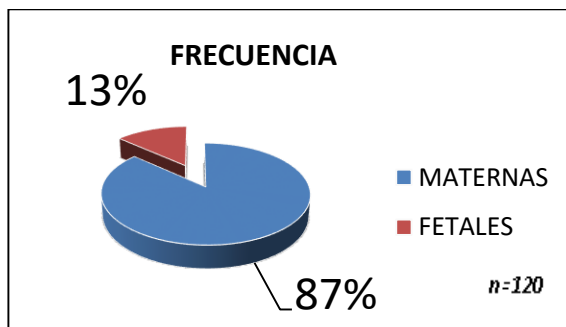
**Gráfica: 7 Caracterización de variables socio demográficas en la Clínica Fátima en el año 2016 según la talla del recién nacido**



Fuente: La presente investigación

El 75% de los recién nacidos presentaron una talla menor de 50cm, y se puede observar dos valores atipicos uno que corresponde a un niño que presento una talla de 41cm y otro quien presento una talla de 55cm

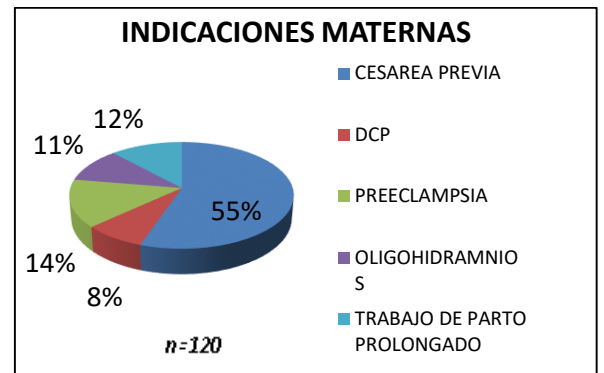
**Gráfica 8 : Frecuencia de las indicaciones materno-fetales en la Clínica Fátima en el año 2016**



Fuente: La presente investigación

El mayor porcentaje perteneció a las indicaciones relacionadas con la madre, con un valor de 87%.

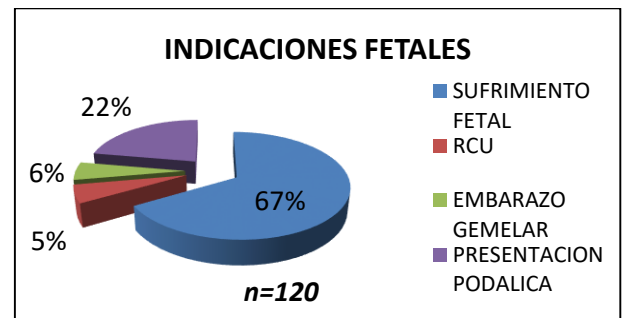
**Gráfica 9: frecuencia de las indicaciones maternas en la Clínica Fátima en el año 2016**



Fuente: La presente investigación

El mayor porcentaje correspondió a la indicación materna cesárea previa con un valor del 55% y el menor porcentaje perteneció a la indicación oligohidramnios con un 11%.

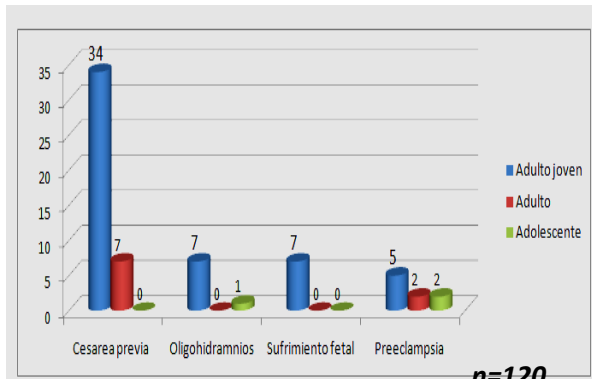
**Gráfica 10 : Frecuencia de las indicaciones fetales en la Clínica Fátima en el año 2016**



Fuente: La presente investigación

Las indicacion feto, mas frecuente fue sufrimiento fetal en un 67% y la que menos se indicó fue RCIU con un 5%.

