

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



**“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENCHE DE LA CIUDAD DE  
AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”**

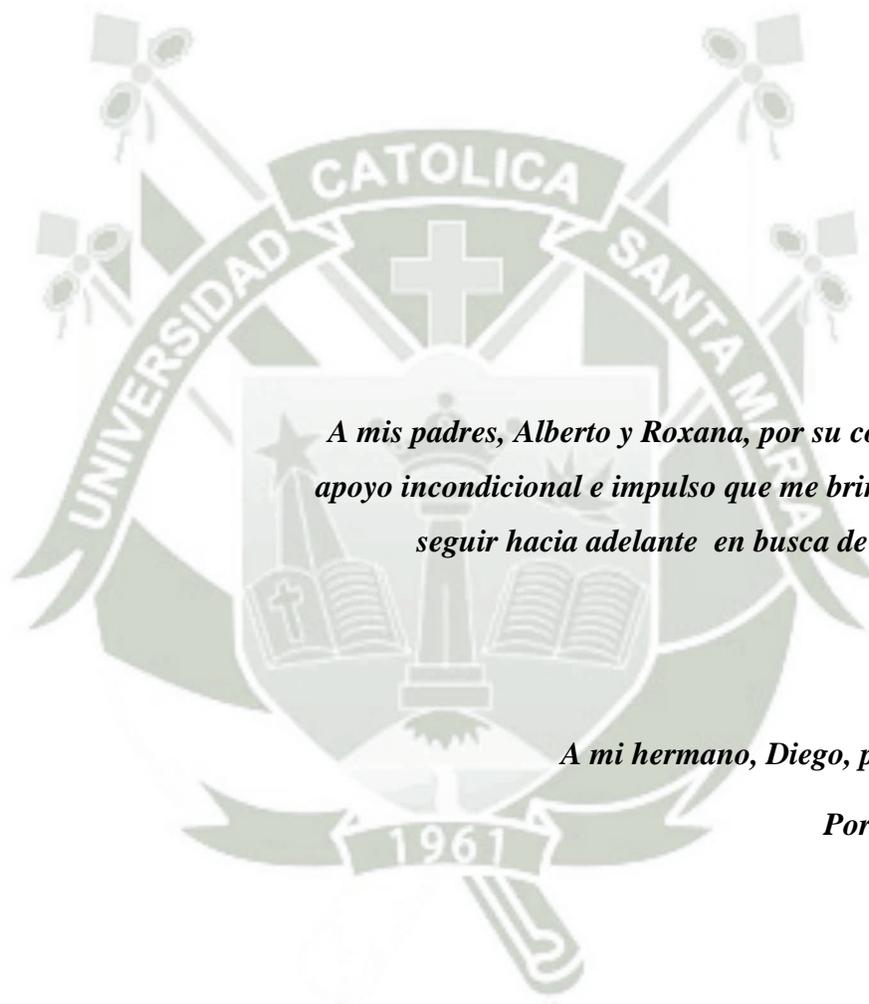
**Autor:**

**ALBERTO LUIS BÉJAR MIRANDA**

Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de Médico  
Cirujano

**Arequipa - Perú**

**2015**



*A mis padres, Alberto y Roxana, por su comprensión,  
apoyo incondicional e impulso que me brindaron para  
seguir hacia adelante en busca de mis sueños.*

*A mi hermano, Diego, por su apoyo  
Por su amistad.*

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I : MATERIAL Y MÉTODOS .....	5
CAPÍTULO II : RESULTADOS.....	10
CAPÍTULO III : DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	32
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS .....	39
BIBLIOGRAFÍA .....	42
ANEXOS .....	45
Anexo 1: Cálculo del tamaño de muestra .....	46
Anexo 2: Ficha de recolección de datos .....	47
Anexo 3: Proyecto de Investigación.....	48

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la frecuencia e indicaciones principales de cesárea en pacientes atendidas en el Hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa, en el periodo de enero a diciembre del 2014. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo; se utilizó una ficha de recolección de datos, en una muestra de 307 historias clínicas de gestantes cesareadas. Se realizó análisis univariado y bivariado de variables epidemiológicas. El procesamiento y análisis de la información fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010). **Resultados:** La frecuencia de cesáreas practicadas en el Hospital III Goyeneche en el 2014 fue 40.44%; la indicaciones más frecuentes fueron el alteración del bienestar fetal (21,17%), distocia de presentación (15.31%), cesareada anterior (14.33%), Pelvis Estrecha (11.73%), Macrosomía Fetal (8.14%), dilatación estacionaria (8.14%), pre-eclampsia (6,19%) y otras indicaciones (14,98%). La edad promedio fue 27,39 años, la mayoría de pacientes se encontró entre los 15 - 25 años (47.88%), el lugar de procedencia fue principalmente de zonas Urbanas en 66,12%. El grado de instrucción secundaria completa (60,6%). La cesárea fue electiva en 48.53%; y de urgencia en el 51.47%. **Conclusiones:** La frecuencia de operación cesárea es alta en el Hospital III Goyeneche. La indicación más frecuente de cesárea fue el alteración del bienestar fetal; siendo más frecuente en jóvenes que en adolescentes. La cesárea de urgencia sobrepasa el 50%, se debe determinar posibles causas en estudios posteriores. El peso promedio de los recién nacidos fue de 3172.64g. El Apgar de los recién nacidos por cesárea de Urgencia fue de 6.56 al primer minuto y de 7.96 a los 5 minutos en promedio, mientras que de los nacidos por cesárea electiva fue de 8.65 al minuto y de 9.16 a los 5 minutos.

**Palabras clave:** Frecuencia, Indicaciones, Cesárea.

## ABSTRACT

**Objetivo:** To determine the frequency and most common causes for indication of caesarian surgery in patients at the Hospital III Goyeneche of Arequipa, during the period of january to december of 2014. **Methods and materials:** The present is a descriptive, restrospective study; a data collection sheet was used for a sample of 307 medical records of caesarianed patients. A univariate and bivariate analysis of epidemiological variables was made. The processing and analysis of data was made in an electronic calculation sheet (Excel 2010). **Results:** The frequency of caesarian surgeries performed in the Hospital III Goyeneche in 2014 was 40.44%; the most common indication was acute fetal distress (21,17%), cephalopelvic disproportion (19.87%), presentation dystocia (15.31%), previous caesarian (14.33%), stationary dilation \*8.14%), preeclampsia (6,19%), other indications (14.98%). The average age of the patients was 27,39 years old, the most frequent maternity age was between 15 and 15 years old (47,88%), the place of residence was urban areas (66,12%), the most common level of tuition was complete high school (60.6%). The elective caesarian was made in 48.53% and the emergency procedure in 51.47% of patients.

**Conclusions:** The frequency of caesarian surgery is high in the Hospital III Goyeneche. The most common indication for caesarian is acute fetal distress; the later being more common in young adults than in teenagers. The emergency caesarian is made in over 50% of the patients, probable causes must be determined with further research. The average weight of newborns was 3172.64g . The Apgar newborn Emergency caesarean was 6.56 to 7.96 first minute and 5 minutes on average , while those born by elective cesarean section was 8.65 and 9.16 per minute for 5 minutes.

**Keywords:** Frequency, indications, Caesarian.

## INTRODUCCIÓN

La cesárea ha sido incorporada a la práctica médica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran incrementar el riesgo de muerte para la madre y/o el niño. En los últimos años se ha observado que se ha ido incrementando a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida.

Muchas mujeres se han recuperado completamente tanto física como emocionalmente de una cesárea, otras no. Poca atención se ha prestado al impacto psicosocial que un nacimiento quirúrgico puede tener sobre el bienestar emocional de las mujeres. Sus experiencias personales han sido a menudo trivializadas, no comprendidas, o ignoradas por la comunidad médica.

El porcentaje de cesáreas en el mundo está aumentado, especialmente en los países desarrollados, en la última década (1,28). Chile: 37%, Brasil: 52%, Colombia: 43%, China: 27%, India: 20-47%, Países Árabes: 5-15%, Malasia: 16%. En el Perú, 23% de nacimientos son por cesárea (2,28). Para algunas mujeres la cesárea no supone ningún trauma aparente, sin embargo, otras van a experimentar una compleja reacción psicológica, con sentimientos de pérdida, fracaso y dificultades notables en la adaptación posterior y en el vínculo con sus hijos, o van a sufrir incluso la llamada "depresión post cesárea" o bien un síndrome de estrés postraumático en algunos casos (3).

Los efectos psicosociales se originan por diferentes aspectos ante la presencia de diversas situaciones. Cuando se producen tienen una incidencia en la salud de las personas. La existencia de riesgos psicosociales afecta, además de la salud, al desempeño del trabajo y las relaciones sociales de las personas.

Las causas que originan los riesgos psicosociales son muchas y están mediadas por las percepciones, experiencias y personalidad de cada persona.

La evaluación de riesgos es un paso necesario para detectar, prevenir y/o corregir las posibles situaciones problemáticas relacionadas con los efectos psicosociales.

La alta prevalencia de cesáreas en el Instituto Nacional Materno Perinatal el cual solo en el 2008 hubieron 7105 cesáreas el cual corresponde a aproximadamente el 40% de todos los partos atendidos en dicha institución y que a su vez la mayoría de estos son en gestantes adolescentes cuya cifras son de 953 cesáreas, lo cual representa el 34% de todas las cesáreas realizadas en el periodo del 2008.



## CAPÍTULO I

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 1. Técnicas instrumentos y materiales de verificación

##### Técnica:

- Utilizaremos el registro de datos descriptivo en una ficha de recolección propuestas en el anexo (2).

##### Instrumento:

- Ficha de recolección de datos

##### Materiales:

- Ficha de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

#### 2. Campo de verificación:

##### Ubicación temporal:

- El presente estudio involucrará a la observación de todos los casos de cesárea realizados en el periodo de enero a diciembre del 2014.

##### Ubicación espacial:

- La investigación tendrá lugar en el Área de hospitalización de Obstetricia del hospital III Goyeneche.

**Unidad de estudio:**

- Tomaremos todos aquellos casos de cesárea que cumplan con los siguientes criterios de inclusión.

**Población**

- Conformado por 791 gestantes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital III Goyeneche de enero a diciembre del 2014.

**Muestra**

- El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en población finita conocida:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N-1) \cdot E^2}{Z\alpha^2} + p \cdot q}$$

Donde:

N = tamaño del universo

n = tamaño mínimo de la muestra

p = proporción de cesárea

q = 1 – p

Z $\alpha$  = Coeficiente de confiabilidad para precisión del 95% = 1,96

E = error absoluto, considerado para ciencias de la salud en 5%

De donde n = 306,58  $\approx$  307 personas

- La obtención de la muestra se hizo mediante muestreo aleatorio simple.

### **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes gestantes a las que se les realizó una cesárea en el Hospital III Goyeneche en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2014.

### **Criterios de Exclusión:**

- Historias clínicas extraviadas

**3. Tipo de investigación:** La presente investigación es un estudio documental.

**4. Nivel de investigación:** Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo.

### **5. Estrategia de Recolección de datos**

#### **5.1. Organización**

- Se establecerá las coordinaciones con la institución antes citada, para poder establecer el número de casos a observarse.
- Selección de la población del estudio:

Una vez establecida la coordinación respectiva para poder acceder a los registros de datos, se tomará la información respectiva en la ficha de recolección de datos.

Aquí se tomarán las variables de interés que se utilizarán en el estudio.

- Sistematización y tabulación de datos:

Se ordenará la información según las variables propuestas. El análisis y procesamientos de datos se realizarán tomando en cuenta las variables de interés, la tabulación se realizará en forma manual y se vaciará la información a tablas estadísticas para luego proceder a su análisis.

- Análisis estadístico:

Primero, se creará una base de datos en el programa Excel 2010 para Windows XP. Una vez obtenidas las tablas estadísticas de distribución de frecuencias y porcentajes, se procederá a aplicar estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central.

## 5.2. Criterios para manejo de resultados

### a) Validación de los instrumentos

La ficha de la recolección de datos únicamente es una hoja de recolección de información por lo que no requiere validación.

### b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 2 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

### c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se

transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

**d) Plan de Codificación:**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

**e) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

**f) Plan de análisis**

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.20.0.



## **CAPÍTULO II**

### **RESULTADOS**

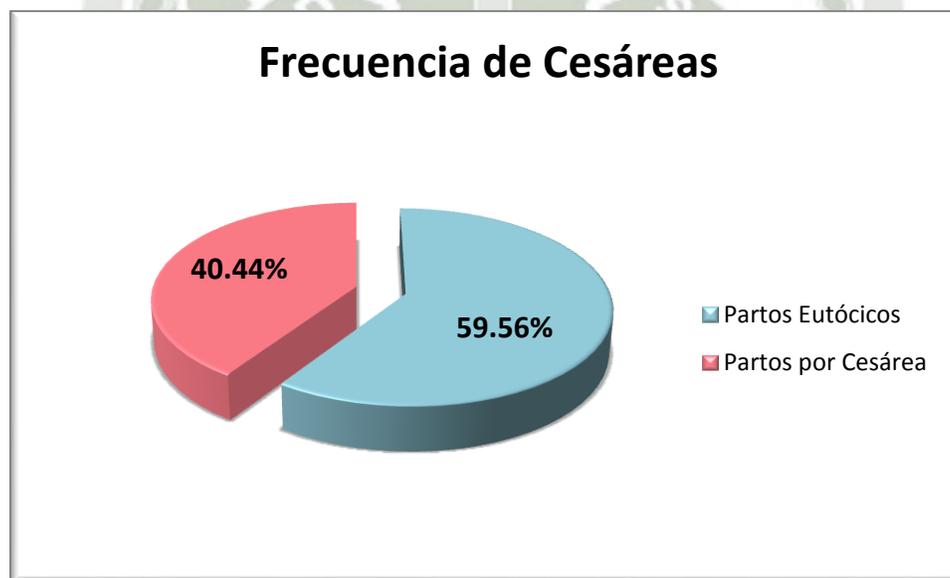
“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

**TABLA 1**

<b>FRECUENCIA DE PARTOS EUTÓCICOS Y CESÁREAS</b>		
	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Partos Eutócicos</b>	1165	59.56%
<b>Partos por Cesárea</b>	791	40.44%
<b>TOTAL</b>	1956	100%

“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

GRÁFICO 1



“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

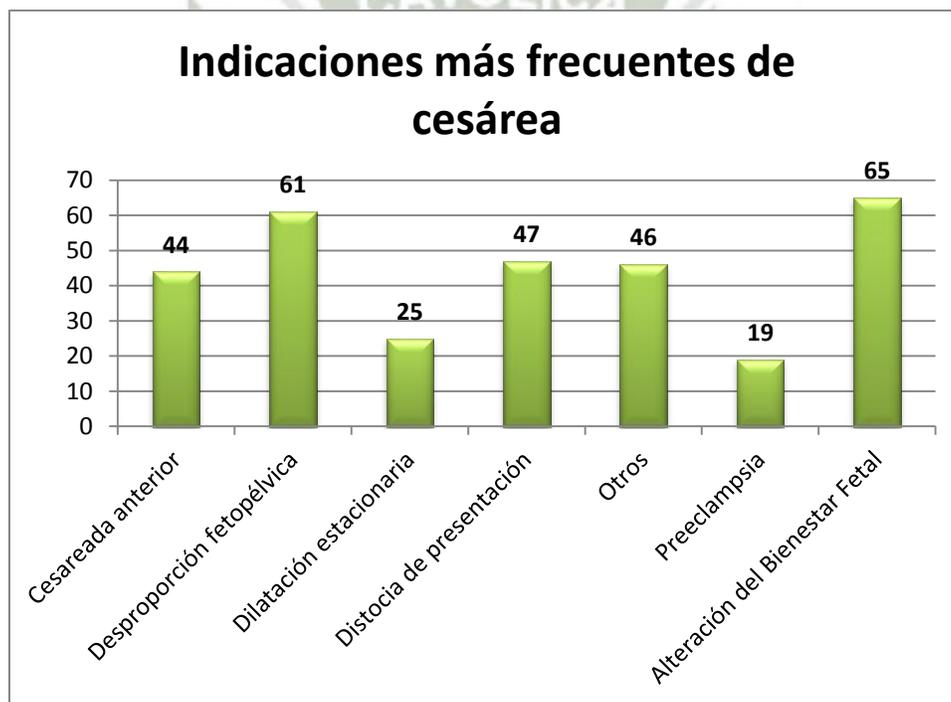
**TABLA 2**

**INDICACIONES MÁS FRECUENTES DE CESÁREA**

	<b>N° Pacientes</b>	<b>%</b>
Alteración del bienestar fetal	65	21.17%
Distocia de presentación	47	15.31%
Cesareada anterior	44	14.33%
Pelvis estrecha	36	11.73%
Macrosomía Fetal	25	8.14%
Dilatación estacionaria	25	8.14%
Preeclampsia	19	6.19%
Otros	46	14.98%
<b>TOTAL</b>	<b>307</b>	<b>100%</b>

