

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**INFORME FINAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y EPIDEMIOLOGÍA**

Título:

“Incidencia de cesárea en primigestas ingresadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, Julio 2016 a Junio 2017”

Autor:

Dra. Christiam Valeska Contreras Sierra
Residente III año

Tutor Metodológico:

Dr. José Ochoa Brizuela
Médico y Cirujano
Msc. Salud Pública

Managua, Marzo 2018

Tabla de contenido

I.- INTRODUCCION	1
II.- ANTECEDENTES.....	3
III.- JUSTIFICACIÓN.....	6
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
V.- OBJETIVOS	9
Objetivo General.....	9
Objetivos Específicos:	9
VI.- MARCO TEORICO	10
TIPOS DE INCISIÓN EN LA PIEL.....	11
TIPO DE INCISIONES EN EL ÚTERO	12
COMPLICACIONES.....	25
VII.- DISEÑO METODOLOGICO	30
VIII.- RESULTADOS	35
IX.- ANALISIS Y DISCUSION	39
X.- CONCLUSIONES.....	42
XI.- RECOMENDACIONES	44
XII.- BIBLIOGRAFIA.....	45
XIII.- ANEXOS.....	46

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios y María Santísima, por haber concluido este nuevo escalón y estar conmigo en cada paso y momentos fortaleciendo mi corazón e iluminando mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte durante todo el período de estudio.

A mis padres Carlos Contreras y María Elena Sierra quienes han estado a mi lado a pesar de las circunstancias me han acompañado en este largo camino y que con sus sabios consejos me han guiado para ser lo que hoy logré, por ser padres excepcionales y únicos. Gracias por seguir luchando conmigo.

A mis hijos Waleska Fabiola y Ricardo Salvador quienes son mi motor para seguir luchando por un futuro mejor. Mis fuerzas están sustentadas en la perseverancia y lucha que con su amor incondicional y paciencia soportaron la poca atención y dedicación a ellos.

A mis hermanos Carmen Estela, Néstor Carlos con todo cariño.

AGRADECIMIENTOS

A ustedes maestro que con sabiduría han sabido transmitir sus conocimientos con devoción.

Al Dr. José Ochoa por aceptar ser mi tutor, gracias por compartir sus conocimientos conmigo.

A todas aquellas persona que también de alguna manera u otra me apoyaron en el trayecto de mi monografía.

A todo el personal de estadística del Hospital Regional Escuela Asunción – Juigalpa por su amabilidad y sin cuya diligencia hubiese sido totalmente imposible la realización de este informe, a ellos se les agradece encarecidamente.

CARTA DE APROBACION

La prevención del embarazo en el período de la adolescencia es un elemento claves para la disminución de las complicaciones durante el embarazo y la mortalidad materna, ya que en esas edades las complicaciones se presentan con mayor frecuencia y finalizan en cesárea, por tal razón considero que es necesario estudiar la incidencia de cesárea en la adolescencia, ya que es necesario documentar los criterios que motivaron al personal de salud a realizarla cesárea, complicaciones y repercusiones futuras a estas madres y de esta manera poder definir estrategias que contribuyan a disminuir los embarazos en adolescentes y de alto riesgo.

Los resultados obtenidos de este estudio ayudarán al fortalecer la prevención del embarazo en la adolescencia en los ESAFC, disminuir la incidencia de cesáreas en estas pacientes.

Atentamente,

Dr. José Francisco Ochoa
Médico Salubrista

RESUMEN

Para conocer la incidencia de cesárea en las primigestas ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, siendo universo todas las pacientes primigestas ingresadas en el Hospital en el período de estudio.

Se estudió las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las pacientes, principales indicaciones de cesárea, complicaciones y egreso en las pacientes en estudio, con una muestra de 623 expedientes clínicos (31%) del total de cesáreas, obteniendo los siguientes resultados:

La incidencia de cesáreas fue del 39% del total de nacimientos y el porcentaje de primigestas con cesáreas es del 31%, la edad que predominó fueron las menores de 20 años con el 59%, la principal indicación de cesárea fue la Desproporción Céfalo Pélvica (DCP). La mayoría de las mujeres tienen educación primaria, del área rural y solamente el 13% tenían documentado 4 o más Atenciones Prenatales (APN).

El 9% de las pacientes fueron hospitalizadas durante su gestación y las patologías encontradas fueron: Hipertensión Gestacional, Amenaza de Parto Prematuro, Amenaza de Aborto e Infección de Vías Urinarias. El 1% refiere patologías previas al embarazo, siendo estas las infecciones de vías urinarias a repetición y las vaginitis.

Al 87% de las embarazadas se les realizó cesárea con menos de 3 días de estancia y el 92% de las cesáreas fueron de urgencia. Los principales criterios de cesárea fueron: Hipertensión Gestacional y la Preclampsia, riesgo de pérdida de vitalidad fetal y la desproporción céfalo pélvica.

La complicación posterior a las cesáreas fue del 2%, porcentaje que coincide con los ingresos a la UCIA y al tiempo de hospitalización post cesárea mayor de 3 días.

Se recomienda la reducción de la indicación de cesárea, mediante la actualización de los conocimientos sobre el manejo de las embarazadas según normativas del Ministerio de Salud (MINSA), así como el llenado correcto de la historia clínica perinatal.

I.- INTRODUCCION

La operación cesárea (OC) fue introducida en la práctica clínica como un procedimiento capaz de salvar la vida de la madre y del bebé. Cada año se realizan 18.5 millones de OC; en el mundo el 40% de los países tienen tasas menores al 10 % y el 50 % tienen tasas mayores al 15%.