**Gráfica 11 : Comparación de las indicaciones materno/fetales de cesáreas en la Clínica Fátima en el año 2016 con la edad de la madre**



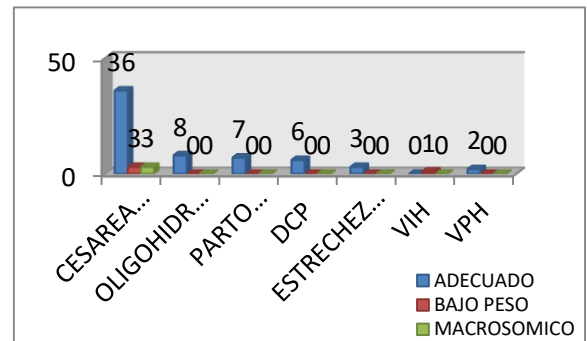
Fuente: La presente investigación

La indicación materna con mayor porcentaje fué cesarea previa encontrada en pacientes catalogadas como adulto joven con un valor del 28%, seguido de un 5.8% en pacientes catalogadas como adulto y el menor valor encontrado se relaciona con la indicación fetal sufrimiento fetal encontrada en gestantes catalogadas como adulto joven, con un valor de 5.8% .

**Gráfica 12: Comparación de las indicaciones materno/fetales de cesáreas en la Clínica Fátima en el año 2016 con el peso del recién nacido**

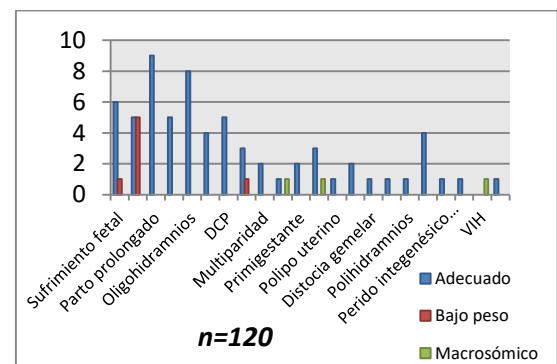
Fuente: La presente investigación

El mayor valor correspondió a la indicación materna cesarea previa obteniendo recién nacidos con adecuado peso al nacer con un valor de 30%, un 3% recién nacidos con bajo peso y 3% recién nacidos catalogados como macrosómicos. El



menor valor se encontró en la indicación materna VIH con un 1% obtenido recién nacido con bajo peso al nacer .

**Gráfica 13: Comparación de las indicaciones materno/fetales de cesáreas en la Clínica Fátima en el año 2016 con el peso del recién nacido**



Fuente: la presente investigacion

Excluyendo la indicación materna cesárea previa se encontró que a las madres quienes sus hijos presentaban macrosomía fetal se les realizó cesárea por otras incitaciones diferentes a esa, como fueron: ruptura prematura de membranas, estrechez pélvica y VIH.

## DISCUSIÓN

Los hallazgos reportados en un

estudio realizados en España (60) 2012 indican que la edad promedio en la cual se les practico la cesárea a las madres comprende entre 18 y 19 años con un 42 % menor a la edad de nuestro estudio de 21 – 25 años con un 26 % por el contrario en otro estudio realizado en lima Perú (61) 2013 se reportó que la edad promedio comprendía entre los 20 -24 años muy similar a los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En relación a la edad gestacional en un estudio realizado en México (62) 2013 se encontró que los nacimientos en edades gestacionales entre 29 y 36 semanas tienen una probabilidad cercana al 57% de ocurrir por cesárea, en comparación con el 33% en los nacimientos con una edad gestacional entre 37 y 42 semanas que en comparación con nuestro estudio en el cual se obtuvo que el 96% presentan una edad gestacional a término entre 37 y 41 semanas.

En un estudio realizado en Madrid España (63) 2014 se evidencio que el peso de los recién nacido se encontraba en peso adecuado, igualmente en un estudio realizado en Bogotá (64) 2012-2014 similar a los resultados obtenidos en nuestro estudio donde los recién nacidos en un 88% tuvieron peso adecuado.