**“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”**

**GRÁFICO 2**



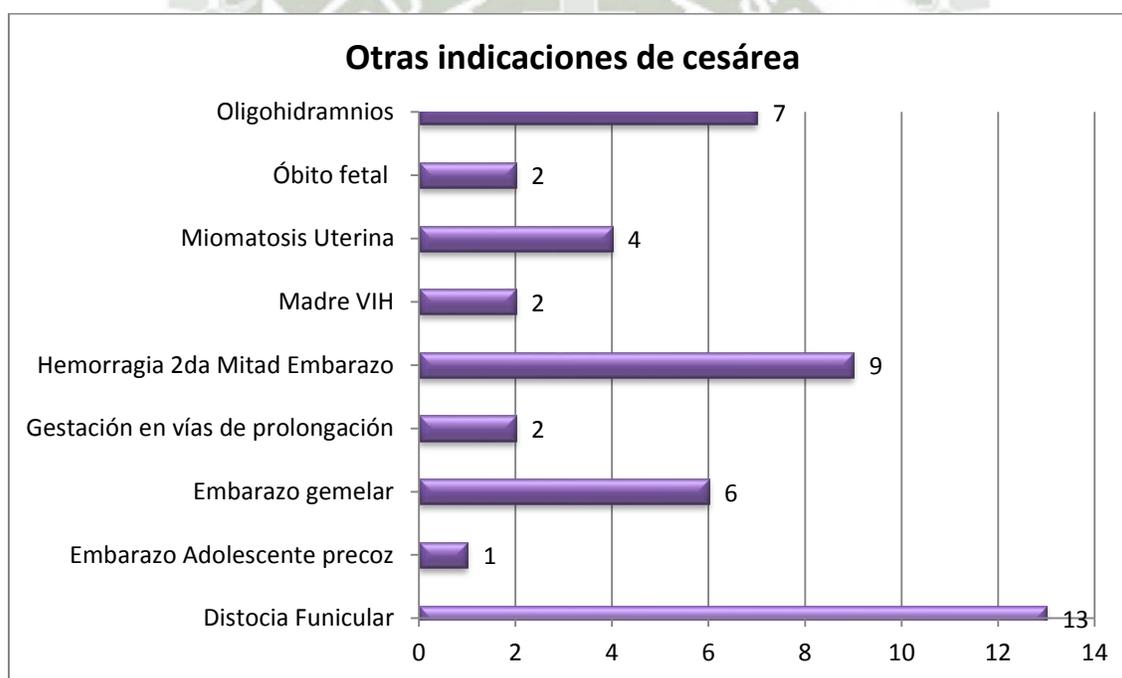
“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

TABLA 3

<b>Otras indicaciones de Cesárea</b>		
	<b>N°</b>	<b>%</b>
Distocia Funicular	13	28%
Embarazo Adolescente precoz	1	2%
Embarazo gemelar	6	13%
Gestación en vías de prolongación	2	4%
Hemorragia 2da Mitad Embarazo	9	20%
Madre VIH	2	4%
Miomatosis Uterina	4	9%
Óbito fetal	2	4%
Oligohidramnios	7	15%
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

GRAFICO 3



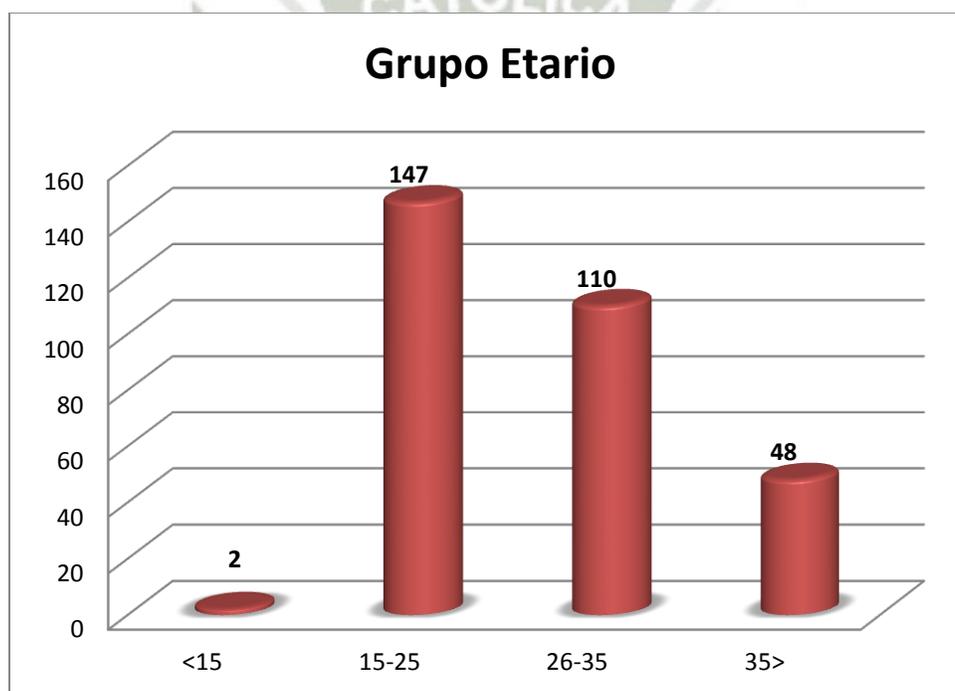
“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

TABLA 4

<b>Grupo Etario</b>		
	<b>N° Pacientes</b>	<b>%</b>
<b>&lt;15 años</b>	2	0.65%
<b>15-25 años</b>	147	47.88%
<b>26-35 años</b>	110	35.83%
<b>&gt; 35 años</b>	48	15.64%
<b>TOTAL</b>	<b>307</b>	<b>100%</b>

**“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”**

**GRAFICO 4**



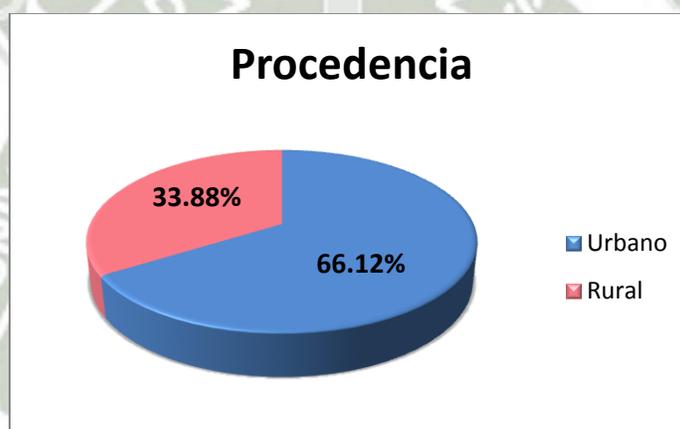
“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

TABLA 5

<b>Procedencia</b>		
	<b>N° Pacientes</b>	<b>%</b>
Urbano	203	66.12%
Rural	104	33.88%
<b>TOTAL</b>	<b>307</b>	<b>100%</b>

“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

GRAFICO 5



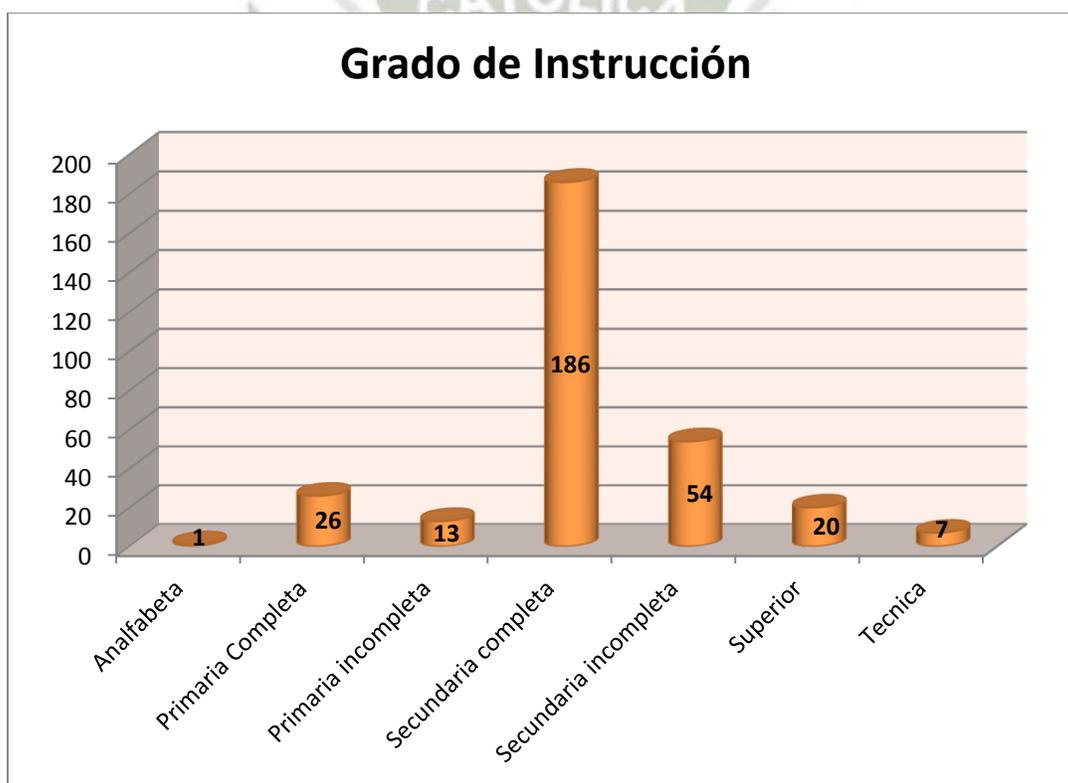
“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

TABLA 6

<b>Grado de Instrucción</b>		
	<b>N° Pacientes</b>	<b>%</b>
<b>Analfabeta</b>	1	0.3%
<b>Primaria Completa</b>	26	8.5%
<b>Primaria incompleta</b>	13	4.2%
<b>Secundaria completa</b>	186	60.6%
<b>Secundaria incompleta</b>	54	17.6%
<b>Superior</b>	20	6.5%
<b>Técnica</b>	7	2.3%
<b>TOTAL</b>	<b>307</b>	<b>100.0%</b>

“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

GRAFICO 6



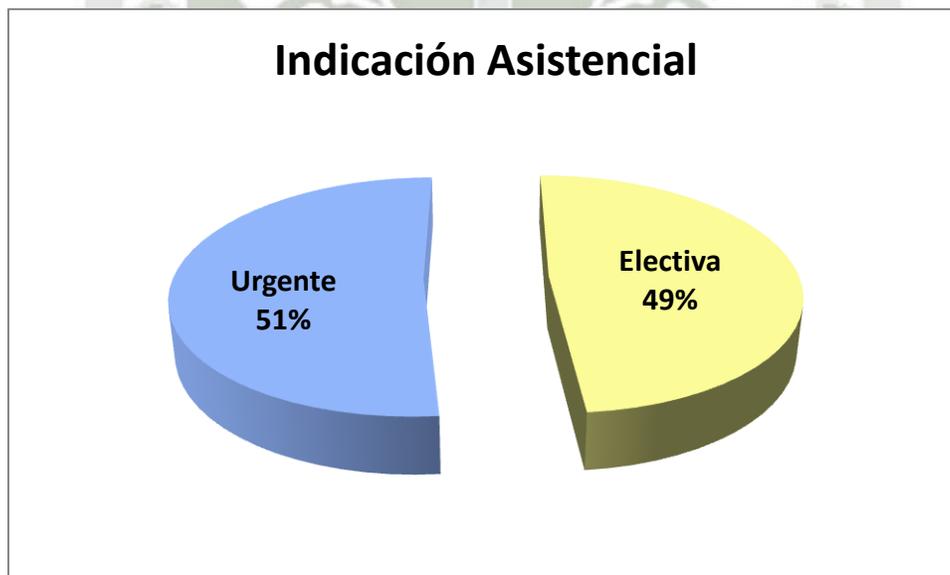
“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

TABLA 7

<b>INDICACIÓN ASISTENCIAL</b>		
	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Electiva</b>	149	48.53%
<b>Urgente</b>	158	51.47%
<b>TOTAL</b>	<b>307</b>	<b>100%</b>

“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

GRAFICO 7



“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

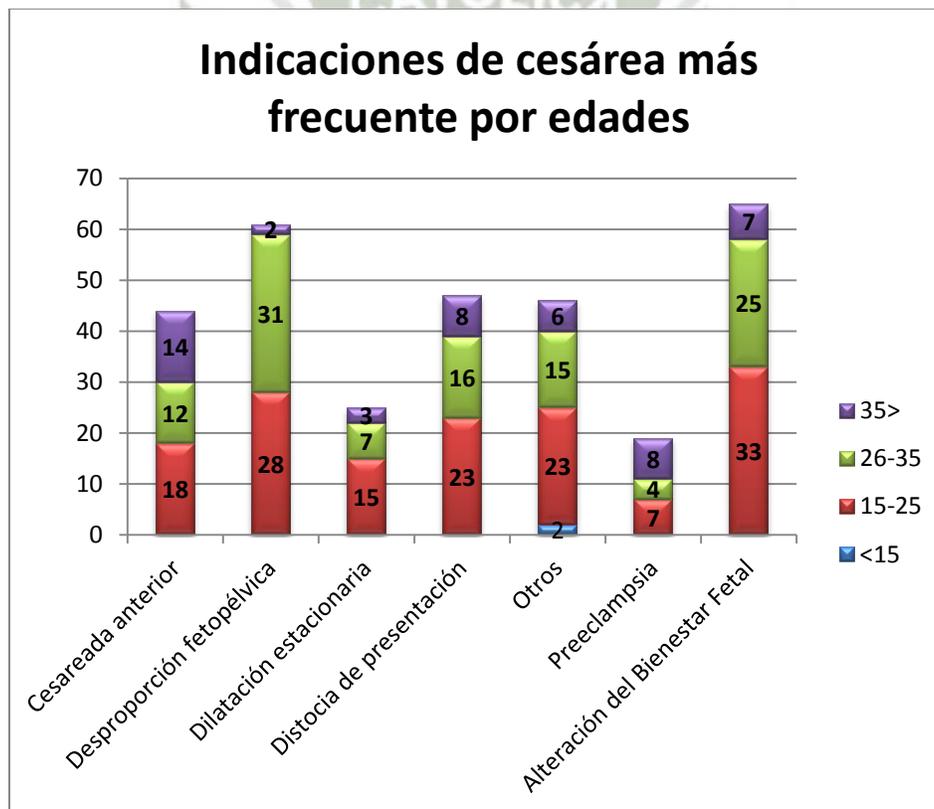
TABLA 8

**Indicaciones de cesárea más frecuentes por edades**

INDICACIÓN	Edad de las Pacientes (años)				
	<15	15-25	26-35	>35	
Cesareada anterior	0(0.0%)	18(5.86%)	12(3.91%)	14(4.56%)	
Pelvis Estrecha	0(0.0%)	17(5.54%)	19(6.19%)	0(0.00%)	
Macrosomía Fetal	0(0.0%)	11(3.58%)	12(3.91%)	2(0.65%)	
Dilatación estacionaria	0(0.0%)	15(4.89%)	7(2.28%)	3(0.98%)	
Distocia de presentación	0(0.0%)	23(7.49%)	16(5.21%)	8(2.61%)	
Otros	2(0.65%)	23(7.49%)	15(4.89%)	6(1.95%)	
Preeclampsia	0(0.0%)	7(2.28%)	4(1.30%)	8(2.61%)	
Alteración del bienestar fetal	0(0.0%)	33(10.75%)	25(8.14%)	7(2.28%)	
<b>TOTAL</b>	<b>2(1%)</b>	<b>147(48%)</b>	<b>110(36%)</b>	<b>48(16%)</b>	<b>307(100%)</b>