Una cesárea es un tipo de intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés. La OMS suele recomendar su uso cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas, que según la NOM-007 debiera ser utilizada únicamente en el 15% de los embarazos. (Salud, 2016)

En años recientes se han generado preocupación porque la operación se realice frecuentemente por otras razones diferentes a la necesidad médica. Por ejemplo, a los críticos les preocupa que las cesáreas se realicen porque una cesárea rápida es más conveniente para un obstetra que un largo parto vaginal.

Múltiples estudios muestran una asociación inversa entre las tasas de cesárea y la mortalidad perinatal en países en vías de desarrollo, donde grandes sectores de la población carecen de acceso al cuidado obstétrico básico.

Actualmente el interés de las ciencias biomédicas y sociales por el binomio madre e hijo va en ascenso debido a que ello representa uno de los mayores problemas presentes a nivel mundial. La morbi-mortalidad materna y perinatal conlleva a pérdidas humanas y económicas irreparables principalmente en los países pobre como el nuestro.

En la mujer el embarazo es considerado un fenómeno de transición en la que se presentan múltiples cambios fisiológicos acompañados de alteraciones subjetivas y

objetivas que involucran múltiples órganos y sistemas, pero más acentuado en el sistema reproductor.

Este proceso concluye con el nacimiento de un nuevo ser y se puede ver influenciado por la alteración en la armonía necesaria para llevarlo a su fin. Existen múltiples factores de riesgo materno, fetales como sociales que mejoran o empeoran el pronóstico del binomio, entre ellos: la pobreza, inaccesibilidad de los servicios de salud, edad, paridad, enfermedades crónicas concomitantes, desnutrición intrauterina entre los dos.

Las diferentes formas de concluir un embarazo dependerán de su evolución y de factores intrínsecos y extrínsecos negativos presentes al acercarse la finalización de este, entre ellas se menciona la vía vaginal y abdominal en sus diferentes técnicas.

Esta última muchas veces practicada sin justificación real puede exponer a madre e hijos a riesgos innecesarios.

II.- ANTECEDENTES

Cada vez más preocupa el incremento del número de cesáreas, sobre todo cuando estas se practican por primera vez, ya sabemos que las iteradas en algunos casos se consideran condición sinecuanon el indicar la cesárea por primera vez y si ésta es una primigesta es doble compromiso ya que estamos afectando el futuro obstétrico de esta paciente y condenándolo a solo tener dos oportunidades más en su vida de tener hijos, además con riesgo de ruptura uterina y otras complicaciones.

Según la opinión de un número creciente de médicos y especialistas en salud pública, los elevados porcentajes de cesárea en América Latina son aberración causada por factores financieros, educativos y políticos que crean incentivos para la realización de operaciones innecesarias. Estos críticos señalan que dichas intervenciones quirúrgicas no solo ocupan recursos necesarios para atender otros problemas de salud más urgentes sino que exponen a las madres y a sus hijos a riesgos innecesarios. (BID, 2002)

Mientras que en países industrializados como Suecia la proporción de cesárea fue de 11 %, en 1990, en Francia de 16%, en 1995 y en Estados Unidos de 21 % en 1998, en México entre 1987 y 1996 la proporción de embarazos resueltos por cesárea pasa de 23 a 35 % y en Nuevo Laredo presenta una tendencia ascendente de 31 % en 1993 a 40% en 2002.

En Nicaragua el número de nacimiento por cesárea han pasado de 18% a 36%, en la última década, tanto en el área publica como en la privada, lo que implica mayor riesgo para la salud de la madre y el niño y mayores gastos para el Ministerio de Salud. El promedio nacional oscila entre un 30 a 36% anual, el Ministerio de Salud (MINSAL) pretende reducir el índice hasta el 20% ya que Cuba es de 15% y en América del Sur es de 18%.

En el Hospital Materno Infantil Dr. Fernando Vélez Paíz, se realizó un estudio en el 2001 sobre “Manejo de embarazo prolongado”, en 47 pacientes donde la frecuencia

de cesárea fue de 34%, siendo las causas más frecuentes: interrupción pos término, Ruptura prematura de membrana, oligohidramnios y la asfixia. (FVP, 2001)

Dayanne Rakelly de Oliveira en el año 2010, estudio el comportamiento de la cesárea en primigestas, encontrando que la mayoría está en las edades entre 14 y 39 años, el 56% estaba casada, un 74% vivía en la zona urbana, el 40% era estudiante y un 33% campesinas. El 59% realizó al menos siete consultas prenatales y un 90% tenía edad gestacional en el momento del parto entre las 37 y 41 semanas. Entre las indicaciones de cesárea, la hipertensión inducida por el embarazo representó un 22%, siendo la complicación del embarazo más frecuente; y la desproporción céfalo pélvica un 37%, como complicación del trabajo de parto. (Rakelly, 2010)

Pavón Castro, Harley en el 2012 en su tesis sobre la morbimortalidad de las pacientes adolescentes ingresadas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Bertha Calderón, encontró que las principales causas de ingresos de las pacientes en estudio las patologías relacionadas con el síndrome Hipertensivo gestacional, eclampsia con el 37%, Preclampsia grave 18%, la principal causa de muerte materna en todos los grupos etareos, seguido del shock séptico que ocupó el tercer lugar con un 13%. (Pavon, 2012)

Estudio realizado en el Hospital Militar en el año 2014, sobre las pacientes ingresadas a la sala de ARO, se encontró que la mayoría de las pacientes eran multigestas, en su mayoría tuvieron un nacimiento vía cesárea y de estas el 50% fueron primigestas. (Artiles, 2014)

La incidencia de cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque para el 2014 fue del 45.4%, lo cual triplica el máximo recomendado por la Organización Mundial de la Salud. La principal indicación de cesárea fue la cesárea anterior (34.8%) y la indicación de la cesárea primaria fue el sufrimiento fetal agudo (32.4%). (Narvaez, 2014)