En un estudio realizado en Bogotá (Ibid64) 2012-2014 se evidencio que el promedio de talla del recién nacido fue de 49.5cm con un valor mínimo de 25cm y valor máximo de 57cm y en nuestro estudio se obtuvo que el promedio de talla del recién nacido fue 48.3cm con un valor mínimo de 41cm

en lo cual se presentó gran significancia y un valor máximo de 55cm muy similar a nuestro resultados.

En un estudio realizado en la ciudad de Lima Perú (65) 2013 se encontró que las cuatro principales indicaciones por las cuales se realizó la cesárea en las pacientes fue DCP y macrosomia fetal en un 12%, preeclampsia en un 9% y sufrimiento fetal agudo en un 7% y en comparación con nuestro estudio las 4 principales indicaciones fueron cesárea previa con un 55%, preeclampsia con un 14%, trabajo de parto prolongado con un 12% y oligohidramnios con un 11%.

En un estudio realizado en la ciudad de Bogota (66) 2012-2014 se encontró que las tres indicaciones principales por las cuales se les realizo cesárea a las pacientes fue cesárea previa en un 27.7%, inducción fallida con un 18.2% lo que indica que nuestra población a estudio supero los porcentajes establecidos por la politica publica presentandose cesarea previa en un 55% y estado fetal insatisfactorio con un 10.7%.

## **CONCLUSIONES**

En la Clínica Nuestra Señora de Fátima de la ciudad de Pasto, se encontró durante el año 2016 se realizaron un total de 886 cesáreas, tomando una muestra de estudio de 120 pacientes. En base a las variables sociodemográficas se encontró: la edad en que se realiza más cesárea en la Clínica Nuestra Señora de Fátima de la ciudad de Pasto, está

entre los rasgos de 21 a 25 años donde se realizaron 26 cesáreas; con respecto a la edad gestacional a la mayoría de la población a estudio se le realizó cesárea con una edad gestacional a término. De acuerdo al peso del recién nacido, la mayoría de los recién nacidos presentaron adecuado peso al nacer.

Respecto a las indicaciones: el tipo de indicación más frecuente fue indicación por causa materna y dentro de ellas la más frecuente fue cesárea previa. La indicación fetal que más se encontró correspondió a la indicación sufrimiento fetal.

Con respecto al tercer objetivo: la indicación materna, cesárea previa fue la más frecuente en pacientes catalogadas como adulto joven obteniendo recién nacidos con adecuado peso. La indicación fetal sufrimiento fetal se encontró con mayor frecuencia en pacientes adulto joven, obteniendo recién nacidos con adecuado peso. Excluyendo la indicación materna cesárea previa se encontró que a las madres quienes sus hijos presentaban macrosomía fetal se les realizó cesárea por otras indicaciones diferentes a esa, como fueron: ruptura prematura de membranas, estrechez pélvica y VIH.

## RECOMENDACIONES

Mejorar la calidad en los registros y diligenciamiento de los datos personales de cada paciente, especialmente la etnia ya que genera importancia en patologías ginecológicas que suelen estar

asociadas, con el fin de contar con una información veraz y completa, para futuras investigaciones.

Socializar los resultados de la investigación con la Clínica Nuestra Señora de Fátima por lo llamativo de la frecuencia de las cesáreas; ya que la política pública según la OMS ha considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15% por consiguiente debe hacerse todo lo posible por disminuir el número de cesáreas y considerar el parto vía vaginal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lugones M. La cesárea en la historia. Rev Cubana ObstetGinecol. 2001; 27(1):1-5.
2. ISchnapp C, Sepúlveda E, Robert J. Operación cesárea. RevMedClinCondes. 2014; 25(6):1.
3. Arencibia R. Operación Cesárea: Recuento histórico. Rev. salud pública. 2002; (2):171.
4. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. HRP; 2015; 1.
5. Nápoles D, Piloto M. Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014;40(1):41.
6. Calvillo A, Cabada X, García K. Cesárea y ausencia de lactancia materna, primeras causas de la epidemia de obesidad en México. Revista de