“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

GRAFICO 8



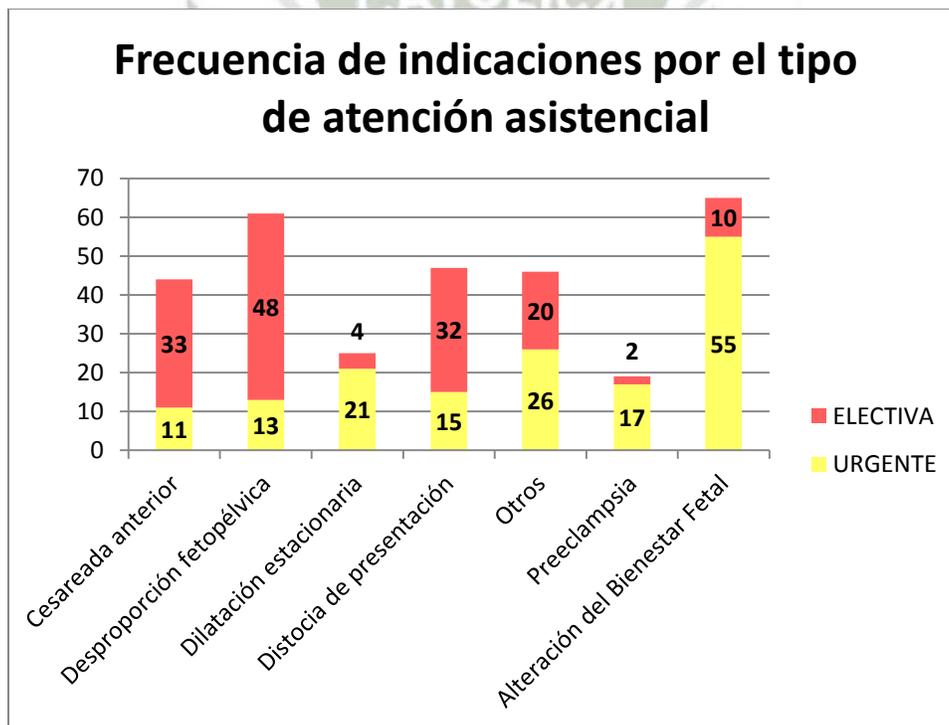
“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

TABLA 9

<b>Frecuencia de Indicaciones por el tipo de Atención Asistencial</b>		
	<b>URGENTE</b>	<b>ELECTIVA</b>
Cesareada anterior	11(3.58%)	33(10.75%)
Pelvis Estrecha	8(2.61%)	28(9.12%)
Macrosomía Fetal	5(1.63%)	20(6.51%)
Dilatación estacionaria	21(6.84%)	4(1.30%)
Distocia de presentación	15(4.89%)	32(10.42%)
Otros	26(8.47%)	20(6.51%)
Preeclampsia	17(5.54%)	2(0.65%)
Alteración del bienestar fetal	55(17.92%)	10(3.26%)
	<b>158(51.47%)</b>	<b>149(48.53%)</b>
		<b>307(100%)</b>

“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

GRAFICO 9



“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

TABLA 10

<b>Peso del Recién Nacido</b>		
	<b>N° Neonatos (Muestra)</b>	<b>Peso promedio</b>
<b>Cesárea Electiva</b>	149	3296.96g
<b>Cesarea de urgencia</b>	158	3048.32g
<b>TOTAL</b>	<b>307</b>	<b>3172.64g</b>

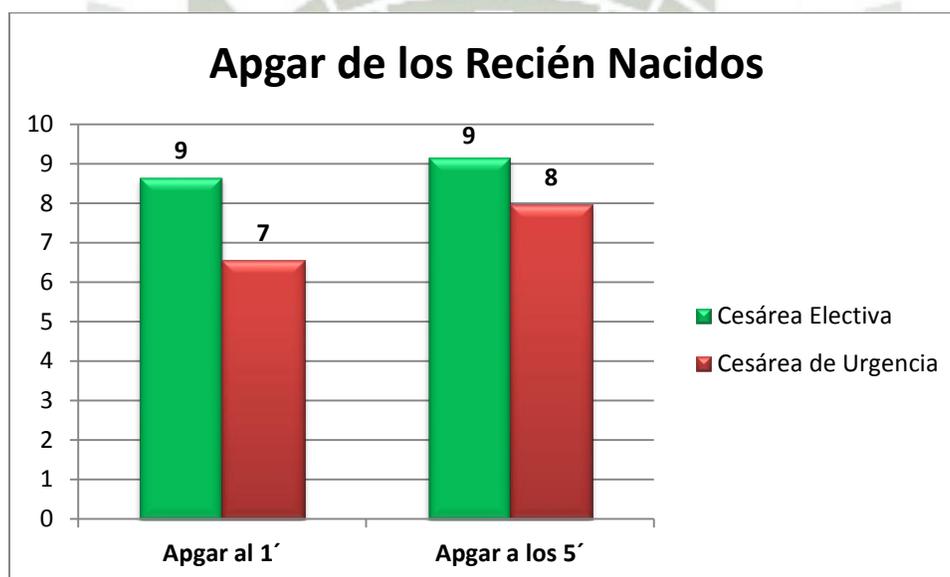
“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

TABLA 11

<b>Apgar del Recién Nacido</b>			
	<b>N° Neonatos</b>	<b>Apgar al 1´</b>	<b>Apgar a los 5´</b>
Cesárea Electiva	149	9	9
Cesárea Urgente	158	7	8
<b>TOTAL</b>	<b>307</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”

GRÁFICO 11



### CAPÍTULO III

#### DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó conocer la frecuencia y las principales indicaciones de cesárea en las pacientes atendidas en el servicio de Obstetricia del hospital III Goyeneche, Arequipa, durante los meses de enero a diciembre del año 2014.

Para tal fin se recopiló información de historias clínicas del centro de estadística del Hospital III Goyeneche, para posteriormente analizar sus características. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

En la **Tabla y gráfico 1** se muestra: 1) El número de partos eutócicos y 2) el número de partos por cesárea. Dichas cantidades fueron: Partos eutócicos en número de 1165 pacientes, mientras que los partos atendidos por cesárea fueron 791 pacientes. Entonces, podemos concluir que la frecuencia de cesáreas fue de 40.44%, mientras que de partos eutócicos fue 59.56%, mostrando así la elevada frecuencia de cesáreas en comparación con los datos recopilados de las Estadísticas Sanitarias Mundiales (28), donde indican que los nacimientos atendidos por cesárea en el Perú del 2005 al 2011 promedian un 23%. Como podemos apreciar la frecuencia de partos por cesárea es elevada, la indicación asistencial, como sabemos, es un hecho subjetivo, el cual en la mayoría de los casos, no se solicitó una opinión asistencial adicional, por lo que deberían existir guías, que con la aprobación de los médicos especialistas que laboran en el Hospital III Goyeneche reflejen la mejor manera de actuar ante las diferentes patologías, en cuanto a la forma de terminar la gestación. La frecuencia es alta en relación a lo que indica la Organización Mundial de la Salud la cual refiere una frecuencia ideal del 10 al 15% de cesárea, aunque en nuestro país los datos de la Seguridad Social indican una frecuencia aceptada hasta el 40%.

En la **Tabla y gráfico 2** se precisan las indicaciones más frecuentes de cesárea realizadas a las pacientes del servicio de obstetricia entre los meses de enero y diciembre del 2014. Como podemos observar en la tabla, apreciamos que la indicación más frecuente de acuerdo a la muestra determinada (307 pacientes) es el Alteración del bienestar fetal con una cantidad de 65 pacientes, representando el 21.17% de la totalidad de pacientes cesareadas, respaldado por los trabajos de investigación, “Incidencia y principales indicaciones de cesarea” y “Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana” mostrados en la bibliografía (29,30), en los cuales se corrobora un predominio de la indicación de cesárea: “alteración del bienestar fetal” en un 29% y 28.4% respectivamente. Se presenta además en segundo lugar el diagnóstico de distocia de presentación la cual se presentó en 47 pacientes, representada por un 15.31%. Pacientes que culminaron su gestación anterior de forma quirúrgica, hablamos de la paciente “cesareada anterior” ubicada en tercer lugar con un 14.33%. En cuarto lugar, el diagnóstico de Pelvis Estrecha, representada por 36 pacientes, conforman el 11.73%. En quinto lugar el diagnóstico de Macrosomía Fetal con 25 pacientes, simbolizando el 8.14%. En sexto y séptimo lugar se encuentran la dilatación estacionaria con 8.14% y preeclampsia con 6.19% respectivamente. Se presentaron durante la investigación otras indicaciones que en suma representan un importante porcentaje de pacientes, las cuales visualizamos en los cuadros respectivos.

Los profesionales de salud, que laboran en esta institución, deben dar importancia a los motivos principales por los cuales obtuvimos que la patología, sufrimiento fetal, es la principal indicación de cesárea; sabiendo además que la prevención para que no se lleguen a éstos casos es el adecuado control obstétrico, el mismo, debe ser vigilado adecuadamente para evitar complicaciones de este tipo.

En la **Tabla y gráfico 3** encontramos aquellas indicaciones de cesárea que por sí solas representan porcentajes bajos, pero que en su conjunto podemos darnos cuenta que representan un 14.98% (Tabla 2). Dentro de éstas indicaciones encontramos a: El embarazo adolescente precoz, Embarazo gemelar, Gestación

en vías de prolongación, Hemorragia de la segunda mitad del embarazo, Madre VIH, Miomatosis Uterina, Óbito Fetal, Oligohidramnios y la distocia funicular (Doble circular de cordón); siendo ésta última la indicación más frecuente dentro de los clasificados como “otros”, con 13 pacientes y representando un 28% de este grupo, y 4.23% del total de indicaciones.

En la **Tabla y gráfico 4** mostramos el grupo etario, divididos en cuatro subgrupos, aquellas pacientes menores de 15 años, pacientes entre 15 y 25 años, pacientes entre 26 y 35 años, y las pacientes mayores de 35 años. Encontramos 2, 147, 110 y 48 pacientes respectivamente, sumando ellas nuevamente 307 (tamaño de la muestra). El grupo de 15 a 25 años es el de mayor número de pacientes, representando el 47.88%. El menor número de pacientes se encuentra en el grupo comprendido de las pacientes menores de 15 años y representa, tan sólo 0.65% con 2 pacientes.

En la **Tabla y gráfico 5** se indica la procedencia de las pacientes, si pertenecen a un sector Urbano o Rural de su lugar de origen. Tomando en cuenta que el sector Urbano pertenece a aquella que vive en aglomeraciones cuyas viviendas, en número mínimo de 100, se hallen ocupadas contiguamente (22). Y rural en las que sea menores de 100. Resultando 203 pacientes provenientes del sector Urbano, representando un 66.12%, un 33.88% provienen del sector Rural.

En la **Tabla y gráfico 6** se muestra el grado de instrucción de las pacientes cesareadas en el 2014 y atendidas en el Hospital Goyeneche. Se consideran los grados: Analfabeta, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, secundaria completa, Superior y técnica. De estos datos recolectados de las historias clínicas de dichas pacientes, destaca el mayor número de pacientes quienes han concluido el grado secundario, con 186 pacientes, representando el 60.6%, contrastando con los datos del INEI los cuales indican que el 15,9% de las mujeres peruanas logran terminar a la edad correspondiente la educación secundaria (9). El segundo grupo con mayor cantidad de pacientes

que corresponde a secundaria incompleta y conformado por 54 pacientes corresponde a un 17.6%.

En la **Tabla y gráfico 7** se muestran los tipos de cesárea de acuerdo a la indicación asistencial de los profesionales de salud que laboran en el Hospital III Goyeneche, con respecto a si la cesárea de turno tuvo una indicación Programada (electiva), o si se requirió practicar una intervención quirúrgica inmediata (urgente). Los resultados fueron: Cesárea electiva en 149 pacientes que representa el 48.53%; mientras que la cesárea que requirió de una actuación más rápida fue en 158 pacientes que corresponde al 51.47%, siendo un factor importante de la morbimortalidad feto-materna como lo menciona la revista Cochrane (31), donde los recién nacidos en el grupo de cesárea electiva tienen menor probabilidad de sufrir síndrome de dificultad respiratoria. Merece una mención especial este cuadro, ya que más de la mitad de ellas requirieron cesárea de urgencia, las cuales podremos inferir de cuadros anteriores ya que el tipo de diagnósticos consignados lo determinaron (cuadro 2).

En la **Tabla y gráfico 8** se correlacionan las indicaciones más frecuentes de cesárea con los grupos etarios presentados anteriormente. Resultando que la indicación más frecuente fue Alteración del bienestar fetal, y la población más afectada por este diagnóstico fue el que se encuentra entre los 15 y 25 años. La segunda indicación más frecuente fue la paciente con distocia de presentación, el grupo de pacientes más frecuentes entre los 15 a 25 años. Paciente cesareada anterior y el grupo etario más afectado para ésta patología fue el que se encuentra también entre los 15 y 25 años; nos detenemos un momento, para apreciar este dato, ser una paciente cesareada anterior según lo indican algunos estudios (14), se encontraba en las pacientes mayores de 25 años, sin embargo en nuestro cuadro nos damos cuenta que la frecuencia es más alta en pacientes entre los 15 y 25 años, esto debido precisamente a que la frecuencia de cesáreas viene en aumento, tal como se indica en el estudio de Astudillo (34), más reciente, así como

también en los datos del Hospital Nacional Materno Perinatal con la mayor proporción de cesárea en pacientes adolescentes. (35)

En la **Tabla y gráfico 9** se correlacionan las indicaciones más importantes y frecuentes de cesárea con el tipo de decisión asistencial en cuanto a la velocidad de actuación, determinada por si la cesárea fuese electiva o de urgencia.

Se determinó la cesárea de Urgencia cuando en el caso del Alteración del bienestar fetal se presentó alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, con bradicardias sostenidas, asimismo la presencia de líquido meconial espeso que revelaba una condición de Sufrimiento Fetal. En el caso de las pacientes diagnosticadas con Distocia de presentación, Cesareada anterior, Pelvis estrecha, Macrosomía Fetal, se consideraron programar como cesárea urgente a las pacientes quienes presentaron una dilatación uterina avanzada, que se estacionaba o que presentaron agotamiento materno, dificultando de sobremanera el parto eutócico.

La indicación más frecuente fue el Alteración del bienestar fetal con 65 pacientes donde se programaron 55 (83.33%) como urgentes, las restantes 10 (16.67%), se encontraban en Alteración del bienestar fetal inicial, en las que se pudo preparar a la paciente adecuadamente, resultados algo más elevados que los del Hospital de Corrientes – Argentina donde se señala que pacientes con diagnóstico de alteración del bienestar fetal terminan el embarazo mediante la cesárea en 56.7% (32).

Los diagnósticos de Pelvis Estrecha y Macrosomía Fetal, comprenden a 61 pacientes de nuestro estudio, trece de las cuales fue necesaria una cesárea urgente, ya que fueron pacientes que presentaban dilatación uterina avanzada, que ingresaban por el servicio de emergencia, donde se hicieron los diagnósticos; mientras que pacientes hacia el final de la gestación en las que se dieron diagnósticos adecuados y oportunos en sus diferentes controles con respecto al tipo de pelvis y el ponderado fetal, en ellas, se practicó cesárea electiva.

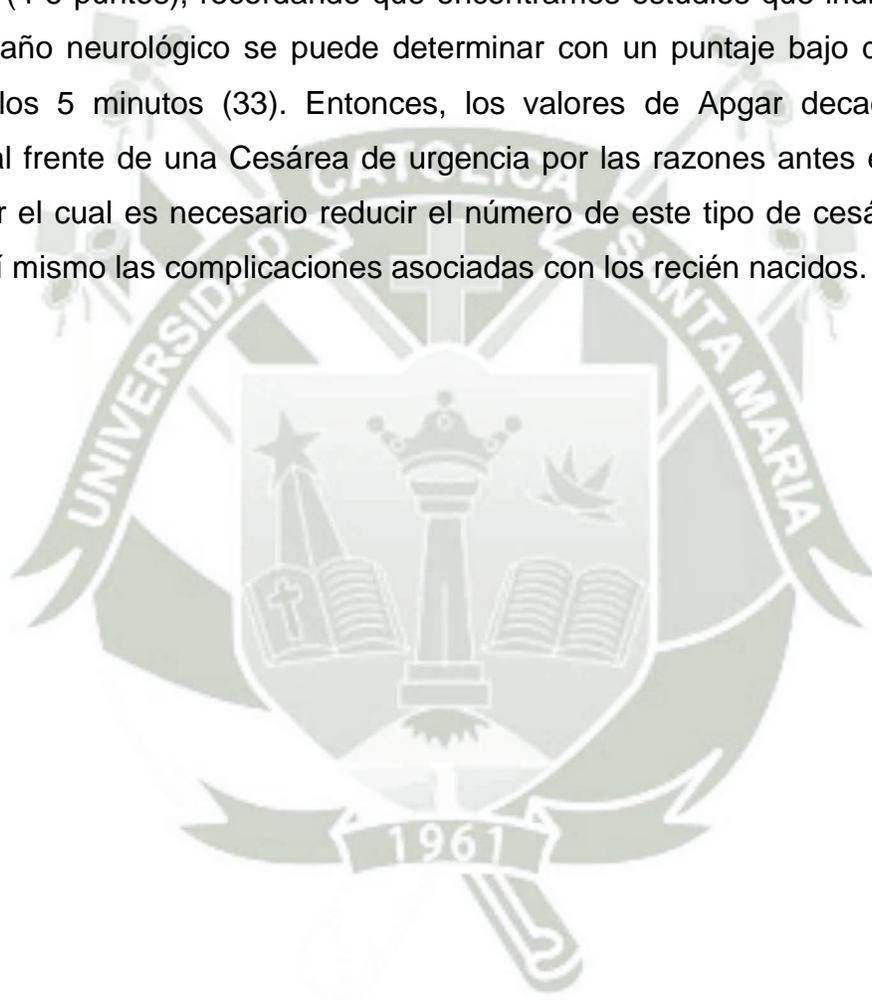
En las pacientes con una o más cesáreas anteriores predominó la realización de cesáreas electivas con 33(75%) pacientes de las 44(100%) totales de esta indicación.