En el año 2014 se presenta un estudio en el Hospital Humberto Alvarado de Masaya, evaluando 704 pacientes, predominando mujeres entre 21-25 años, la mayoría primigestas, el 53.9 % de las indicaciones fueron materna, predominando la cesárea anterior y luego el síndrome hipertensivo gestacional. (Morgan, 2014)

En un estudio se seleccionaron a 541 mujeres del Hospital Bertha Calderón Roque en el 2015, teniendo como eje de análisis la población adolescente, la principal indicación de cesárea fue desproporción céfalo pélvica (21.5%), cesárea anterior (20.7%), sufrimiento fetal agudo (17.9%), preclampsia severa (11.4%) y presentación pélvica (8.6%). (Belkis, 2015)

Estudio realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense (HAN) en el 2016 sobre la incidencia de cesárea en primigestas, se encontraron cifras tan altas hasta de un 28% del total de primigestas ingresadas a esta unidad asistencial, siendo las principales causas: las fetales (39%), las materno fetales (29%), las ovulares (19%) y las maternas con (14). (Alejandro, 2016)

III.- JUSTIFICACIÓN

La cesárea se considera el procedimiento más seguro para resolver las complicaciones del parto vaginal y mantener el bienestar fetal, pero en ocasiones sus indicaciones obedecen a criterios inadecuados de los médicos a cargo de las pacientes, obviando los criterios reales para su realización, la cesárea es una operación quirúrgica y que, por tanto, tiene los mismos riesgos que cualquier otra intervención (infecciones, pérdidas de sangre, etcétera), así como los propios riesgos de la anestesia. Otro aspecto a tener en cuenta es que el postoperatorio de una cesárea es casi siempre más molesto que la recuperación tras un parto vaginal.

La cesárea ha aumentado considerablemente, en su mayoría por cesárea anterior, por lo que es necesario identificar la causa principal que motivo al personal de salud indicar la cesárea y más aún en las primigestas en donde por su condición muchas veces la indicamos por probable DCP en el caso de las adolescentes y de baja estatura o de producto valioso o preclampsia en embarazadas adultas, cualquiera de las causas o de la edad la realidad es que con la realización de la cesárea limita en cierto modo el número de embarazos, ya que aumentan los riesgos con cada nuevo parto. Aunque hay mujeres que han sufrido cuatro cesáreas, lo más habitual es que después de la tercera cesárea se realice una ligadura de trompas.

Los riesgos que representa la realización de cesárea y las consecuencias posteriores durante la vida reproductiva de las adolescentes han motivado a realizar dicho estudio ya que al indicar cesárea a una primigesta la estamos sometiendo a múltiples riesgos, que probablemente con una valoración adecuada y vigilancia de su embarazo tuvieran la oportunidad de un parto normal o de bajo riesgo.

Como gerente en salud, se consideró evaluar los criterios que motivaron al médico a realizar la cesárea, al mismo tiempo conocer las complicaciones y repercusiones futuras a estas madres y de esta manera poder definir estrategias que contribuyan a disminuir los embarazos en adolescentes y de alto riesgo. Este estudio permitirá identificar los criterios del servicio de ginecoobstetricia en la valoración para indicar una cesárea en las primigestas, así como la calidad de atención en el servicio.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La tendencia de cesáreas se ha venido incrementando en los últimos años en nuestro país, ya que como se evidencia en múltiples estudios que existe una alta tasa de incidencia de cesárea; las cuales en algunos casos se deben a la asociación de diferentes factores predisponentes, algunos de ellos de tipo materno, fetales u ovulares y en otros casos siendo estrictamente causas de tipo personales y/o económicas. Esta problemática evidencia una falta de homogeneidad en los criterios que llevan a dicha intervención quirúrgica. Sin bien es cierto que hoy en día, las cesáreas son por lo general procedimientos con un alto grado de seguridad; no debemos olvidar que cualquier tipo de cirugía conlleva riesgos. Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento. Diversas consecuencias como: disminución de atención de parto eutócico, incremento en las consecuencias post-operatorias y un incremento en el gasto familiar por parte de la población (ya que al generalizarse esta tendencia las familias optarían por la realización de este procedimiento quirúrgico). Es por eso que debemos tener presente, que las reales indicaciones de parto por cesárea hacen referencia a las circunstancias clínicas en las cuales el pronóstico materno-fetal se optimiza utilizando este procedimiento quirúrgico. Lo cual nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta.

¿Cuál es la incidencia de cesárea en las primigestas ingresadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, en el período de Julio 2016 a Junio 2017”

V.- OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer la incidencia de cesárea en primigestas ingresadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Asunción de Juigalpa en el periodo comprendido de Julio 2016 a Junio 2017.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y ginecoobstétricas de las primigestas ingresadas en la sala de Obstetricia, que se les practico cesárea.
2. Determinar las principales indicaciones para realizar cesárea en la población en estudio.
3. Identificar complicaciones presentadas y las condiciones de egreso en las pacientes en estudio

VI.- MARCO TEORICO

Una cesárea es un procedimiento quirúrgico que consiste en practicar un corte en el abdomen y el útero, a través del cual se extrae al bebé. En algunos casos, la cesárea se programa por anticipado, y en otros, se realiza cuando surgen complicaciones imprevistas. En cualquiera de las dos situaciones nunca debe de prevalecer el criterio del médico para agilizar la interrupción del embarazo y que finalice en cesárea, los criterios deben ser bien sustentados para evitar complicaciones.