- Ginecología y Obstetricia 2013; (2): 5.
7. Jiménez D, Guevara A. Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en los últimos 3 años en el hospital de Engativa de la ciudad de Bogotá. Universidad Nacional Departamento de Ginecología y Obstetricia. 2015; 55:36.
  8. Rizo A. Partos atendidos por cesárea: Análisis de Los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud en Colombia 1995-2005. EAN;(67) 2009: 59-61.
  9. Rubio J, Fonseca J, Buitrago M, Muller E. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia 2014: 65 (2):142.
  10. Fecolsog, Fecopen. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Rev Colombiana de Obstetricia y Ginecología; 2014; 65 ( 2): 141.
  11. Duque S y colaboradores. Salud en cifras 2011, Santiago de Cali. Calida.2012, 25.
  12. Galvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del callao, periodo enero-diciembre 2013. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.2014;62:10.
  13. Lugones M. LA CESÁREA EN LA HISTORIA. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001:56:1
  14. Gonzales I .La cesárea.Revi Digital de Iconografía Medieval. 2013; (10): 1
  15. Lugones M. La cesárea en la historia. Rev Cubana ObstetGinecol. 2001; 27(1):1
  16. Pedroza M. Distocias. Obstetricia integral Siglo XXI; (2)..277.
  17. Aranguren S. Sarcomas óseos de la pelvis; 2003;47 (9):202.
  18. Alvarez E, Brady W, Walker J. Cáncer de endometrio (uterino). American CancerSociety. 2009;60:01
  19. Anderson T, Schick V, Herbenick D. Cáncer de cuello uterino (cervical). American CancerSociety. 2010: 60: 01
  20. Rodríguez L, Rodríguez A. TUMORES GENITOURINARIOS (II): GINECOLÓGICOS.2010; 30:07.
  21. Comino R, Cararach M, Coronado P,PatologíaVulvar. Asocioacion Española de patología cervical y colposcopia.2014:2.
  22. Adair C, Sánchez L. Gaudier F. Kaunitz A. Cesárea Segura. Secretaria de Salud. 2009.48:19.
  23. Nuñez F, Carvajal J. Efectividad de la hiperoxigenación materna y tocolisis aguda en monitoreo electrónico fetal intraparto alterado. Rev Chil Obstet Ginecol. 2009; 74 (4): 250.

24. Díaz A. Inducción del trabajo de parto. 2010: 300;272
25. Noel J. Criterios de indicación de intervención cesárea. Rev Salud de Arica y Parinacota. 2014; (2): 2.
26. Rojas W, Cantillo J, Cantillo M. Enfermedad renal crónica y embarazo Un desafío en la atención clínica y desenlace obstétrico. Acta Med Colomb. 2015; 40(4): 331.
27. Sánchez A, Siña D. Cardiopatías y embarazo. Prog Obstet Ginecol. 2007;50(11):654.
28. Posada G. Guía de Atención Morbilidad Materna, Diabetes Gestacional. Colombiana de Salud S.A. 2013.
29. Castro A, Pérez M. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXX; 2013;7:01.
30. Carbonell P, Finlay C. Toxoplasmosis. Biblioteca Virtual de Vigilancia en Salud; 2009;9:2.
31. Jean A, Arizpe L, Clare A. El VIH, una definición de la realidad. Gazeta de Antropología; 2005;11;01.
32. Silvina N, Casal P, Casal I, Waisblatt L. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Servicio de obstetricia y ginecología hospital universitario virgen de las nieves granada. 2015;18;1.
33. González H, Nitola M. Guía de manejo Ruptura prematura de membranas. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). 2010;18;05.
34. Eixarch E, Figueras F. GUIA CLÍNICA: OLIGOHIDRAMNIOS EN GESTACIÓN ÚNICA. Clínica Barcelona Hospital Universitario. 04;01.
35. Amezcuita M, Mosquera J. Guía de manejo de polihidramnios. Corporación Comfenalco Valle Universidad Libre. 2012,3.
36. Moldenhauer J. Trabajo de parto prolongado. The Children's Hospital of Philadelphia.
37. Medina G, Winging K. Multiparidad como factor de riesgo obstétrico y reproductivo en las gestantes que acudieron a la consulta prenatal del Hospital Provincial Martín Icaza de la ciudad de Babahoyo, en el periodo comprendido del 1 de octubre del 2010 al 30 de abril del 2011. 2011;125:10
38. Casini ML, Rossi F, Agostini R, Unfer V. Miomas uterinos. Adam Quality. 2008;2:1.
39. Flores A, Gil A, Ibor L, Boto G, Serna C. Malformaciones arteriovenosas cerebrales: desde el diagnóstico sus clasificaciones y patofisiología, hasta la genética. RvMexneuroci 2010,11 (6): 470.
40. Alvarez S, Leon J, Vargas G, Hernandez C, López G, Vera O. Síndrome de Marfán, aneurisma toracoabdominal disecado y embarazo. Informe