En la **Tabla 10** apreciamos el promedio del peso de los recién nacidos por cesárea. Donde se separan, las pacientes que requirieron cesárea electiva (las cuales fueron 149) de las que terminaron la gestación mediante una Cesárea de urgencia (siendo éstas 158). El peso promedio de los recién nacidos mediante cesárea electiva fue 3296.96g, mientras que el de los recién nacidos por cesárea de urgencia fue 3048.32g, obteniendo una diferencia de ambos grupos de sólo 248.64g. Los valores límites de los ponderados fetales van entre 2480g y 4540g. Podemos decir de estas cantidades que se encuentran dentro de valores normales para el peso de un embarazo a término; se concluye entonces, que no hay diferencia sustancial entre ambos grupos, presentando los mismos un promedio de peso adecuado para el momento de la cesárea, y por ende esta variable no fue determinante al momento de comparar ambos grupos.

En la **Tabla y Gráfico 11** se muestra el Apgar de los recién nacidos, separando los que nacieron por cesárea electiva o urgente. Indicamos entonces los resultados: En los recién nacidos por cesárea electiva, los cuales fueron 149 neonatos, se encuentra un Apgar de 8.65 al minuto y de 9.16 a los 5 minutos. Encontramos estos promedios dentro de valores superiores a 7 que indica que no hubo compromiso intraparto (1'), y que la respuesta neurológica con adaptación al ambiente ha sido adecuada (5'). Éstos resultados de Apgar dentro de valores normales, se entienden, porque pertenecen al grupo de las pacientes que no presentaron complicaciones.

Se muestra también el Apgar de los recién nacidos por Cesárea Urgente (los cuales fueron 158 RN), obteniendo un Apgar de 6.56 puntos al minuto y de 7.96 puntos a los 5 minutos (en promedio). Podemos notar que en este grupo de cesáreas, los recién nacidos obtienen un puntaje de Apgar menor al señalado en

las cesáreas electivas. Dado que al momento de tomar la decisión quirúrgica el feto presentaba sufrimiento fetal en diferentes grados, para la mayoría de las pacientes (por lo cual se indica la cesárea), es lógico encontrar un Apgar menor al de cesáreas programadas. Lo que se puede rescatar de esta información es que el puntaje a los 5 minutos supera la cifra "7" (en ambos casos), puntaje estimado para separar a los recién nacidos que responden adecuadamente a la estimulación (7-10 puntos), de los que no tuvieron una respuesta fisiológica adecuada (4-6 puntos), recordando que encontramos estudios que indican que el nivel de daño neurológico se puede determinar con un puntaje bajo de Apgar a partir de los 5 minutos (33). Entonces, los valores de Apgar decaen cuando estamos al frente de una Cesárea de urgencia por las razones antes explicadas, motivo por el cual es necesario reducir el número de este tipo de cesáreas, para reducir así mismo las complicaciones asociadas con los recién nacidos.



## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS



## CONCLUSIONES

**Primera.** La frecuencia de cesárea en las pacientes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital III Goyeneche fue de 40.44%.

**Segunda.** Las indicaciones de cesárea por orden de frecuencia son: alteración del bienestar fetal (21.17%), distocia de presentación (15.31%), Cesareada Anterior (14.33%), Pelvis Estrecha (11.73%), Macrosomía Fetal (8.14%).

**Tercera.** En cuanto a los factores epidemiológicos estudiados podemos decir que la mayoría de pacientes que terminaron su gestación por vía quirúrgica se encontraban entre los 15 y 25 años (47.88%).

La procedencia Urbana de dichas pacientes se presenta en un 66.12% siendo la mayoría de ellas. El grado de instrucción de 186 (60.6%) pacientes fue de Secundaria completa.

El tipo de cesárea por indicación asistencial resulta ser electiva en 149 pacientes que representa el 48.53%; mientras que la cesárea que requirió de una actuación más rápida, de urgencia, fue en 158 pacientes que corresponde al 51.47%.

El peso promedio de los recién nacidos fue de 3172.64g. El Apgar de los recién nacidos por cesárea de Urgencia fue de 6.56 al primer minuto y de 7.96 a los 5 minutos en promedio, mientras que de los nacidos por cesárea electiva fue de 8.65 al minuto y de 9.16 a los 5 minutos.

## SUGERENCIAS

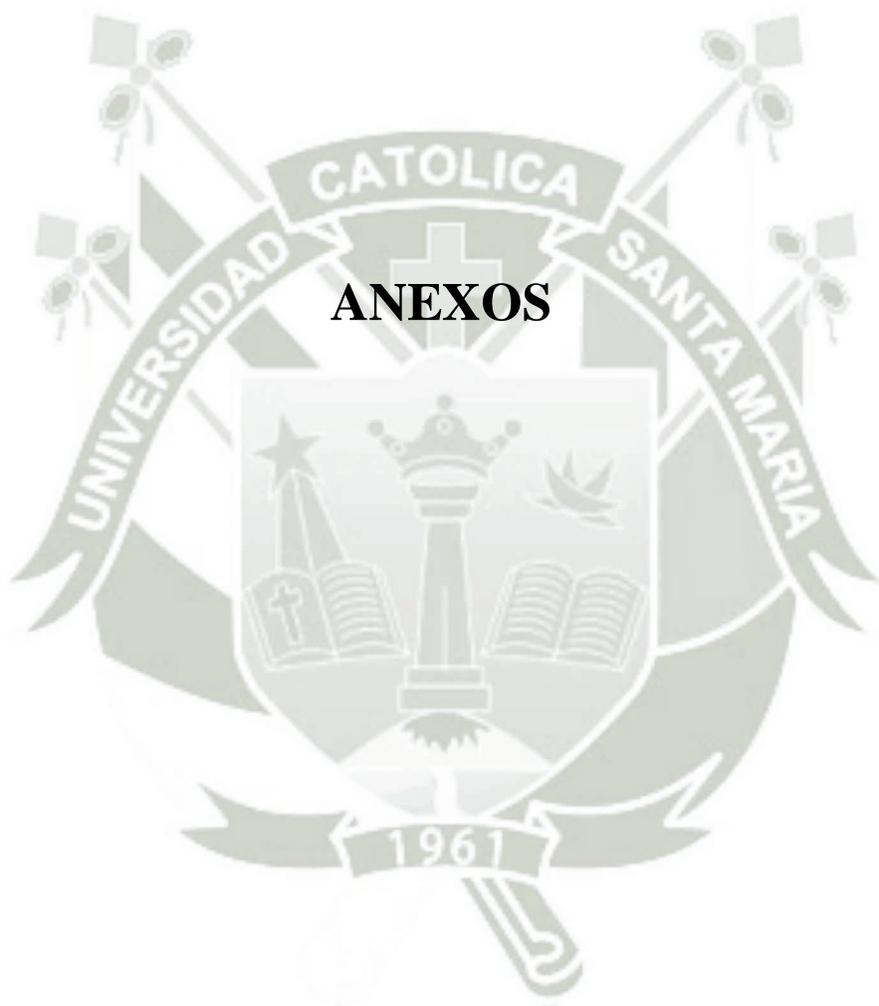
- 1) Aplicar guías de atención de las patologías que representan el mayor porcentaje de cesáreas en esta institución hospitalaria, con una adecuada supervisión y evaluación constante que suponga el mejoramiento de la calidad de atención y de los profesionales de salud.
  
- 2) Discutir estrategias para la disminución de la frecuencia de cesáreas, así racionalizar adecuadamente este procedimiento quirúrgico. Las cuales se sugieren a continuación:
  - a. Ejecución de auditorías médicas para los casos más frecuentes de Cesárea en el Hospital III Goyeneche.
  - b. Ayudarse de una segunda opinión profesional, de la especialidad, en el momento de tomar la decisión asistencial de cesárea.
  
- 3) Mejorar el número de cesáreas electivas con respecto a las de urgencia, ayudado de un correcto control obstétrico, sobre todo con la paciente en trabajo de parto, efectuando el mismo de manera oportuna, sin postergar su realización; ayudando así a evitar complicaciones materno-fetales.

## BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. BESIO R. , MAURICIO. Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. Rev. Med. Chilev.127n.9Santiago set.1999 1-2.
2. CAMPERO CUENCA. Maria de Lourdes, Bernardo Hernandez Prado, Ahidee Leyva López, Fátima Estrada en la Ciudad de México. Salud pública mex, vol.49,nom.2, pags. 118 – 125, año 2007.20-21.
3. CUNNINGHAM, F. GARY. *William´s Obstetrics Twenty – Second Ed., et al, Ch. International Cesarean Awareness Network* 2001. 3-5
4. ECHÁIS, José Fernando. Cesárea. Experiencia en el Hospital General de Oxapampa ginecología y Obstetricia. Sociedad peruana de obstetricia y ginecología issn versión electrónica 1609-7246 ginecol. Obstet. 2004; 50(2): 106-110
5. HIRSCH, LARISSA. Partos por cesárea. *Organización kidshelth*. Junio 2006, 2.
6. JOFRÉ, MANUEL ENRIQUE. Profesor titular 1ra Cátedra clínica obstétrica y Perinatología. 2007. 1-3
7. Lam Figueroa. Nelly SUFRIMIENTO FETAL Y REANIMACIÓN INTRAUTERINA. Ginecología y Obstetricia – Vol. 39 N°17 Diciembre 1994. 8-9
8. MAY MALAGA, LUIS RENATO “Evaluación de Indicaciones de Cesárea en el servicio de Obstetricia del Centro Médico Naval – Lima 2004”. Arequipa – Perú 2005. Publicación 00569. 46-50
9. LIRA BARRIALES MARÍA OLIVIA. Aspectos epidemiológicos de la cesárea en el hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo. Arequipa 2000”. Arequipa Perú 2005. Publicación 0256. 48-51
10. LLUM QUIÑONERO, España. 36000 cesáreas evitables. Revista Holística. 2006.
11. McDONAGH HULL, PAULINE. La Opción de cesáreas electivas. La opción existe, es legítima y está aquí para quedarse. Revista Infonet. 2006.
12. PACHECO, JOSÉ. Preeclampsia y eclampsia de una Presentación. Ginecología y Obstetricia – Vol 47 N°2 Abril 2001. 6-7

13. PACORA PORTELLA, PERCY. MACROSOMÍA FETAL: Definición, Predicción, Riesgos y Prevención. Ginecología y Obstetricia – Vol. 39. N°17 Diciembre 1994. 5-8
14. PALACIOS SOLANO JESÚS, PEÑA AYUDANTE, Incidencia de parto Vaginal y Cesárea en cesareadas anteriores. Hospital Regional Docente de Huacho Año 1995. 22-24
15. PÉREZ ALCÁNTARA, PEDRO MANUEL. Parto vaginal en la cesareada anterior una vez en el Hospital Docente Madre – Niño San Bartolomé durante el 2000 al 2002 UNMSM 2005. *Cibertesis*. 6-8
16. SAJEEV VASUDEVAN. Complicaciones del parto febrero 28, 2006. Revista de medicina y salud. 2-3
17. SCHWASCZ RL. DIVERGES CA, DÍAZ AG, FESCINA RH. Obstetricia 5° ed. (9° reimp.) Bs As.: El Ateneo, 2006: 600-608, 499 – 505.
18. TANGO y col. Las cesáreas opcionales prematuras generan complicaciones. *Health Day News*. 2009.2
19. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza Organización Mundial de la Salud Tecnología apropiada para el parto, publicada en Lancet 1985; 2:436-437
20. FIONA LYALL, MICHAEL A. BELFORT - 2007 - Vista previa - Más ediciones. Reassessment of intravenous MgSO4 therapy in preeclampsia-eclampsia. *Obstet. Gynecol.*, 57. 199-202. Sibai, B. M., McCubbin, J.H., Anderson, G. D., Lipshitz, J. and Dilts, P.V. Jr. (1981h). Eclampsia
21. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf>
22. [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/8/45838/def\\_urbana\\_rural.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/8/45838/def_urbana_rural.pdf)
23. SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA - Dirección General del Bachillerato, Estructura del Sistema Educativo en Perú. Ministerio de Educación, Catálogo Nacional de Títulos y Certificaciones.
24. [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=26959&id\\_seccion=194&id\\_ejemplar=2795&id\\_revista=45](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=26959&id_seccion=194&id_ejemplar=2795&id_revista=45)

25. Muñoz-Enciso JM, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, SerranoDíaz CL. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex. 2011;79:67-74.
26. Tacuri Ceballos C, Matorras Weinig R, Nieto Díaz A, Ortega Gálvez A. Historia de la cesárea. Tokoginecol 1997;56(4):189-93.
27. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol\\_39n15/cesarea\\_peru.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_39n15/cesarea_peru.htm)
28. OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2013.94-117.
29. Gisela Vanina Lepore, Claudia Vanesa Sampor, María Paola Storni. Incidencia y principales indicaciones de cesarea. Hospital “Julio C. Perrando”. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 150 – Octubre 2005. Pág.: 9-12.
30. Pavón León Patricia, Gogeoascoechea Trejo Ma. del Carmen, Ramírez Muro Miguel, Landa Ortiz Victor. Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. Vol 2. Núm. 2 Julio - Diciembre 2002
31. Grant A, Glazener cma cesárea electiva versus abordaje expectante para el parto de un bebé pequeño. 2015 Número 1 ISSN 1745-9990
32. MI Rivero, MC Alegre, MC Feü, MA González, S Navarro. Caracterización del alteración del bienestar fetal en un medio hospitalario. Revista Médica del Nordeste – N° 9 – Diciembre 2007
33. <http://www.revneurolog.com/sec/RSS/noticias.php?idNoticia=2699&pagCategoria=106>
34. Astudillo Jarrín Daniela, Guillén Sarmiento Andrea, Prevalencia de parto por Cesárea e identificación de su etiología en el hospital José Carrasco Arteaga. Periodo 2011. Cuenca, Ecuador 2012.
35. [www.inmp.gob.pe/institucional/listado-de-investigaciones.../1422293922](http://www.inmp.gob.pe/institucional/listado-de-investigaciones.../1422293922)



**Anexo 1****CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA**

- El tamaño de la muestra se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en población finita conocida:

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q}{\frac{(N-1) \cdot E^2}{Z\alpha^2} + p \cdot q}$$

Donde:

N = tamaño del universo

n = tamaño mínimo de la muestra

p = proporción de cesárea

q = 1 – p

Z $\alpha$  = Coeficiente de confiabilidad para precisión del 95% = 1,96

E = error absoluto, considerado para ciencias de la salud en 5%

De donde n = 306,58  $\approx$  307 personas

La obtención de la muestra se hizo mediante muestreo aleatorio simple.