Uno de las grandes inquietudes de las embarazadas principalmente en las primigestas es si su embarazo terminara en cesárea y al momento de iniciar el trabajo de parto la cesárea se vuelve “**necesaria**” ya que la paciente y la familia desean su finalización para disminuir los dolores de parto sin ninguna indicación real de cesárea.

La mayor incidencia de cesárea en primigestas ocurren en el período de la adolescencia, producto de la no preparación para un embarazo y en su mayoría no deseados y son las que menos preparadas llegan al parto. El embarazo en adolescentes es una condición compleja, ya que tiene un alto impacto e influye de forma directa sobre las familias y en los últimos años se incrementado su frecuencia.

Cesárea: Es la extracción del producto de la concepción, por vía abdominal y por medio de una histerotomía (corte en el útero) con un feto que pesa más de 500gs o más de 20 semanas de gestación. Se denomina microcesárea cuando el producto retenido, tiene menos de 20 semanas. (Schwarcz, 2005)

La cesárea puede definirse como el parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero. Lo esencial de la intervención consiste en la incisión del útero (histerotomía); por lo tanto, no se refieren a la

extracción del feto de la cavidad abdominal en casos de rotura del útero o de embarazo extrauterino.

Tipos de cesárea:

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente

- Primitiva: Es la que se realiza por primera vez
- Iterativa: Es la que se practica en una mujer con antecedentes de una o más cesáreas previas.

B. Según indicaciones

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

C. Según técnica quirúrgica

- Transperitoneal
- Corporal o clásica (Sanger)
- Segmento—Corporal (Tipo Beck)
- Segmento—Arciforme (Tipo Kerr)

TIPOS DE INCISIÓN EN LA PIEL.

1- Longitudinal

- Medial

- Para medial.

2- Transversa-

- Pfannenstiel

Maylar

-Charney

-Joel Cohen

- Transversal, arciforme, horizontal.

TIPO DE INCISIONES EN EL ÚTERO

1. Clásica (Segmento corporal):

Esta operación está generalmente indicada en placenta previa (para evitar el segmento uterino inferior hiper vascularizado y la placenta misma y en los casos de urgencia obstétrica como el desprendimiento prematuro de placenta y prolapsos del cordón), 18 situaciones que demandan una rápida actuación.- La incisión es vertical en la porción contráctil del cuerpo uterino a través del peritoneo visceral.

Sanger: Longitudinal, pero solo interesa el cuerpo uterino y se conoce como cirugía clásica de porro, cirugía corporal más utilizada, se usa en pacientes con placenta previa y en productos transversos con dorso inferior.

Opi Kronig: Segmento corporal, longitudinal, ya no se usa.

Ventajas: Es la intervención cesárea más sencilla, la extracción del feto puede lograrse rápidamente.

Desventajas: la hemorragia de la gruesa y vascularizada pared uterina es abundante. No es posible conseguir una buena reperitonización de la histerotomía y las adherencias intestinales en la cicatriz uterina pueden dar lugar a obstrucción intestinal. Con frecuencia la cicatrización del miometrio es defectuosa. La dehiscencia de la cicatriz uterina en embarazos subsiguientes, sucede en 1 al 2% de los casos. Se ha observado empíricamente que con tales incisiones es mayor la frecuencia de complicaciones postoperatorias febriles.

2. **Segmentaria:** la incisión en el segmento inferior constituye la mejor técnica para la mayor parte de las indicaciones de las cesáreas. El peritoneo visceral del útero se corta en el sitio donde se refleja la vejiga; queda expuesto ampliamente el delgado segmento uterino inferior y puede practicarse una incisión transversal en forma arciforme con tijeras o divulsión digital. Después de la extracción del producto se realiza histerorrafia por planos.

Kerr o Munro kerr: Transversa, segmentaria (en el segmento inferior del útero) en semiluna, arciforme o en boca de payaso; esta incisión es la más utilizada, evita prolongaciones de la histerorrafia hacia las arterias uterinas.

Beck: Longitudinal, segmentaria, se usaba en el segmento inferior, ya no se usa. Ventajas: la pérdida sanguínea es reducida, pues el segmento uterino es delgado y menos vascularizado que el cuerpo de útero. La cicatrización es mejor y el peligro de peritonitis por disrupción se aminora o desaparece. La cicatriz es mucho más firme y la rotura de la escara en un parto ulterior es menos probable. Esta técnica previene la formación de adherencias de intestino y epiplón.

Desventajas: la incisión transversal del segmento puede prolongarse lateralmente y lacerar los gruesos vasos uterinos, en cambio la extensión de la incisión vertical puede afectar a la vejiga y al cérvix. Cuando existe placenta previa o inserción baja de la misma se puede desgarrar y producir hemorragias masivas ya sea a expensas de la madre o del producto.

3. **Cesárea hysterectomía o de Porro:** Se realiza una hysterectomía después de una cesárea, ya sea por hipotonía uterina irreversible, acretismo placentario o por miomas uterinos.

Indicaciones de la operación cesárea

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: maternas, fetales o mixtas.