- de un caso. RevMedInstMex Seguro Soc 2009; 47 (6): 669.
41. Malvino E. Preeclampsia grave y Eclampsia. ObstetrCritica. 2011; 6.
  42. Cararach V, Botet F. Preeclampsia. Eclampsia y Síndrome de Hellp. Asociación española de pediatría. 2008; 16: 141.
  43. Cararach V, Botet F. Preeclampsia. Eclampsia y Síndrome de Hellp. Asociación española de pediatría. 2008; 16: 142.
  44. Noel J. Criterios de indicación de intervención cesárea. Rev Salud de Arica y Parinacota. 2014; (2): 2.
  45. Oscanoa A. Placenta previa. Rev Per GinecoObstet 2005;(51):220.
  46. Gonzales A, Medina V, Jimenez A. Amenaza de Parto Pretermino. Prosego 2012;(2):347.
  47. Rasines M, Aller J. Embarazo múltiple. Obstetricia moderna. ;20: 260.
  48. Vergara G. Césarea. CliniMatern Rafael Calv. 2009: 2.
  49. Yandal D, Jaffa A. Parto en la presentación de nalgas a término. Prosego 2013; (2): 478.
  50. Martinez J, Toro A. Resultados perinatales tras un prolapso de cordón mantenido. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2014; 1:75.
  51. Castelazo L. Sufrimiento fetal. Causas. Conducta a seguir. Ginecol Obstet Mex 2009; 77(1): 114.
  52. Pedroza M. Distocias. Obstetricia integral Siglo XXI; (2)..284.
  53. Pimiento L, Beltrán M. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. Rev Chil Obstet Ginecol 2015; 80(6): 494.
  54. Aguirre A, Pérez A, Conde A, Echaniz I. Recién nacido de peso elevado. AEP.2008; 10: (85).
  55. Galvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del callao, periodo enero-diciembre 2013. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.2014;62:10.
  56. Mi departamento- Historia del departamento. Gobernación de Nariño. 2016.
  57. Pérez S. Historia. Banco de la Republica Actividad Cultural.2008.
  58. Información General-Pasto-Nariño-Colombia.
  59. Historia. Clínica Nuestra Señora de Fátima.
  60. Gonzales J, Gonzales R. Indicaciones de cesárea segmentaria en adolescentes; Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona.2012;62:20
  61. Galvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del callao, periodo enero-diciembre 2013. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.2014;62:10.

62. Sánchez J, Espino S. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatol. Reprod. Hum. 2014;(28):34.
63. Gloria Mozo E. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. 2014; 283:209.
64. Jiménez D, Guevara A. Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en los últimos 3 años en el hospital de Engativa de la ciudad de Bogotá. Universidad Nacional Departamento de Ginecología y Obstetricia. 2015; 55:36.
65. Galvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del callao, periodo enero-diciembre 2013. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS.2014;62:10.
66. Jiménez D, Guevara A. Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en los últimos 3 años en el hospital de Engativa de la ciudad de Bogotá. Universidad Nacional Departamento de Ginecología y Obstetricia. 2015; 55:3