Anexo 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS					
N°	EDAD	PROCEDENCIA	GRADO DE INSTRUCCIÓN	INDICACIÓN DE CESÁREA	INDICACIÓN ASISTENCIAL
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					



# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



**“FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENCHE DE LA CIUDAD DE  
AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”**

**Autor:**

**ALBERTO LUIS BÉJAR MIRANDA**

Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de Médico  
Cirujano

**Arequipa - Perú**

**2015**

## I. PREÁMBULO

La opinión pública y también la opinión médica han sido, desde hace ya bastante tiempo, alertada por el aumento progresivo del número de partos que se resuelven por vía de una operación cesárea. Esta intervención, reservada en los tiempos del Imperio Romano sólo como un intento heroico de salvar la vida de un feto en los casos de muerte materna (debido a la segura muerte de la madre al ser practicada con ella en vida), se convirtió posteriormente, gracias al avance del conocimiento médico, en una herramienta utilísima para asegurar la sobrevivencia del feto y también de la madre en diversas condiciones de riesgo obstétrico. (1)

No existe ninguna duda que el avance del conocimiento médico permitió que, al disminuir el riesgo materno de esa operación, pudiera disminuir progresivamente la mortalidad perinatal. La operación cesárea en efecto, ha contribuido notablemente en mejorar la sobrevivencia de muchos recién nacidos, como también de que nazcan en mejores condiciones. Sin embargo, parece existir consenso que, en el último tiempo, el aumento de las cesáreas no ha guardado proporción con la disminución de la mortalidad y morbilidad perinatal. (2)

Para darse cuenta de lo elevado del porcentaje basta con reparar en que, según la Organización Mundial de la Salud, está del todo injustificado que más de un 15% de los embarazos acabe en cesárea. La situación es tal que muchos profesionales están dando la voz de alerta en todo el mundo ante lo que algunos ya han calificado como epidemia. (3)

Parece, pues, razonable cuestionarse qué está ocurriendo. Las cesáreas se realizan invocando siempre un supuesto beneficio para la madre o para el bebé. Tal y como podríamos pensar, no existe una simple respuesta que abarque todos los temas relacionados con esta cuestión ya que cada mujer es diferente, pero fundamentalmente, todo se reducirá a los pensamientos y criterios personales relacionados con los riesgos y con los beneficios involucrados en cada tipo de parto.

Desafortunadamente, estos criterios están muy lejos de ser sencillos y acertados, en la mayor parte de los casos debido a que la información disponible es limitada.

(1,3)



## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1.- Enunciado del problema:

¿Cuál es la frecuencia y las indicaciones principales de cesárea en las pacientes atendidas en el Hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa, en el período de enero a diciembre del 2014?

#### 1.2.- Descripción del problema

##### 1.2.1.- Área del conocimiento:

**Área General:** Ciencias de la Salud.

**Área Específica:** Medicina Humana.

**Especialidad:** Ginecología y Obstetricia.

**Línea o Tópico:** Parto Abdominal.

##### 1.2.2.- Operacionalización de variables e indicadores:

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	TIPO
I. Número de partos (eutócicos y distócicos)	Según registro del sistema informático perinatal	Número total de partos	Numérica
II. Número de partos eutócicos	Según registro del sistema informático perinatal	Número de partos eutócicos	Numérica
III. Número de partos distócicos (cesáreas)	Según registro del sistema informático perinatal	Número de cesáreas	Numérica

<p>IV. Principales indicaciones de cesárea en pacientes del hospital III Goyeneche 2014</p>	<p>Según ficha de historia clínica</p>	<p>1) Pelvis Estrecha 2) Macrosomía fetal 3) Cesareada anterior 4) Distocia de presentación 5) Preeclampsia 6) Alteración del bienestar fetal 7) Dilatación estacionaria 8) Otras: Hemorragias de la segunda mitad del embarazo (Placenta Previa, Desprendimiento Prematuro de Placenta), Óbito fetal, Embarazo gemelar, Miomatosis Uterina, Distocia funicular (doble circular), VIH materno.</p>	<p>Categórica Nominal</p>
<p>V. Grupo etario</p>	<p>Número de años cumplidos de acuerdo a fecha de nacimiento</p>	<p>1) &lt; 15 años 2) 15 – 25 años 3) 26 – 35 años 4) &gt; 35 años</p>	<p>Numérica Intervalo</p>
<p>VI. Procedencia</p>	<p>Según registro de Historia Clínica</p>	<p>1) Rural 2) Urbano</p>	<p>Categórica Nominal</p>
<p>VII. Grado de instrucción</p>	<p>Según entrevista (Historia Clínica)</p>	<p>1) Analfabeta 2) Primaria incompleta 3) Primaria completa 4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa 6) Técnico/Superior</p>	<p>Categórica Nominal</p>
<p>VIII. Intervención asistencial</p>	<p>Según indicación médica asistencial</p>	<p>1) Cesárea electiva 2) Cesárea urgencia</p>	<p>Categórica Nominal</p>
<p>IX. Evaluación de la cesárea</p>	<p>Según registro de Historia Clínica</p>	<p>1) Peso del RN 2) Apgar del RN</p>	<p>Numérica</p>

### 1.2.3.- Interrogantes básicas:

- ¿Cuál es la frecuencia de cesáreas en pacientes atendidas en el hospital III Goyeneche, en el periodo de enero a diciembre del 2014?
- ¿Cuáles son las indicaciones principales de cesárea en pacientes atendidas en el hospital III Goyeneche, en el periodo de enero a diciembre del 2014?
- ¿Cuáles son las características epidemiológicas generales de las pacientes cesareadas, atendidas en el Hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa, en el periodo de enero a diciembre del 2014?

### 1.2.4.- Tipo de investigación:

Estudio descriptivo, retrospectivo.

## 1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Investigar la “FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, EN EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014.”, se justifica por:

### **Originalidad**

No existe evidencia de un trabajo similar en un grupo de pacientes de esta institución en el ámbito local, hasta el momento de iniciado el proyecto.

### **Relevancia Científica y Académica**

Tiene relevancia científica y académica, ya que en la mayoría de puestos de salud y centros de salud son atendidos la mayor parte de partos eutócicos, y las complicaciones de ellos o de un embarazo complicado son derivados a instituciones de Salud con mayor nivel de complejidad como en

nuestro caso el Hospital III Goyeneche, por lo que no se conoce realmente el porcentaje indicado de cesáreas en una institución de referencia como la ya mencionada. Además que sus resultados servirán de referencia para futuras investigaciones, asimismo se generará información valiosa sobre la frecuencia y principales indicaciones de cesárea, lo que nos permitirá tomar decisiones de prevención primaria en este grupo de riesgo.

### **Factibilidad**

Es de interés de las autoridades y dirección del Hospital III Goyeneche, preservar y velar por la integridad y salud de las pacientes obstétricas, por lo tanto, la investigación se realizaría con apoyo de los diversos implicados en el Hospital, lo que la hace factible.

### **Relevancia Social-Económica**

La importancia de la identificación las principales indicaciones de cesárea en el Hospital III Goyeneche radica en prevenir todas aquellas complicaciones implicadas con dichas indicaciones que se pueden presentar con más frecuencia.

### **Contemporáneo**

Por la permanente búsqueda de calidad en los servicios de salud, donde se debe insistir en la capacitación sus profesionales para mejorar la calidad de atención.

Finalmente cumple mi **interés personal** de realizar una investigación en el área de Gineco – obstetricia, así generar una contribución académica, la cual mejore el cuidado sobre las indicaciones más frecuentes de cesárea, y cumple con la **política de la Universidad** para la obtención del título profesional.

## 2.- MARCO CONCEPTUAL

La operación cesárea, incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el feto, se ha ido incrementando en las últimas décadas, buscando un mejor control de las complicaciones maternas y la reducción de los riesgos anestésico, infeccioso y quirúrgico, inherentes al procedimiento, contribuyendo esto a la amplia difusión de dicho procedimiento como una herramienta que asegura la sobrevivencia de ambos (madre y feto) en las diversas condiciones de riesgo(3,4). Sin embargo su frecuencia se ha incrementado a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. (6, 7)

### 2.1 Gestación:

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo. (10)

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del óvulo en la mujer. (9)

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso de adhesión del blastocito a la pared del útero. Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma (8). El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación,

comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. En la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación. (9)

## 2.2 Parto:

Se denomina parto al proceso fisiológico que pone fin al embarazo, determinando que el feto y sus anexos abandonen el útero y salgan al exterior. (11,12)

En el parto intervienen tres elementos o factores que son:

- Las fuerzas del parto, que están constituidas por las contracciones uterinas las cuales están reforzadas por la presión abdominal.
- El objeto del parto, que son el feto y los anexos fetales.
- El conducto del parto, constituido por el camino que el feto debe recorrer desde el interior del útero hasta su salida de la madre. (13)

La mayoría de las veces el embarazo y el parto se producen por vía vaginal, espontánea y sencilla. Sin embargo, pueden ocurrir complicaciones durante el parto, muchas de las cuales provocan serios problemas para la madre y el niño. La tocología es la parte de la obstetricia que se ocupa del parto y sus complicaciones. La tococirugía es la tocología operatoria: incluye el ejercicio de todas las técnicas, manuales o instrumentales, que se utilizan o que se han utilizado para solucionar las distocias que no se resuelven espontáneamente. (11,16)

### 2.2.1 Operaciones obstétricas:

- Maniobras manuales:
  - o Versión externa.
  - o Versión interna.
- Maniobras instrumentales:
  - o Fórceps.
  - o Vacuoextracción (ventosa obstétrica)

- o Embriotomías.
- Maniobras amplificadoras del canal del parto:
  - o Incisiones en partes blandas.
  - o Pelvitolomías.
- CESÁREA.
- Histerectomía obstétrica.
- Extracción manual de la placenta.

Muchas de ellas se han abandonado en la práctica actual y sólo merece la pena comentarlas por el uso e importancia que tuvieron en el pasado. (11)

### 2.3 CESAREA:

La Cesárea se define como la terminación quirúrgica de la gestación por medio de incisiones en la pared abdominal y en la cara anterior del útero, a través de las cuales es extraído el feto. Existe como hemos dicho antes, una tendencia que lleva al empleo creciente de esta operación por ser considerada como una operación segura. A pesar de que 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 de que el tiempo de recuperación de la madre y la reincorporación a su entorno familiar y social son mucho más rápidos en aquellas que tienen un parto vaginal. (4, 5,8)

Sin embargo este procedimiento ayuda a las mujeres con partos de alto riesgo a evitar complicaciones en el quirófano y pueden salvar la vida de la madre y del producto en situaciones de emergencia. (5)

#### 2.3.1 Historia de la cesárea:

Si intentáramos hacer una clasificación de la historia de la cesárea nos gustaría referirnos a la que hizo Cifuentes en la que señala que ésta puede dividirse en una parte mitológica y otra científica.

En la mitología griega hay referencias a nacimientos de dioses o semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a Hermes que sacó a

Dionisio por mandato de Zeus del vientre de Semele, y Apolo, que abre el abdomen de Corinis, muerta por Artemis, y saca a Esculapio.

Una palabra de origen latino, caedere o scaedere, que significa cortar, podría ser una de las 4 razones del origen de la denominación. Las otras 3 son: la ley regia de Numa Pompilius (siglo viii AC) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina (ley de los césares); 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 (26). Cuando se revisa el tema, vemos que diferentes autores se refieren a distintos momentos en los que según ellos esto ocurrió, pero en nuestra revisión, la más lejana encontrada fue esa. En Roma se les llamó Caesones a los nacidos por dicha vía, lo que significa que se hacía con alguna frecuencia.

La historia científica y registrable en su mayoría comienza en lo que algunos autores consideran el segundo período de la historia de la cesárea y que cae después de 1500. La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por Nufer en 1500 (26). Empleó una navaja de rasurar y el niño nació vivo. La madre tuvo 5 hijos más, lo que pudiera señalarse como uno de los primeros partos vaginales después de una cesárea, aspecto que en la actualidad cobra vigencia y defensores. En 1582, Rousset publica un libro en el que por primera vez se apoya el uso de la operación en mujeres vivas. Paré (1510-1590) tuvo una opinión opuesta a Rousset y no aceptaba la utilización de la operación en mujeres vivas. Él observó dos operaciones en las que las madres murieron y un caso exitoso. (26)

Durante esta época no había anestesia; la incisión solía hacerse en el abdomen por fuera de los músculos rectos, en el sitio hacia el que se rotara el útero, con el fin de proteger la vejiga. El niño se extraía por el costado de la madre (26). Solía hacerse una incisión longitudinal en el útero y se dejaba abierto. Rousset aconsejaba en ese momento colocar una infusión de hierbas y una cánula para el drenaje de los loquios hacia la vagina, dado que la causa de la muerte era la infección. Se creía que el escape de los loquios hacia la cavidad abdominal era el factor causante de la sepsis. Si bien no se cerraba el útero, la incisión abdominal se aproximaba con unos cuantos puntos burdos y un empasto pegajoso (26).

En 1742, Ould en el "Tratise of Midwifery", señaló que la cesárea era repugnante, no sólo para todas las reglas de teorías y prácticas, sino también para la humanidad. Otros científicos eran más flexibles como Burton y William Smellie, quienes apoyaban el procedimiento en algunos casos y con recomendaciones.

En 1768 introdujo Segauten la sinfisiotomía y, en 1769, Lebas, un cirujano francés, fue el primero en cerrar la histerotomía, por lo que fue muy criticado.

En Inglaterra en 1799, Barlow fue el primer médico en hacer la operación con supervivencia materna. No hubo otro caso favorable en ese país hasta 1834.

Desde finales del siglo XVII la cesárea registra progresos en su técnica operatoria; unos preconizan la incisión transversal, como Lauerjat, otros la longitudinal, como Levret.

Como métodos alternativos se usaban la craneotomía y los fórceps altos, pero Williams, en 1779 concluyó que el fórceps alto era más mortal que la cesárea.

Hay un tercer período en la historia de la cesárea donde ya se toma conciencia de las causas de muerte en esta operación y de las técnicas que se deben realizar, donde se señala que es a partir de 1876 en que se hace énfasis en la infección como primera causa de muerte, aspecto señalado por Cavallini desde 1868. Con la sutura uterina que practica Wiel desde 1835, entra esta operación en una nueva era de progreso.

Autores como Porro, Müller, Taylor y otros, hacen innovaciones en ese sentido. Bichot en 1870 introduce la histerectomía total. Sanger, ayudante de Kredé en Leipzig, en 1882 incorpora la sutura de la pared uterina a puntos separados en 2 planos paralelos. En 1912, Kröing en Alemania, postula la incisión vertical uterina, pero ya advierte sobre la ventaja de practicarla en el segmento inferior, hasta que en 1926 Kehr crea su clásica incisión segmentaria transversal que se practica en nuestros días.

La preparación preoperatoria fue otro paso de avance en este proceder, aspecto modificado de diversas formas en la actualidad.

### **2.3.2 La cesárea en el Perú**

La primera cesárea en el Perú fue realizada en la Maternidad de Lima por el Dr. Camilo Segura el año 1861, en una paciente fallecida durante el parto.

El 31 de Mayo de 1931 en la Maternidad de Lima el Dr. Alberto Barton practicó una cesárea obteniendo un recién nacido vivo. La madre falleció a las pocas horas. (7)

En 1926 el Dr. Ricardo Palma realizó la primera cesárea en Chiclayo. Entre los años 1927 y 1936 el Dr. Manuel Jesús Castañeda efectuó la primera

cesárea en Arequipa y en 1931 el Dr. Callo Zeballos hizo lo mismo en el Cuzco. (7)

La primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en el Hospital Maternidad de Lima por el Dr. Víctor Bazul Fonseca en 1937. Ese mismo año es practicada en el Hospital de Bellavista Callao por el Dr. Froilán Villamón. (7)

En 1939 ocurrió un hecho importante, cuando en la Maternidad de Lima se efectuó cesárea a Lina Medina, una niña de 5 y medio años de edad, obteniéndose un recién nacido vivo de 2700 gramos.(7)

### **2.3.3 Epidemiología**

En el mundo, la incidencia de cesáreas dependiendo de los países puede oscilar entre el 15% y el 40%, en Estados Unidos se reporta incremento notable en la tasa de cesárea desde 5.5% en 1965 a 27% en 1997, en Latinoamérica, Brasil ostenta la tasa más alta de cesáreas con 52% y Haití con menos de 15 % posee la tasa más baja. (8)

Según la OMS la tasa de cesáreas debería encontrarse idealmente entre 10 – 15%, sin embargo esta tasa en el mundo generalmente no desciende de 20%. (8)

En el Perú, la tasa de cesáreas varía de acuerdo al establecimiento de Salud, existiendo hospitales de nivel IV con tasas de cesárea de 54%. Las cifras oficiales del MINSA, que sólo incluyen los partos atendidos en hospitales públicos, indican que en Lima Metropolitana la tasa de cesáreas es del 26.7%; en el resto de la costa 17.4; en la sierra 5% y en la selva 6.8%. Esto obviamente nos deja ver, además de una insuficiente cobertura médica de los partos en las zonas más pobres del país, que el índice de cesáreas en Lima Metropolitana, superando con mucho las cifras consideradas apropiadas por la OMS, aún sin tomar en cuenta las practicadas en clínicas privadas, de las cuales el MINSA no dispone de datos. (8,13)

La frecuencia de cesáreas en Hospitales de Arequipa, como el Hospital Regional Honorio Delgado en 1986 fue de 12.55%, en tanto que en el Hospital Goyeneche la tasa de cesáreas corresponde al 7.70% en el año 1986 (27). Se cuenta con un estudio más reciente en el Hospital Goyeneche del 2002, la cual informa una frecuencia de cesáreas del 25.28% (27).