➤ **Causas maternas:**

- Distocia de partes óseas (desproporción céfalo pélvica)
- Estrechez pélvica
- Pelvis asimétrica o deformada
- Tumores óseos de la pelvis

➤ **Distocia de partes blandas:**

- Malformaciones congénitas
 - Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto
 - Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas
 - Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo de parto
 - Distocia de la contracción
- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)

➤ **Causas fetales:**

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso del cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contra indicación para parto vaginal
- Cesárea postmortem

➤ **Causas mixtas**

- Síndrome de desproporción cefalopélvica
- Preclampsia-eclampsia
- Embarazo múltiple
- Isoinmunización materno-fetal

Son todos y cada uno de los factores que solos o asociados entre sí ponen en riesgo la salud de la madre y/o hijo. Estos pueden clasificarse en:

1. INDICACIONES ABSOLUTAS: Son las indicaciones en las cuales la operación cesárea es el único medio a utilizar para terminar el parto y procurar el bienestar al binomio involucrado entre estas se mencionan:

- a) Situación Transversa.
- b) Placenta Previa Oclusiva Total o Placenta Previa Sangrante.
- c) Ruptura o Inminencia de Ruptura Uterina.
- d) Prolapsos de Cordón con producto vivo.
- e) Desproporción Céfalo pélvica. (DCP clásica).
- f) Sufrimiento Fetal Agudo y/o Baja Reserva Fetal.
- g) Desprendimiento de Placenta Normalmente Inserta. (D.P.P.N.I.)
- h) Dos cesáreas anteriores o Cesárea Iterativa.
- i) Antecedente de cesárea corporal previa
- j) Presentación de cara y mentón
- k) Usuaría con VIH/sida positivo
- l) Macrosomía fetal
- m) Cáncer Cervicouterino.

2. INDICACIONES RELATIVAS: Son las indicaciones en las cuales se puede dar el nacimiento vía abdominal de forma electiva, dado a que esta para cada caso presenta menor riesgo y mayor beneficio para el binomio que otras alternativas.

- a) Maternas
- b) Fetales
- c) Materno fetales
- d) Ovulares

Otra clasificación de indicaciones de cesárea es la que se encuentra dirigida al origen del problema (más didácticas).

I. MATERNAS:

1. Patologías Locales.

- a) Distocias Dinámicas (de contracción)

- b) Distocias de partes blandas (Tabique vaginal, banda fibrotica, cuello conglutinado)
- c) Existencia de Cicatrices Uterinas anteriores (cirugías previas) cesáreas, miomectomías grandes, correcciones de malformaciones uterinas, etc.
- d) Ruptura Uterina
- e) Herpes Genital
- f) Plastias Vaginales Previas
- g) Distocias óseas (Fractura de cadera, tipo de pelvis.)
- h) Tumores previos (condilomas, fibromas, etc. de vulva o vagina.)
- i) Cerclaje.

2. Patologías generales o sistémicas:

- a) Cardiopatía Descompensada.
- b) Hipertensión Arterial Crónica Descompensada
- c) Nefropatías Crónicas
- d) Diabetes Mellitus descompensada
- e) Toxemia
- f) Cáncer de Cuello Uterino grado 0.
- g) Enfermedades Degenerativas.
- h) Tuberculosis pulmonar grave.

3. Inductoconducción Fallida.

II. FETALES:

1. Compromiso de la Vitalidad Fetal

- a) Muerte Habitual del Feto
- b) Sufrimiento Fetal Agudo
- c) Crecimiento Intrauterino Retardado
- d) Isoinmunización Grave
- e) Embarazos Prolongados Confirmados.
- f) Malformaciones Fetales.

- g) Enfermedad hemolítica grave
- h) Producto vivo en madre (post mortem).

2. Situaciones Viciosas

- a) Presentación de Cara, Bregma.
- b) Situación Transversa
- c) Presentación Pélvica
- d) Presentación de Frente
- e) Variedades de Posición viciosas que no se modifican
- f) Presentación Compuesta.
- g) Situaciones Oblicuas.

3. Múltiples fetos, siameses.

4. Macrosomía Fetal.

III. MATERNO FETALES:

- 1. Trabajo de Parto Detenido
- 2. Desproporción Céfalo pélvica
- 3. Enfermedades de Transmisión Sexual (Papiloma Virus, Herpes)
- 4. Primigestas (asimiladas, añosas o juveniles).

IV. MEMBRANO OVULARES

- 1. Placenta Previa Oclusiva parcial
- 2. Placenta Previa marginal Sangrante
- 3. Desprendimiento prematuro de Placenta Normo inserta
- 4. Insuficiencia Placentaria
- 5. Distocias funiculares (Prolapso de Cordón, Procúbito de Cordón, Procidencia, laterocidencia, brevedad y circular de cordón, Nudos de cordón (falso o verdadero.)

JUSTIFICACIÓN DE LAS INDICACIONES DE CESÁREAS

Presentación Viciosa: Toda aquella presentación que no permite el progreso normal del parto y que esencialmente crea distocias del mismo y complicaciones.

Distocias Óseas: Alteración de la anatomía ósea según los valores de pelvimetría establecidos como útiles para la evolución normal del parto.

Distocias de Partes Blandas: Todas aquellas partes blandas que se ven involucradas en el proceso del trabajo de parto y que no permitan el descenso del producto, entre ellas podemos mencionar:

- a) De índole anatómica (Rigidez, aglutinación, o edema del cuello)
- b) De índole funcional (secundaria a alteraciones de la dinámica uterina).

Tumores Previos: La presencia de un tumor en el canal del parto produce distocias del trabajo de parto y entre estos podemos mencionar cáncer cervicouterino invasor (complica la evolución del embarazo y parto), miomatosis uterina (no permite el encajamiento del producto), etc.

Herpes Genital: Se conoce que la madre con esta patología al dar a luz por la vía vaginal, el feto corre riesgo de infectarse con este virus y desarrollar enfermedades locales (conjuntivitis, infecciones orofaríngeas, etc.) o sistémicas, lo que la convierte en indicación de cesárea.

Plastias Vaginales Previas: Si se realiza parto vaginal posterior a una plastia vaginal se corre el riesgo de producir grandes alteraciones anatómicas (desgarro, laceraciones, hematomas, etc.)

Cesárea Anterior: Actualmente una cesárea anterior no es indicación absoluta de cesárea pero cuando se trata de dos o más cesárea es indicación de la misma por el riesgo de ruptura durante el trabajo de parto, sobre todo cuando hay factores

agravantes (producto grande, talla pequeña, periodo intergenésico corto, Kristeller, etc.)

Se debe de dar parto vaginal siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

1. El Período intergenésico sea igual o mayor de dos años.
2. Tener conocimiento del tipo de cirugía realizada (corporal, segmento corporal)
3. Que la cesárea no sea por la indicación anterior y que no tenga otras indicaciones absolutas.
4. Mantener siempre disponible cirujano quirófano y sangre por cualquier eventualidad
5. Que el producto sea cefálico y tenga una variedad de posición occipito iliaco izquierdo anterior (O.I.IA)

Ruptura Uterina: Se da como complicación de trabajo de parto sobre todo con paciente que tiene cesárea anterior, menos frecuentemente en pacientes con trabajo de parto prolongado, aplicación de Kristeller y/o uso inadecuado de oxitócicos.

Cardiopatías: En estas situaciones se producen grandes complicaciones materno fetales, con alta incidencia de morbi-mortalidad (partos prematuros, partos inmaduros, retardo del crecimiento intrauterino, mortinatos, muerte materna, etc.)

Hipertensión Arterial Crónica Descompensada: Aumenta el riesgo de morbi mortalidad de la madre y el feto debido al desequilibrio hemodinámica producido por la misma. Se observa una relación directa entre la descompensación de la hipertensión y las complicaciones del embarazo.

Nefropatía Crónica: La paciente en estado grávido aumento su volemia y si concomita con este tipo de patología se incrementa el trabajo para la función renal por lo que se descompensan fácilmente, ya sea antes, durante o después del parto

umentando de esta forma las complicaciones y el mal pronóstico para la madre y el producto, razón suficiente para interrumpir el embarazo según se crea conveniente.

Diabetes Mellitus: Generalmente estos pacientes en estado grávido presentan mayor grado de complicaciones que una gestante sin patologías agregadas, ya que incrementa las alteraciones placentarias tanto anatómica como funcionalmente, así como también el sistema cardiovascular y predispone al desequilibrio endocrino e hidroelectrolítico al igual que se complica el manejo general de la paciente. En el bebé produce alteraciones endocrinológicas anatómicas y frecuentemente produce mortinatos.

Preeclamsia: Es una patología de evolución, control y manejo complejo. Se caracteriza por proteinuria, edema, hipertensión arterial y/o convulsiones lo cual compromete el estado vital materno fetal. Se debe vigilar estrechamente según los protocolos de manejo e interrumpir el embarazo según se requiera.

Inductoconducción Fallida: La función de la Oxitocina es producir contracciones fisiológicas útiles para el trabajo de parto (triple gradiente de contracción). Es por eso que tiene su uso en algunas situaciones obstétricas y se debe de manejar según normas del uso de oxitocina. Si no evoluciona satisfactoriamente pueden presentarse distocias de contracción y otras complicaciones graves por lo que en este momento se convierte en indicación de cesárea (hiperdinamias uterinas, hipertonías uterinas, útero de Couvilliere, rupturas uterinas, etc.)

Sufrimiento Fetal Agudo: Consiste en la perturbación metabólica por disminución de los intercambios feto materno, de evolución rápida que altera la homeostasia fetal. Las lesiones más importantes que provoca son las del sistema nervioso central e incluso puede llegar hasta la muerte fetal.

El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo ofrece ciertas dificultades, desafortunadamente, cuando los signos son tan claros es frecuente que el niño nazca muy deprimido y consecuentemente aumentan las posibilidades de que se produzca un daño encefálico irreparable.

El empleo de monitoria electrónico fetal ante e intraparto, ha venido siendo evaluado ya que se le atribuye el incremento de la operación cesárea. Si el sufrimiento persiste posterior al manejo médico o sus causas no pueden corregirse, se debe extraer al feto, por la vía menos traumática que es la cesárea. Constituye la tercera causa del aumento de cesárea.

Cualquiera que sea la causa de este estado mórbido pone en riesgo la vida del feto por lo que es imperativo realizar cesárea.

Muerte Habitual del Feto: En estos casos los productos de la gestación se tornan muy valiosos por lo que sin lugar a duda se debe de dar un buen seguimiento del embarazo y valorar el momento óptimo para realizar la cesárea con el fin de disminuir el riesgo de muerte fetal.

Retardo del Crecimiento Intrauterino: Estos productos que cursan con retraso de crecimiento intrauterino son bien susceptibles a cambios hemodinámicos o funcionales maternos por lo que son propensos a sufrir mayor daño y en menor tiempo. Este hecho es un estado de alerta para indicar la cesárea según la evolución del embarazo y resultados del perfil biofísico.

Isoinmunización Grave: Es el Producto de la Gestación con Rh (+) hijo de madre Rh (-). Previamente sensibilizada con embarazos anteriores, la cual desencadena una reacción inmunológica provocando la hemólisis de los eritrocitos fetales.

Situación Viciosa: Pueden presentarse en diferentes formas las cuales desde el punto de vista clínica se dividen en:

- Las que no pueden ser parida vía vaginal (transverso) en cualquiera de sus modalidades.
- Las que si pueden ser parida (variedades pélvica completa e incompleta), pero que aumenta la morbi - mortalidad del binomio durante el parto y/o Puerperio.
- También existen las variedades de posición que se tornan distócicas las cuales no permiten el desarrollo de trabajo de parto normal y complica el estado general materno fetal, lo que las convierte en criterios de cesárea.

Trabajo de Parto Detenido: Si no evoluciona el Trabajo de parto fisiológicamente o aun con tratamiento farmacológico se debe realizar cesárea.