#### **2.3.4 Indicaciones:**

Las indicaciones para una cesárea pueden ser absolutas o relativas, dentro de las absolutas podemos mencionar a la desproporción feto - pélvica, placenta previa oclusiva, inminencia de rotura uterina, etc. Las indicaciones relativas son aquellas en la que se elige la cesárea como mejor opción ante otra posibilidad, por ejemplo, la cesárea anterior por riesgo de rotura uterina. Las indicaciones pueden clasificarse además como:

Maternas: Patologías locales (distocia ósea, distocia dinámica, distocia de partes blandas, tumores previos, herpes genital), patologías sistémicas (preclampsia, hipertensión crónica grave, nefropatía o tuberculosis grave, infección por VIH), fracaso de la inducción. (4)

Fetales: Distocia de presentación (pelviana, frente, cara), macrosomía fetal, vitalidad fetal comprometida (alteración del bienestar fetal, retardo del crecimiento intrauterino, enfermedad hemolítica fetal).

Ovulares: placenta previa, prolapso de cordón, desprendimiento normoplacentario.

Maternofetales: Desproporción fetopélvica, parto detenido. (4)

A continuación, algunas indicaciones de cesárea:

##### **2.3.4.1 DISTOCIAS ÓSEAS:**

Se deben a malformaciones estructurales de la pelvis, debido a alteraciones de los diámetros de los estrechos superior y/o estrecho inferior y/o de la excavación. Son anomalías en el tamaño o características del canal del parto que presentan una dificultad para el descenso del feto. (17)

a.- Estenosis del estrecho superior

Cuando el diámetro anteroposterior es de 10 centímetros o menos y el diámetro transversal es menor a 12 centímetros.

La causa principal es el raquitismo de la infancia. También puede ser congénito.

b.- Estenosis de la excavación o estrecho medio.

Cuando el diámetro interespinoso desciende por debajo de 9,5 centímetros o cuando la suma de los diámetros bi-isquiáticos y sagitales posteriores, normalmente de 15.5 centímetros, se encuentra por debajo de los 13,5 centímetros. La principal causa es el raquitismo.

c.- Estenosis del estrecho inferior

Cuando disminuye el diámetro intertuberoso a 8 centímetros o menos.

Desde el punto de vista anatómico las pelvis estrechas se pueden calificar en simétricas y asimétricas. (4,17)

**a.- Simétricas**

En estas pelvis la modificación de una hemipelvis va acompañada de la modificación de la otra simultáneamente.

Pelvis plana simple, de etiología raquítica. También llamada anillada (solo afectado el estrecho superior).

Pelvis generalmente estrechada, en mujeres de muy baja estatura.

También llamada pelvis androide (afectados los tres estrechos)

Pelvis transversalmente estrechada, o pelvis infundibuliforme congénita.

También llamada antroipoide.

Pelvis plana y generalmente estrechada, propia de las enanas acondroplásicas. También llamada pelvis canaliculada. (17)

Las deformaciones pelvianas simétricas se deben generalmente a raquitismo, aunque también pueden ser congénitas (Deventer), por luxación bilateral de cadera, tuberculosis, etc. (4)

#### **b.- Asimétricas**

También llamadas pelvis oblicuas, porque tienen una diferencia superior a 1 centímetro entre un diámetro oblicuo y el otro, lo que hace que tengan un oblicuo largo y uno corto.

Etiológicamente se deben a escoliosis, defectos en piernas, como pierna más corta que la otra, poliomielitis y defectos congénitos, como ausencia o atrofia de alerón de un sacro (Pelvis estrecha oblicua de Naegele).

#### **2.3.4.2 DISTOCIAS DE PARTES BLANDAS:**

Se dividen en dos grupos, a) Las distocias funcionales, motivadas por anomalías contráctiles del útero, y b) distocias por alteraciones anatómicas. Debidas a malformaciones uterinas, a tumores que obstaculizan la salida del feto o a alteraciones de la fisiología del cérvix. (4,16)

Tumores miomatosos en tercio inferior del útero o previos rotura uterina, sinequias y estenosis cicatrizales cervicales, conglutinación del orificio externo atresia vulvar, atresia vaginal, grandes hematomas y edemas vulvovaginales, malformaciones uterinas, etcétera.

#### **2.3.4.3 PREECLAMPSIA:**

La preeclampsia es un síndrome específico y sistémico del embarazo que afecta a la placenta, riñón, hígado y cerebro. Puede desarrollarse gradualmente o aparecer repentinamente, y puede variar entre leve y severa. En su forma más seria, la preeclampsia puede convertirse en eclampsia, que puede devenir en la muerte.(20)

Seguimos sin conocer la etiología de la preeclampsia-eclampsia. Incluso la denominación de hipertensión inducida por el embarazo - utilizada en la última década- no se ajusta a las modificaciones fisiopatológicas que

ocurren en la enfermedad. Así, hoy conocemos que la hipertensión es un signo importante, consecuencia de la enfermedad y no la causa, y que aparece posiblemente para compensar la disminución del flujo sanguíneo que llega al feto. En algunas mujeres, la compensación se resquebraja y ocurre un trastorno plurisistémico inducido por factores dependientes de la presencia de la placenta, cuyo blanco es el endotelio vascular, que resulta en hipertensión inducida por el embarazo y preeclampsia (20)

Por ello, las complicaciones son en el sistema vascular (hipertensión, coagulación intravascular diseminada-CID-, hemorragia y falla orgánica) y mala perfusión (RCIU, hipoxia fetal).

De tal modo, sólo se prefiere tratar la hipertensión cuando la presión diastólica se eleve en el ámbito de riesgo de complicaciones cerebrales vasculares (PAD > 105-110 mmHg), debiéndose terminar además el embarazo lo antes posible.

Las mujeres con hipertensión preexistente (crónica) o temprana tienen mayor riesgo de desarrollar preeclampsia, y el pronóstico para la madre y el feto es peor que en los casos en los que la hipertensión se desarrolla por primera vez durante el embarazo.

Aquellas con proteinuria precoz en la gestación tienen mayor riesgo de pérdida fetal y otras complicaciones, independientemente de la preeclampsia. (20)

#### **2.3.4.4 MACROSOMIA FETAL**

Tradicionalmente la macrosomía fetal ha sido definida en base a un peso arbitrario. Sin embargo, la macrosomía fetal actualmente debe ser definida como el feto grande para la edad de gestación (> percentil 90) en base al incrementado riesgo perinatal que presenta. (4)

Los factores predictivos de un feto grande para la edad gestacional en orden de especificidad son: ganancia ponderal excesiva, feto de sexo varón, grosor placentario > 4 cm, edad mayor de 30 años, obesidad, antecedente de feto grande, glicemia en ayunas > 79 mg/dl, glucosa

postprandial a las 2 horas > 110 mg/dl, talla > 160 cm , diabetes familiar y anemia .(4)

A pesar del adelanto tecnológico, el trauma obstétrico sigue siendo un problema en los países industrializados debido a la dificultad de identificar la macrosomía fetal antes del parto. El feto de volumen excesivo en la pelvis normal, puede ocasionar una distocia similar a la del feto normal en una pelvis estrecha. Esto ocasiona mayor riesgo de asfixia neonatal, aspiración de meconio fetal en el parto y la necesidad del ingreso de estos niños a la unidad de cuidados intensivos neonatales. La perimortalidad de estos niños es tres veces mayor que la de los neonatos de tamaño normal en los hospitales de Lima (4,14).

#### **2.3.4.5 ALTERACIÓN DEL BIENESTAR FETAL**

El Alteración del bienestar fetal (SFA) es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal. (17)

Dentro de las causas que pueden provocar Alteración del bienestar fetal, tenemos aquellas que determinan una disminución del aporte de sangre al útero en cantidad y calidad, como es el caso de aquellas pacientes con preeclampsia, pacientes diabéticas o hipertensas, como así también mujeres con anemia o problemas pulmonares que provocan falta de oxígeno en la sangre. Otra causa que puede determinar una reducción del flujo de sangre materna a la placenta es cuando la paciente se coloca en decúbito dorsal, por las modificaciones de posición y forma que sufre el útero que durante la contracción pueden provocar la compresión de la aorta y/o las arterias ilíacas contra la columna vertebral (Efecto Poseiro).

Existen también causas que determinan una alteración en la circulación de sangre en el útero como ser las contracciones excesivas durante el trabajo de parto o en partos prolongados. (17)

Existen determinadas circunstancias patológicas que determinan un aumento del espesor de la placenta como ser la preeclampsia, incompatibilidad Rh, la diabetes materna, etc., como así también existen patologías que disminuyen la extensión de la superficie de intercambio, entre las cuales se encuentran el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, la placenta previa y los infartos placentarios.

Por lo tanto, todas estas patologías pueden actuar como predisponentes o desencadenantes del sufrimiento fetal. Por último, las alteraciones de la circulación del feto producen disminución del riego sanguíneo, y son: circulares del cordón al cuello del feto, nudos verdaderos del cordón umbilical, anemia fetal y hemorragias placentarias (18).

Es un grave problema que se presenta en aproximadamente el 15% de las gestantes en trabajo de parto, produciendo una mortalidad perinatal elevada o lesiones neurológicas irreversibles si no se actúa a tiempo. Es por ello que las gestantes deben ser vigiladas cercanamente para buscar signos de posible deterioro del producto. (17)

#### **2.3.4.6 PLACENTA PREVIA**

Es un proceso caracterizado, anatómicamente, por la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero y, clínicamente, por hemorragias de intensidad variable. (4)

Ocurre en una de cada 200 embarazadas y es la causa más frecuente de sangrado en el último trimestre. Su etiología (su causa) es desconocida, aunque existen factores que aumentan el riesgo. Estos factores son: Multiparidad, edad (más cuanto mayor sea la embarazada), antecedentes personales de abortos, antecedente de cesárea, embarazo múltiple, tabaco. (9).

Según su localización, pueden agruparse en oclusivas (totales o parciales) y en no oclusivas (marginales o laterales). (9)

El síntoma principal de la placenta previa es la hemorragia, líquida, roja rutilante, indolora, que inicia frecuentemente durante el sueño, además es

intermitente. El mecanismo de producción es en la formación del segmento inferior, produciéndose un desprendimiento con numerosas roturas vasculares interuteroplacentarias. (4)

La evolución de las embarazadas que sufren placenta previa son los frecuentes sangrados durante la expulsión del bebé, las cuales a veces necesitarán transfundir, y un 15% de muerte fetal. También el riesgo de prematuros y alteración del bienestar fetal está aumentado en estos casos. (15)

### **2.3.5 Complicaciones:**

#### **2.3.5.1 Maternas:**

- Intraoperatorias o campo restringido (abordaje Inadecuado), accidente anestésico, desgarros y hemorragias, dificultad para extraer el feto, hemorragias intraoperatorias postalumbramiento, laceración de víscera hueca (vejiga).(4,17)
- Postoperatorias
  - Inmediatas: hemorragia
  - Tardía: tromboembolia, embolia líquido amniótico, infección, dehiscencia, evisceración, íleo paralítico, bridas, eventración (17)

#### **2.3.5.2 Fetales**

Depresión fetal por fármacos, dificultad respiratoria, infecciones e hipoglucemia. (18,19)

### **2.3.6 La cesárea como problema**

Parece evidente que la cesárea es una alternativa al parto vaginal, la discusión está en si es la mejor opción o no, o cuándo lo es. Parece entonces necesario presentar cuáles son las razones por las que sería preferible que los partos fuesen vaginales. Habría tres tipos de razones:

- a) Naturales: Aquí se invoca que el embarazo y parto son procesos naturales, que se desarrollan por sí mismos y no necesitan la intervención de terceros. La cesárea es una operación, una intervención médica sobre un proceso que en la naturaleza se resuelve y regula sin artificios.
- b) Económicas: El aumento de la seguridad de la cesárea no es gratis, se ha invertido en investigación y tecnología, luego resolver un parto por esta ruta es más caro, alguien debe pagar por ello. Por lo tanto, desde esta perspectiva se debe elegir lo óptimo en términos de costos, siendo el parto vaginal la opción adecuada.
- c) Médicas: La cesárea es un tratamiento, tiene indicaciones precisas, su único objeto es asegurar la salud de la madre o su hijo. Sólo se debe indicar cuando un parto vaginal sea riesgoso para ellos. El parto vaginal debe, entonces, intentarse siempre, y solamente por razones de salud se debe optar por otra vía. (2)

### **2.3.7 TIPOS DE CESÁREA**

#### **2.3.7.1 CESÁREA ELECTIVA**

Se considera cesárea electiva a la intervención programada, generalmente decidida desde la consulta externa, con hospitalización previa a la cirugía, sin que exista actividad uterina, sin ruptura de membranas, sin sufrimiento fetal o complicaciones maternas. (24)

#### **2.3.7.2 CESÁREA DE URGENCIA**

La cesárea urgente es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o el feto con riesgo vital o del pronóstico neurológico fetal (25).

### **2.4 GRUPOS ETARIOS (OMS)**

#### **2.4.1 ADOLESCENCIA**

Según la OMS es toda persona cuya edad este comprendida entre los 10 años y los 20 años de vida donde sistemáticamente existen cambios fisiológicos, bio-psicosociales y culturales. Se ha definido como el período de maduración psicobiológica, donde termina el brote

secundario del crecimiento físico. Se adquiere la madurez de la capacidad sexual para reproducirse, implica muchos cambios para el adolescente, que incluye aumento de peso y estructura, hay un aumento rápido de la capacidad vital pulmonar, la cual es mayor en los varones. El concepto de adolescencia engloba otros conceptos con gran significación en el desarrollo, como son:

- Pubertad: Período de la vida en que se desarrollan los caracteres sexuales somáticos, dando comienzo a la actividad cíclica de la mujer, llevando aparejada una crisis endocrina pluri glandular, se duplica el peso, ocurriendo dos años antes en las hembras.
- Menarquia: Aparición de la primera regla, es un suceso de la pubertad.
- Nubilidad: Cuando la muchacha se hace fértil, es el despertar de la maternidad, acepta el cambio de su psiquis, logra independencia de los adultos, se relaciona con sus compañeros, define su papel social, hay razonamiento lógico.

#### **2.4.2 ADULTEZ**

Es la llamada segunda edad de la vida del ser humano, incluye el final de la adolescencia por lo que no pueden verse aisladas una de otra, es el periodo comprendido entre los 20 y los 59 años de edad.