Trastornos Placentario: Son criterios de cesáreas todas aquellas que incrementa el riesgo de la madre y el niño.

Prolapso de Cordón: Es la expulsión del cordón umbilical por fuera de las membranas y delante de la presentación del producto. Si el trabajo de parto progresa en estas circunstancias comprime el cordón e interrumpe la circulación materna fetal y desencadena alteraciones en el feto e inclusive la muerte del mismo.

Indicaciones más frecuentes de la operación cesárea.

Criterios en la toma de decisión

Las principales implicaciones de la operación cesárea son:

1. Desproporción céfalo pélvica
2. Cesárea previa
3. Sufrimiento fetal
4. Ruptura prematura de membranas
5. Presentación pélvica

Aunque la ruptura prematura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas.

1.- Desproporción céfalo pélvica

Condición de origen materno, fetal o mixto, dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción céfalo pélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal, con buena actitud
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud
- Pelvis y feto normales con relaciones feto pélvicas ajustadas, después de una prueba de trabajo de parto infructuosa.

El diagnóstico de la desproporción céfalo pélvica, se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.

2.- Cesárea previa

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos asociados a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación.

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de ofrecer una prueba de trabajo de parto a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.

Se decidirá realizar la prueba de trabajo de parto, en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención, con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

3. Sufrimiento fetal

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso muerte fetal.

Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical).

El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico: En su forma crónica se presenta antes del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoinmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios. Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación.

4. Ruptura prematura de membranas

Es la salida de líquido amniótico, a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares, en embarazo mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 horas antes de inicio del trabajo de parto.

5. Presentación pélvica

La presentación pélvica ocurre en el 3-4 % del total de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo).

COMPLICACIONES

Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma

- Transoperatoria
- Postoperatoria
- Maternas
- Fetales

a) Transoperatorias: estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos

- Complicaciones maternas: hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, uréter, así como trombo embolismo de líquido amniótico y prolongación de la histerorrafia. La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que pueden ser respiratorias: hipoventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, broncoaspiración, broncoconstricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia, y cardiovasculares: hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardíaco.

- Complicaciones fetales: traumatismos, broncoaspiración, depresión respiratoria.

b) Postoperatorias: estas complicaciones dependen del momento de su presentación y pueden ser:

- 1) Inmediatas: hemorragia, hematoma, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleo paralítico.
- 2) Mediatas: infección puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, retención de restos placentarios o membranas, dehiscencia de la histerorrafia entre otras.
- 3) Tardías: ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos Adherenciales

c) Maternas:

Maternas inmediatas.

- Hemorragias
- Trauma vesical
- Lesiones de órganos (vejiga, intestino, etc.)
- Trauma a otros órganos (menos frecuente)
- Hipovolemia o shock
- Desgarro uterino Atonía Uterina

Maternas mediatas:

- Hematoma de herida quirúrgica.
- Infecciones de la Herida Quirúrgica.
- Abscesos de Pared
- Endometritis
- Endomiometritis
- Absceso Pélvico
- Peritonitis
- Septicemia
- Trastornos
- Hidroelectrolíticos
- Ileo metabólico
- Ileo paralítico.
- Eventración

Maternas Tardías:

- Obstrucción Intestinal
- Secundarias a Bandas o Bidas
- Adherencias múltiples
- Hernias
- Estéticas (queloides)

- Diastasis de los rectos abdominales.
- Fístulas (rectovaginales, vesicovaginales.)

d) Fetales:

Fetales Inmediatas:

- Lesiones con bisturí, tijera o pinzas
- Elongación de nervios (plexo braquial) por maniobras abruptas o
- mala técnica de extracción.
- Fracturas, luxaciones, contusiones de miembros en extracciones difíciles o mala técnica de extracción.
- Prematurez del Producto
- Depresión del sistema nervioso central y centro respiratorio
- Aspiración de Meconio.
- Bronco aspiración de líquido amniótico.

Antibioticoterapia en la operación cesárea

La realización de la operación cesárea conlleva riesgo de infección; la frecuencia y severidad de las infecciones depende de las condiciones en las que se realiza y con base en esto, puede considerarse como:

- a) Limpia
- b) Contaminada
- c) Séptica

a) Limpia: Se considera que una operación cesárea es limpia cuando se realiza en condiciones asépticas, sin defectos de la técnica, ni lesiones en los aparatos gastrointestinal o urinario. No hay reacción inflamatoria en la vecindad y la cavidad uterina no está contaminada. En ésta no hay necesidad de utilizar antibióticos.

b) Contaminada: Se considera de este modo cuando existen:

- Trabajo de parto de más de 6 hrs.

- Más de 6 tactos vaginales
- Membranas rotas entre 6 y 24 hrs.
- Antecedentes de amniocentesis o instrumentaciones
- Alto grado de dificultad en la técnica quirúrgica
- Anemia severa (Hb menor de 9 mg./dl.)
- Líquido amniótico meconial

Se utilizarán antibióticos de manera profiláctica desde el momento en el que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical.

c) Séptica: Cuando hay evidencia de infección clínica, supuración o presencia de materia fecal, en esta categoría se incluyen las cesáreas con uno o más de los siguientes factores:

- Cuadro febril
- Líquido amniótico fétido o caliente
- Ruptura de las membranas ovulares de más de 24 hrs.
- Cesáreas con alto grado de dificultad en la técnica quirúrgica.

La antibioticoterapia se mantendrá por vía endovenoso 72 hrs. y se completará el esquema según la evolución de la paciente, si ésta es desfavorable, se revalorará la conducta y se adecuará el tipo de antibiótico, de acuerdo a los protocolos del Comité para el uso racional de antibióticos de la unidad hospitalaria.