El hombre alcanza la etapa plena de desarrollo humano, se enfrenta a la sociedad con un nivel de responsabilidad en la formación de las nuevas generaciones

Clasificación por edades:

Adulto joven: de 18 años a 35 años

Adulto maduro: de 35 años a 59 años

A esa edad el adulto joven alcanza la madurez física y sus sistemas corporales funcionan a óptimo nivel adquieren una filosofía de la vida acorde con los cambios sexuales las transformaciones físicas y el

momento social en el cual se desarrollan. La percepción sensorial e intelectual y el vigor muscular están al máximo

En el adulto maduro será el crecimiento y a partir de los 45 años hay una disminución progresiva de la talla debido a los cambios degenerativos. Desarrolla un nuevo tipo de relación interpersonal. Desecha a voluntad lo que considera bueno o no. Contribuye a la transformación del medio. (21)

## 2.5 TIPOS DE POBLACIONES

**Población urbana:** Aquella que vive en aglomeraciones cuyas viviendas, en número mínimo de 100, se hallen ocupadas contiguamente. Por excepción, se considera como población urbana a aquella que habita en todas las capitales de distrito. Las aglomeraciones pueden contener uno o más centros poblados con viviendas contiguas. (22)

**Población rural:** Aquella que habita en la parte del territorio del distrito que se extiende desde los linderos de los centros poblados en área urbana, hasta los límites del mismo distrito. (22)

## 2.6 GRADOS DE INSTRUCCIÓN

Está a cargo de la Dirección General de Educación Básico Regular (DIGEBR). La Educación Básica Regular (EBR) es la modalidad que abarca los niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria (Artículo 36 de la Ley 28044). Está dirigida a los niños y adolescentes que pasan oportunamente por el proceso educativo. Se ofrece en la forma escolarizada y no escolarizada a fin de responder a la diversidad familiar, social, cultural, lingüística y ecológica del país. Los servicios educativos se brindan por niveles educativos:

**a) Educación inicial:** Se ofrece en cunas (para niños menores de 3 años), jardines para niños (de 3 a 5 años) y a través de programas no escolarizados, destinados a niños de bajos recursos en las áreas rurales

y urbano-marginales. Según la Constitución de 1993, es obligatorio un año de educación inicial, para la población de 5 años de edad. (23)

**b) Educación primaria:** El segundo nivel dura seis años y atiende a los menores de entre los 6 a 11 años de edad. Para ser promovido se necesita un promedio de 11 (sistema vigesimal de evaluación) y aprobar por lo menos lenguaje o matemáticas. (23)

**c) Educación secundaria:** El tercer y último nivel dura cinco años. Atiende a jóvenes de entre 11 (o 12) a 16 (o 17) años de edad. Se organiza en dos ciclos: el primero, general para todos los alumnos, dura dos años el cual resulta obligatorio y que junto a la educación primaria constituyen el bloque de la educación obligatoria; el segundo, de tres años, es diversificado, con opciones científico-humanista y técnicas. Según la Constitución de 1993, también la enseñanza secundaria es obligatoria. (23)

**d) Educación profesional técnica**

**Grado Superior:** El grado superior es post-secundario y se oferta en los Institutos de Educación Superior Tecnológico (I.E.S.T.) con una duración mínima de 3060 horas. Se otorga el Título de Profesional Técnico a nombre de la Nación. En esta modalidad se desarrollan competencias de planificación, organización, coordinación y control de los procesos productivos; y de responsabilidad en la calidad del producto final. La formación de este grado debe garantizar una preparación orientada a la innovación tecnológica y la ejecución de procesos y procedimientos de trabajo formalizados, con autonomía y capacidad de decisión en el ámbito de su competencia. (23)

**Grado Técnico:** Este grado es post-secundario y se oferta en Institutos de Educación Superior Tecnológico. Tiene una duración variable entre 1500 y 2500 horas. Se otorga el Título de Técnico a nombre de la Nación. En esta modalidad se desarrollan competencias relacionadas con la aplicación de conocimientos en una amplia gama de actividades laborales propias de su área profesional. (23)

## 2.7 PUNTUACIÓN DE APGAR

La puntuación de Apgar es la suma total de los puntos asignados a cinco objetivos observados en el recién nacido. Éstos son: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, irritación refleja, color de piel y tono muscular. Habitualmente se registran las puntuaciones totales a 1 y 5 minutos de nacer. Si la puntuación a los 5 minutos es de 6 o menos, se sigue registrando a intervalos sucesivos de 5 minutos hasta que sea más de 6. Una puntuación de 10 significa que el recién nacido está en perfectas condiciones; es poco frecuente, ya que la mayor parte de neonatos presentan algún grado de acrocianosis.

- A. **Puntuación de Apgar a 1 minuto.** En general, esta puntuación se correlaciona con el pH de la sangre del cordón y constituye un índice de depresión intraparto, no se relaciona con el resultado. Se han puesto de relieve que recién nacidos con una puntuación de 0 – 4 presentan un pH significativamente más bajo, una presión parcial de dióxido de carbono y valores más bajos de exceso de base que neonatos cuyas puntuaciones son más de 7.
- B. **Puntuación de Apgar después de 1 minuto.** Reflejan el estado cambiante del recién nacido y la suficiencia de las maniobras de reanimación. La persistencia de puntuaciones bajas de Apgar indica la necesidad de efectuar esfuerzos terapéuticos adicionales y habitualmente la gravedad del problema subyacente del neonato. En la valoración de la suficiencia de la reanimación, el problema más frecuente es la insuficiencia de la insuflación y la ventilación pulmonares. En cuanto más es el período de depresión grave, (es decir de Apgar 3), más probable será un resultado neurológico anómalo a largo plazo.

### 3.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

**TITULO:** “EVALUACIÓN DE LA PERTINENCIA DE LA INDICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA”. TESIS PARA TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO DE LA UCSM.

**AUTOR:** TACO SÁNCHEZ MARÍA DEL ROSARIO.

**LUGAR Y FECHA:** AREQUIPA – PERÚ 2006. PUBLICACIÓN 00695

**RESUMEN:** Evalúa la pertinencia de la indicación y las características de la cesárea en el servicio de obstetricia del hospital regional Honorio delgado.

Revisando una muestra representativa de 250 historias de gestantes sometidas a intervención cesárea que evalúan la justificación de la indicación, la oportunidad de la misma , otras acciones previas al procedimiento y su relación con el daño materno – fetal.

Concluyendo que la frecuencia de la cesárea no pertinente es relativamente baja en comparación a otros establecimientos y que su indicación adecuada ha permitido la disminución de complicaciones tanto maternas como fetales.

**TITULO:** “FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN LAMBAYEQUE 2010 – 2011”

**AUTOR:** Julio Miguel Bustamante-Núñez, Oscar Eduardo Vera-Romero, Jorge Limo-Peredo, Julio Patazca-Ulfe.

**LUGAR Y FECHA:** LAMBAYEQUE - PERÚ 2010 – 2011.

**RESUMEN:** Determinar la frecuencia e indicaciones más frecuentes de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), durante el periodo 2010- 2011. Estudio descriptivo, retrospectivo, analítico y corte transversal; se utilizó una ficha de recolección de datos, en una muestra de 273 historias clínicas de gestantes cesareadas. Se realizó un análisis univariado de variables epidemiológicas y un análisis bivariado. La edad promedio fue 25,71  $\pm$ 6,629 años, la edad materna más frecuente

estuvo entre los 20 - 30 años (57,6%), el lugar de procedencia departamento de Lambayeque con 93,4%, siendo el 63,4% del área rural, el estado civil conviviente alcanzo el 70,3%, grado de instrucción secundaria completa (34,4%), edad gestacional a término (85%), ningún control prenatal (59,3%). La frecuencia de cesáreas practicadas en el HPDBL fue 33.6%; la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa (25,6%); seguidas por alteración del bienestar fetal (13,9%), pre eclampsia-eclampsia(12,1%), presentación podálico (10,6%), macrosomía fetal mayor de 4.500 gr. (10,3%); oligohidramnios severo (9,2%); dos o más cesáreas previas (8%); desproporción céfalo-pélvica (7,4%); expulsivo prolongado (6,2%); y otras indicaciones (31,8%). Conclusiones: La frecuencia de operación cesárea es alta en el HPDBL. La indicación más frecuente de cesárea fue cesárea segmentaria previa; siendo más frecuente en jóvenes que en adolescentes. Se encontró asociación entre Indicación de cesárea absoluta y las variables antecedentes de cesárea e incisión abdominal.

**TITULO: “FRECUENCIA E INDICACIÓN DE CESÁREA EN LAS ADOLESCENTES ENTRE 13 Y 19 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PABLO ARTURO SUÁREZ DE LA CIUDAD DE QUITO, EN EL PERÍODO ENERO DEL 2006 HASTA DICIEMBRE DEL 2011”**

**AUTOR:** Bustamante Sandoval Alexandra Beatriz

**LUGAR Y FECHA:** QUITO - ECUADOR 2012 .

**RESUMEN:** El objetivo de nuestra investigación es conocer la frecuencia e indicación de cesárea en pacientes adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años, atendidas en el Hospital “PABLO ARTURO SUÁREZ” desde Enero del año 2006 hasta Diciembre del año 2011. La investigación fue realizada en el Hospital “PABLO ARTURO SUÁREZ” en donde se evaluaron a 408 adolescentes entre 13 y 19 años de edad que terminaron su gestación por medio de cesárea. La recolección de datos se realizó con la revisión de historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal.

Los resultados que obtuvimos son los siguientes la principal indicación de cesárea en adolescentes fue por desproporción cefalopélvica 21.8%, distocias de presentación 9.1%, compromiso de bienestar fetal 8.5%, preeclampsia 4.7%, macrosomía fetal 3.9%, placenta previa 1.9%, malformaciones fetales 0.7% y 49.3% no tiene registro de indicación operatoria. Entre las características personales de las adolescentes el 51.8% tiene entre 17-19 años, el 69.7% son mestizas, instrucción secundaria 82.4%, residencia urbana 91.2%, nivel social medio 58.8%. De 535 adolescentes embarazadas, 408 terminaron su gestación por cesárea y 127 por parto normal, la principal indicación para la realización de la cirugía fue por desproporción cefalopélvica 21.8% y 49.3% no tiene registro de indicación operatoria.

#### **4.- OBJETIVOS**

##### **4.1.- OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la frecuencia e indicaciones más frecuentes de cesáreas en pacientes atendidas en el Hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa, en el periodo de enero a diciembre del 2014.

##### **4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar la frecuencia de cesáreas en pacientes atendidas en el Hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa, en el periodo de enero a diciembre del 2014.
- Determinar las indicaciones más frecuentes de cesárea en pacientes atendidas en el Hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa, en el periodo de enero a diciembre del 2014.
- Determinar características epidemiológicas generales de las pacientes cesareadas, atendidas en el Hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa, en el periodo de enero a diciembre del 2014.

### III.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1.- Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

##### 1.1 Técnica:

- Utilizaremos el registro de datos descriptivo en una ficha de recolección propuestas en el anexo (1).

##### 1.2 Instrumento

- Ficha de recolección de datos

#### 2.- Campo de verificación:

##### 2.1.- Ubicación temporal:

El presente estudio involucrará a la observación de todos los casos de cesárea realizados en el periodo de enero a diciembre del 2014.

##### 2.2.- Ubicación espacial:

La investigación tendrá lugar en el Área de hospitalización de Obstetricia del hospital III Goyeneche.

##### 2.3.- Unidad de estudio:

Tomaremos todos aquellos casos de cesárea que cumplan con los criterios de inclusión.

##### 2.3.1 Criterios de Inclusión:

- Pacientes gestantes a las que se les realizó una cesárea en el Hospital III Goyeneche en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2014.

##### 2.3.2 Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas extraviadas

### **2.3.3 Universo**

Conformado por todas las gestantes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital III Goyeneche de enero a diciembre del 2014.

### **2.3.4 Tamaño de la muestra**

Estará constituida por todas las gestantes que cumplen con los criterios de inclusión.

## **3. Estrategia de recolección de datos:**

### **3.1.- Organización:**

- Se establecerá las coordinaciones con la institución antes citada, para poder establecer el número de casos a observarse.
- Selección de la población del estudio:

Una vez establecida la coordinación respectiva para poder acceder a los registros de datos, se tomará la información respectiva en la ficha de recolección de datos.

Aquí se tomarán las variables de interés que se utilizarán en el estudio.

- Sistematización y tabulación de datos:

Se ordenará la información según las variables propuestas. El análisis y procesamientos de datos se realizarán tomando en cuenta las variables de interés, la tabulación se realizará en forma manual y se vaciara la información a tablas estadísticas para luego proceder a su análisis.

- Análisis estadístico:

Primeramente se creará una base de datos en el programa Excel XP para Windows XP. Una vez obtenidas las tablas estadísticas de distribución de frecuencias y porcentajes, se procederá a aplicar estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central.

### **3.2.- Recursos**

**3.2.1.-Humanos:** tutor y autor

**3.2.2.- Materiales**

Documentarios: bibliografía, fichas de registro para evaluación, computadora.

**3.2.3.- Económicos:** Autofinanciado

### **3.3 Validación de instrumentos**

Fueron validados en consulta a los especialistas en Ginecología - Obstetricia.

### **3.4 Criterios o estrategias para el manejo de resultados**

Se ordenará la información que se obtenga, se analizará los resultados y de ser necesario se aplicará pruebas de estadística inferencial.

#### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO	2015															
	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo			
ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda de información	X	X	X	X												
Elaboración del proyecto					X	X										
Presentación del proyecto							X	X								
Trabajo de campo									X	X	X	X				
Análisis e interpretación de datos													X	X		
Elaboración de informe final															X	X

## V. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

1. BESIO R. , MAURICIO. Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. Rev. Med. Chilev.127n.9Santiago set.1999 1-2.
2. CAMPERO CUENCA. Maria de Lourdes, Bernardo Hernandez Prado, Ahidee Leyva López, Fátima Estrada en la Ciudad de México. Salud pública mex, vol.49,nom.2, pags. 118 – 125, año 2007.20-21.
3. CUNNINGHAM, F. GARY. *William´s Obstetrics Twenty – Second Ed., et al, Ch. International Cesarean Awareness Network 2001.* 3-5
4. ECHÁIS, José Fernando. Cesárea. Experiencia en el Hospital General de Oxapampa ginecología y Obstetricia. Sociedad peruana de obstetricia y ginecología issn versión electrónica 1609-7246 ginecol. Obstet. 2004; 50(2): 106-110
5. HIRSCH, LARISSA. Partos por cesárea. *Organización kidshelth.* Junio 2006, 2.
6. JOFRÉ, MANUEL ENRIQUE. Profesor titular 1ra Cátedra clínica obstétrica y Perinatología. 2007. 1-3
7. Lam Figueroa. Nelly SUFRIMIENTO FETAL Y REANIMACIÓN INTRAUTERINA. Ginecología y Obstetricia – Vol. 39 N°17 Diciembre 1994. 8-9
8. MAY MALAGA, LUIS RENATO “Evaluación de Indicaciones de Cesárea en el servicio de Obstetricia del Centro Médico Naval – Lima 2004”. Arequipa – Perú 2005. Publicación 00569. 46-50
9. LIRA BARRIALES MARÍA OLIVIA. Aspectos epidemiológicos de la cesárea en el hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo. Arequipa 2000”. Arequipa Perú 2005. Publicación 0256. 48-51
10. LLUM QUIÑONERO, España. 36000 cesáreas evitables. Revista Holística. 2006.
11. McDONAGH HULL, PAULINE. La Opción de cesáreas electivas. La opción existe, es legítima y está aquí para quedarse. Revista Infonet. 2006.

12. PACHECO, JOSÉ. Preeclampsia y eclampsia de una Presentación. Ginecología y Obstetricia – Vol 47 N°2 Abril 2001. 6-7
13. PACORA PORTELLA, PERCY. MACROSOMÍA FETAL: Definición, Predicción, Riesgos y Prevención. Ginecología y Obstetricia – Vol. 39. N°17 Diciembre 1994. 5-8
14. PALACIOS SOLANO JESÚS, PEÑA AYUDANTE, Incidencia de parto Vaginal y Cesárea en cesareadas anteriores. Hospital Regional Docente de Huacho Año 1995. 22-24
15. PÉREZ ALCÁNTARA, PEDRO MANUEL. Parto vaginal en la cesareada anterior una vez en el Hospital Docente Madre – Niño San Bartolomé durante el 2000 al 2002 UNMSM 2005. *Cibertesis*. 6-8
16. SAJEEV VASUDEVAN. Complicaciones del parto febrero 28, 2006. Revista de medicina y salud. 2-3
17. SCHWASCZ RL. DIVERGES CA, DÍAZ AG, FESCINA RH. Obstetricia 5° ed. (9° reimp.) Bs As.: El Ateneo, 2006: 600-608, 499 – 505.
18. TANGO y col. Las cesáreas opcionales prematuras generan complicaciones. *Health Day News*. 2009.2
19. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza Organización Mundial de la Salud Tecnología apropiada para el parto, publicada en *Lancet* 1985; 2:436-437
20. FIONA LYALL, MICHAEL A. BELFORT - 2007 - Vista previa - Más ediciones. Reassessment of intravenous MgSO4 therapy in preeclampsia-eclampsia. *Obstet. Gynecol.*, 57. 199-202. Sibai, B. M., McCubbin, J.H., Anderson, G. D., Lipshitz, J. and Dilts, P.V. Jr. (1981h). Eclampsia
21. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf>
22. [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/8/45838/def\\_urbana\\_rural.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/8/45838/def_urbana_rural.pdf)
23. SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA - Dirección General del Bachillerato, Estructura del Sistema Educativo en Perú. Ministerio de Educación, Catálogo Nacional de Títulos y Certificaciones.
24. [http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=26959&id\\_seccion=194&id\\_ejemplar=2795&id\\_revista=45](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=26959&id_seccion=194&id_ejemplar=2795&id_revista=45)

25. Muñoz-Enciso JM, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, SerranoDíaz CL. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex. 2011;79:67-74.
26. Tacuri Ceballos C, Matorras Weinig R, Nieto Díaz A, Ortega Gálvez A. Historia de la cesárea. Tokoginecol 1997;56(4):189-93.
27. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol\\_39n15/cesarea\\_per\\_u.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_39n15/cesarea_per_u.htm)
28. OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2013.94-117.
29. Gisela Vanina Lepore, Claudia Vanesa Sampor, María Paola Storni. Incidencia y principales indicaciones de cesarea. Hospital “Julio C. Perrando”. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 150 – Octubre 2005. Pág.: 9-12.
30. Pavón León Patricia, Gogeoascoechea Trejo Ma. del Carmen, Ramírez Muro Miguel, Landa Ortiz Victor. Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. Vol 2. Núm. 2 Julio - Diciembre 2002
31. Grant A, Glazener cma cesárea electiva versus abordaje expectante para el parto de un bebé pequeño. 2015 Número 1 ISSN 1745-9990
32. MI Rivero, MC Alegre, MC Feü, MA González, S Navarro. Caracterización del alteración del bienestar fetal en un medio hospitalario. Revista Médica del Nordeste – N° 9 – Diciembre 2007
33. <http://www.revneurolog.com/sec/RSS/noticias.php?idNoticia=2699&pagCategoria=106>
34. Astudillo Jarrín Daniela, Guillén Sarmiento Andrea, Prevalencia de parto por Cesárea e identificación de su etiología en el hospital José Carrasco Arteaga. Periodo 2011. Cuenca, Ecuador 2012
35. [www.inmp.gob.pe/institucional/listado-de-investigaciones.../1422293922](http://www.inmp.gob.pe/institucional/listado-de-investigaciones.../1422293922)

### TABLA MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad	Distrito	Procede	Grado instrucción	Indicación médica	Asistencia
26	Miraflores	Urbano	Secundaria incompleta	Cesareada anterior	Urgente
37	Yura	Rural	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
22	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
20	Paucarpata	Urbano	Superior	Desproporción fetopélvica	Urgente
25	Hunter	Rural	Primaria Completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
28	Tiabaya	Urbano	Tecnica	Alteración del bienestar fetal	Urgente
27	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Urgente
33	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
37	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Urgente
26	Cerro Colorado	Rural	Primaria Completa	Distocia de presentación	Urgente
34	Paucarpata	Rural	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
29	Cerro Colorado	Urbano	Superior	Desproporción fetopélvica	Electiva
27	Alto Selva Alegre	Urbano	Superior	Desproporción fetopélvica	Electiva
29	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Óbito fetal	Urgente
38	Cerro Colorado	Rural	Secundaria incompleta	Preeclampsia	Urgente
15	Cerro Colorado	Rural	Secundaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Urgente
22	Socabaya	Rural	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
31	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Electiva
29	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Embarazo gemelar	Urgente
18	Hunter	Urbano	Secundaria completa	Hemorragia 2da Mitad Embarazo	Urgente
29	Cerro Colorado	Rural	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
29	Yanahuara	Urbano	Superior	Miomatosis Uterina	Urgente
38	Mariano Melgar	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Urgente
30	Paucarpata	Rural	Primaria Completa	Desproporción fetopélvica	Urgente
36	Yanahuara	Rural	Secundaria incompleta	Cesareada anterior	Electiva
21	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Urgente
31	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Electiva
36	Alto Selva Alegre	Rural	Secundaria incompleta	Cesareada anterior	Electiva

29	Caravelí	Rural	Secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva
19	Hunter	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Urgente
20	JLB y R	Rural	Secundaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Urgente
33	Paucarpata	Rural	Primaria Completa	Dilatación estacionaria	Electiva
27	Sachaca	Urbano	Tecnica	Desproporción fetopélvica	Electiva
21	Alto Selva Alegre	Rural	Secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Urgente
28	Socabaya	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
24	Mariano Melgar	Urbano	Superior	Preeclampsia	Urgente
30	Socabaya	Rural	Secundaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Electiva
35	Cayma	Urbano	Superior	Desproporción fetopélvica	Electiva
20	Chiguata	Rural	Secundaria incompleta	Cesareada anterior	Urgente
19	Tiabaya	Rural	Secundaria incompleta	Distocia de presentación	Urgente
29	Yura	Urbano	Tecnica	Distocia de presentación	Urgente
20	Cerro Colorado	Rural	Primaria Completa	Óbito fetal	Electiva
24	Miraflores	Urbano	Superior	Doble circular	Urgente
25	Paucarpata	Urbano	Tecnica	Dilatación estacionaria	Electiva
23	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Urgente
28	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Electiva
24	Miraflores	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Urgente
20	Cerro Colorado	Urbano	Superior	Alteración del bienestar fetal	Urgente
28	Mariano Melgar	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Electiva
26	Paucarpata	Rural	Secundaria incompleta	Doble circular	Electiva
21	Paucarpata	Rural	Secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva
35	Cercado	Rural	Secundaria incompleta	Distocia de presentación	Urgente
20	Cerro Colorado	Rural	Primaria Completa	Distocia de presentación	Electiva
25	Yura	Rural	Primaria Completa	Distocia de presentación	Electiva
34	Yura	Rural	Primaria Completa	Desproporción fetopélvica	Urgente
24	Miraflores	Rural	Primaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva
26	Miraflores	Rural	Primaria Completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente

31	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
19	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Doble circular	Electiva
30	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
37	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
21	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
16	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
21	Ica	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
20	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Oligohidramnios	Electiva
26	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
24	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
22	Sachaca	Rural	Secundaria incompleta	Cesareada anterior	Electiva
35	Cayma	Rural	Secundaria incompleta	Hemorragia 2da Mitad Embarazo	Urgente
21	Paucarpata	Urbano	Superior	Desproporción fetopélvica	Electiva
34	Castilla	Rural	Secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva
19	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
23	Paucarpata	Urbano	Superior	Alteración del bienestar fetal	Urgente
25	Sachaca	Urbano	Superior	Distocia de presentación	Electiva
25	Sachaca	Urbano	Superior	Distocia de presentación	Electiva
24	Tiabaya	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
23	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
21	Yanahuara	Urbano	Superior	Distocia de presentación	Electiva
22	Uchumayo	Rural	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
25	Tiabaya	Rural	Primaria Completa	Cesareada anterior	Electiva
36	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
31	Mollendo	Rural	Primaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Urgente
26	Mollendo	Urbano	Secundaria completa	Embarazo gemelar	Electiva
36	Cusco	Rural	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
27	Cusco	Urbano	Secundaria completa	Embarazo gemelar	Electiva
31	Alto Selva Alegre	Rural	Secundaria incompleta	Distocia de presentación	Electiva
25	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Preeclampsia	Electiva
21	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
37	Miraflores	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
30	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva

22	Tiabaya	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
24	Yura	Urbano	Secundaria completa	Oligohidramnios	Urgente
21	Cercado	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
20	Hunter	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
28	Hunter	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
24	Tiabaya	Urbano	Secundaria completa	Doble circular	Urgente
31	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
32	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Preeclampsia	Urgente
46	Cayma	Rural	Primaria Completa	Miomatosis Uterina	Electiva
30	JLB y R	Rural	Primaria Completa	Distocia de presentación	Electiva
31	Paucarpata	Rural	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
31	Cerro Colorado	Rural	Secundaria incompleta	Hemorragia 2da Mitad Embarazo	Urgente
36	Uchumayo	Rural	Secundaria completa	Doble circular	Urgente
34	Cayma	Rural	Primaria Completa	Miomatosis Uterina	Electiva
33	Paucarpata	Rural	Primaria Completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
32	Cerro Colorado	Rural	Secundaria incompleta	Dilatación estacionaria	Urgente
36	Cerro Colorado	Rural	Secundaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Urgente
25	Mariano Melgar	Rural	Secundaria incompleta	Dilatación estacionaria	Urgente
26	Mariano Melgar	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Electiva
25	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
36	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
33	Paucarpata	Rural	Primaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Urgente
35	Sachaca	Rural	Secundaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Urgente
26	Socabaya	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
28	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
23	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
34	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
34	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
39	Miraflores	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
38	Sachaca	Rural	Primaria Completa	Doble circular	Electiva
39	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
36	Hunter	Rural	Primaria incompleta	Distocia de presentación	Urgente
25	Hunter	Rural	Secundaria completa	Alteración del bienestar	Urgente

				fetal	
20	Cabanaconde	Rural	Secundaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Urgente
25	Santa Rita de Sigwas	Rural	Secundaria completa	Doble circular	Urgente
29	Cercado	Rural	Secundaria incompleta	Cesareada anterior	Electiva
21	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
25	Cercado	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
24	Hunter	Rural	Primaria Completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
42	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Preeclampsia	Urgente
23	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
29	Cercado	Rural	Secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva
25	Cercado	Urbano	secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
42	Miraflores	Urbano	secundaria completa	Cesareada anterior	Urgente
22	Paucarpata	Urbano	secundaria completa	Cesareada anterior	Urgente
23	Yanahuara	Urbano	secundaria completa	Doble circular	Urgente
25	Cusco	Urbano	secundaria completa	Preeclampsia	Urgente
24	Miraflores	Urbano	secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
23	Cusco	Rural	Primaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Urgente
41	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Electiva
20	Alto Selva Alegre	Rural	Analfabeta	Gestación en vías de prolongación	Electiva
14	Socabaya	Rural	Secundaria incompleta	Embarazo Adolescente precoz	Electiva
12	Socabaya	Rural	Primaria incompleta	Embarazo gemelar	Electiva
19	Cercado	Rural	Secundaria incompleta	Cesareada anterior	Electiva
18	Miraflores	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
27	JLB y R	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
22	Cercado	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
21	Yanahuara	Urbano	Secundaria completa	Preeclampsia	Urgente
24	Uchumayo	Rural	Primaria Completa	Cesareada anterior	Electiva
22	JLB y R	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
20	Tiabaya	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva

20	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
30	Cercado	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
25	Mariano Melgar	Urbano	Secundaria completa	Oligohidramnios	Urgente
35	Sachaca	Rural	Secundaria completa	Oligohidramnios	Urgente
32	Cercado	Urbano	Superior	Alteración del bienestar fetal	Urgente
28	Cercado	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
22	Cusco	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
40	Socabaya	Rural	secundaria incompleta	Distocia de presentación	Electiva
37	Cercado	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Urgente
38	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
22	Sabandía	Urbano	Secundaria completa	Hemorragia 2da Mitad Embarazo	Urgente
33	Alto Selva Alegre	Rural	Primaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva
27	Cercado	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
40	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Preeclampsia	Urgente
32	Hunter	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
19	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
27	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
17	Cocachacra	Rural	Secundaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Urgente
26	Alto Selva Alegre	Rural	Secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva
39	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Hemorragia 2da Mitad Embarazo	Electiva
40	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Oligohidramnios	Electiva
36	Chiguata	Rural	Primaria Completa	Preeclampsia	Urgente
21	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
34	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
39	Miraflores	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
38	Sachaca	Rural	Primaria Completa	Doble circular	Electiva
39	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
36	Hunter	Rural	Primaria incompleta	Distocia de presentación	Urgente
25	Hunter	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
20	Cabanaconde	Rural	Secundaria	Alteración del bienestar	Urgente

			incompleta	fetal	
25	Santa Rita de Sigwas	Urbano	Secundaria completa	Doble circular	Urgente
29	Cercado	Rural	Secundaria incompleta	Cesareada anterior	Electiva
21	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
25	Cercado	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
24	Hunter	Rural	Primaria Completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
42	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Preeclampsia	Urgente
23	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
29	Cercado	Rural	Secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva
25	Cercado	Urbano	secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
42	Miraflores	Urbano	secundaria completa	Cesareada anterior	Urgente
22	Paucarpata	Urbano	secundaria completa	Cesareada anterior	Urgente
23	Yanahuara	Urbano	secundaria completa	Doble circular	Urgente
25	Cusco	Urbano	secundaria completa	Preeclampsia	Urgente
24	Miraflores	Urbano	secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
23	Cusco	Rural	Primaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Urgente
41	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Electiva
17	Yanahuara	Rural	Secundaria incompleta	Hemorragia 2da Mitad Embarazo	Urgente
25	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
21	Miraflores	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
28	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Urgente
32	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
41	Socabaya	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
29	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
36	Miraflores	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
24	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
23	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
28	Miraflores	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
21	Majes	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Electiva
23	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar	Urgente

				fetal	
29	Mariano Melgar	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
30	Miraflores	Urbano	Técnica	Preeclampsia	Urgente
27	Cercado	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
18	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Oligohidramnios	Urgente
26	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
24	Mollebaya	Rural	Secundaria incompleta	Cesareada anterior	Electiva
25	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
40	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Preeclampsia	Urgente
25	Paucarpata	Urbano	Superior	Desproporción fetopélvica	Electiva
24	Paucarpata	Rural	secundaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Urgente
32	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
20	Mariano Melgar	Rural	secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva
32	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
24	Socabaya	Urbano	Secundaria completa	Gestación en vías de prolongación	Electiva
27	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
23	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
26	Cercado	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
18	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Urgente
25	Cercado	Urbano	Secundaria completa	Doble circular	Urgente
25	JLB y R	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
24	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
25	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
24	Alto Selva Alegre	Rural	Primaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva
34	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Hemorragia 2da Mitad Embarazo	Urgente
33	Paucarpata	Rural	Primaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva
31	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Preeclampsia	Urgente
25	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
22	Socabaya	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
23	La Joya	Rural	Primaria incompleta	Madre VIH	Electiva
22	Cerro Colorado	Rural	secundaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Urgente
19	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Preeclampsia	Electiva

29	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Oligohidramnios	Electiva
39	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
22	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
24	Mariano Melgar	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
16	Mollebaya	Rural	Secundaria incompleta	Distocia de presentación	Electiva
22	Mariano Melgar	Urbano	Secundaria completa	Madre VIH	Electiva
29	Cerro Colorado	Urbano	Superior	Embarazo gemelar	Electiva
24	Miraflores	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
32	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Preeclampsia	Urgente
24	Miraflores	Rural	secundaria incompleta	Cesareada anterior	Electiva
21	Alto Selva Alegre	Rural	secundaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Urgente
21	Paucarpata	Rural	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
22	Cerro Colorado	Rural	Primaria Completa	Cesareada anterior	Electiva
37	Moquegua	Urbano	Secundaria completa	Preeclampsia	Urgente
30	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
27	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
22	Socabaya	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
26	Cercado	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
30	JLB y R	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
26	Miraflores	Rural	Secundaria incompleta	Cesareada anterior	Urgente
37	Yura	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
22	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
20	Paucarpata	Urbano	Superior	Desproporción fetopélvica	Urgente
25	Hunter	Rural	Primaria Completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
28	Tiabaya	Urbano	Tecnica	Alteración del bienestar fetal	Urgente
27	Cerro Colorado	Rural	Secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Urgente
33	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
37	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Urgente
26	Cerro Colorado	Rural	Primaria Completa	Distocia de presentación	Urgente
34	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente
29	Cerro Colorado	Urbano	Superior	Desproporción fetopélvica	Electiva
27	Alto Selva Alegre	Urbano	Superior	Desproporción fetopélvica	Electiva
29	Cercado	Rural	Secundaria incompleta	Cesareada anterior	Electiva
21	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Dilatación estacionaria	Urgente

25	Cercado	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
24	Hunter	Rural	Primaria Completa	Desproporción fetopélvica	Electiva
42	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Preeclampsia	Urgente
23	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Urgente
29	Cercado	Rural	Secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva
25	Cercado	Urbano	secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
42	Miraflores	Urbano	secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
22	Paucarpata	Urbano	secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
23	Yanahuara	Urbano	secundaria completa	Doble circular	Urgente
25	Cusco	Rural	secundaria completa	Preeclampsia	Urgente
24	Miraflores	Urbano	secundaria completa	Distocia de presentación	Electiva
23	Cusco	Rural	Primaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Urgente
41	Cayma	Rural	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
17	Yanahuara	Rural	Secundaria incompleta	Hemorragia 2da Mitad Embarazo	Urgente
22	Socabaya	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Urgente
31	Cayma	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Electiva
29	Paucarpata	Urbano	Secundaria completa	Embarazo gemelar	Urgente
18	Hunter	Urbano	Secundaria completa	Hemorragia 2da Mitad Embarazo	Urgente
29	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Electiva
29	Yanahuara	Urbano	Superior	Miomatosis Uterina	Urgente
38	Mariano Melgar	Urbano	Secundaria completa	Cesareada anterior	Urgente
30	Paucarpata	Rural	Primaria Completa	Desproporción fetopélvica	Urgente
36	Yanahuara	Rural	Secundaria incompleta	Cesareada anterior	Electiva
21	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Urgente
31	Cerro Colorado	Urbano	Secundaria completa	Alteración del bienestar fetal	Electiva
36	Alto Selva Alegre	Rural	Secundaria incompleta	Cesareada anterior	Electiva
29	Caravelí	Rural	Secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Electiva
19	Hunter	Urbano	Secundaria completa	Distocia de presentación	Urgente
20	JLB y R	Rural	Secundaria incompleta	Alteración del bienestar fetal	Urgente

33	Paucarpata	Rural	Primaria Completa	Dilatación estacionaria	Electiva
27	Sachaca	Urbano	Técnica	Desproporción fetopélvica	Electiva
21	Alto Selva Alegre	Urbano	Secundaria incompleta	Desproporción fetopélvica	Urgente