Requerimientos preoperatorios

La orientación y consejería en salud reproductiva se deberá iniciar desde la etapa prenatal, haciendo especial énfasis en la prolongación del periodo intergenésico y promoviendo la lactancia materna y el alojamiento conjunto. Estas acciones deberán reforzarse al ingreso de la paciente y durante su estancia en la sala de labor.

Antes de la operación cesárea deberán cubrirse los siguientes requisitos preoperatorios:

- Historia clínica perinatal completa, incluyendo exámenes de laboratorio y gabinete
- Consentimiento informado de la mujer o de un familiar responsable, y firma de la autorización para realizar la operación cesárea. Previamente se informará a la paciente el motivo de la operación cesárea, así como los riesgos que esto implica, en el caso de que la paciente opte por un método anticonceptivo transcesárea o postcesárea se recomendarán aquellos que no interfieran con la lactancia materna (dispositivo intrauterino medicado con cobre, oclusión tubaria bilateral o anticonceptivos hormonales que sólo contienen progestina) y se deberá contar con el consentimiento informado de la mujer. En el caso de la oclusión tubárica bilateral, por ser un método anticonceptivo permanente se requiere además la firma de consentimiento de la paciente en el formato institucional específico.

La decisión de la mujer de que se le practique oclusión tubárica bilateral en la resolución del embarazo no constituye, por sí misma, una indicación para realizar una operación cesárea.

VII.- DISEÑO METODOLOGICO

1. Tipo de estudio: Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, sobre las indicaciones de cesáreas en primigestas ingresadas al servicio de Obstetricia del Hospital Asunción de Juigalpa.
2. Población a estudio: Todas las pacientes que se realizó cesáreas en el año en estudio.
3. Universo: Del total de primigestas que se realizaron cesárea fue de 635 del período comprendido entre el 1 de Julio del 2016 al 30 de Junio del 2017.
4. Muestra: se revisaron un total de 623 expedientes clínicos de cesáreas realizadas en primigestas que cumplieron con los criterios de inclusión.
 - Tipo de muestreo:

La selección de la muestra se basó en muestreo no probabilístico, en el que se tomaron las primigestas a las cuales se le realizo cesárea como vía de finalización del embarazo.
 - Criterios de inclusión:
 - Primigestas ingresada al servicio de obstetricia.
 - Primigestas ingresada a sala de operaciones de urgencia, independiente del área geográfica de procedencia.
 - Criterios de exclusión:
 - Primigestas que finalizaron su embarazo en aborto o parto vaginal.
 - Embarazadas que se les realizó cesárea y que no eran primigestas.
5. Fuentes de Información:

La Fuente de información fue de carácter secundario: Expedientes clínicos de las pacientes primigestas a estudio que egresaron en el Hospital Asunción de Juigalpa con el diagnóstico de primigestas + puerperio post quirúrgico por cesárea.

6. Variables

O1, Caracterización socio demográficamente y obstétricas de las madres.

- ✓ Edad
- ✓ Escolaridad
- ✓ Procedencia
- ✓ Estado Civil
- ✓ No de APN
- ✓ Hospitalizaciones previas al ingreso
- ✓ Semanas de gestación del ingreso
- ✓ Días de hospitalización previa a la cesárea
- ✓ Tipo de cesárea

O2, Principales indicaciones de Cesárea.

- ✓ Patologías maternas previas
- ✓ Patologías durante el embarazo
- ✓ Criterio de realización de Cesárea

O3, Complicaciones durante la realización de cesárea.

- ✓ Tipo de complicaciones
- ✓ Sala de hospitalización postqx inmediato
- ✓ Condición del egreso
- ✓ Días de hospitalización postqx

Operacionalización de variables:

Variable	Definición	Escala
Edad	Periodo comprendido entre el nacimiento y el momento del estudio	10-19 años 20-35 años Más de 36
Procedencia	Origen geográfico donde proviene una persona.	Urbano Rural

Estado Civil	Condición o situación de una persona determinada por la relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma	Soltera Casada Acompañada Viuda
Escolaridad	Conjunto de cursos que una persona sigue en un establecimiento docente.	Ninguno Primaria Secundaria Superior completo Superior incompleto
No de APN	Número de controles realizados durante el embarazo	
Hospitalizaciones previas al ingreso	Ingresos hospitalarios durante el embarazo previo al ingreso para realizar cesárea	1. Si 2. No ¿Causas?
Semanas de gestación del ingreso	Número de semanas de embarazo, descrita en la hoja de ingreso	
Días de hospitalización	Número de días de hospitalización en la sala, a partir de su ingreso previo a la cesárea	
Patologías maternas previas	Patologías referidas por la pacientes previo al presente embarazo	1. Si 2. No ¿Cuáles?
Patologías durante el embarazo	Patologías presente en el presente embarazo	1. Si 2. No ¿Cuáles?
Indicación de cesárea	Eventos que se presentan en el embarazo que ponen en riesgo el bienestar materno fetal, por el cual hay que interrumpirlo.	Absolutas Relativas

Complicaciones	Condición que se dificulta la buena evolución de la paciente y que pone en riesgo la vida del binomio madre-hijo	1. Si 2. No ¿Cuáles?
Sala de hospitalización	Sala de hospitalización en el postqx inmediato	Maternidad UCIA
Días de hospitalización postqx	Número de días de hospitalización posterior a la cesárea	
Tipo de cesárea	Cesárea electiva es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vagina Cesárea urgente , es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno fetal o del pronóstico neurológico fetal.	Electiva Urgencia

7. Método o instrumento para recoger la información:

La Técnica o método para la obtención de información se basó en la fuente secundaria, a través de un Instrumento de recolección de datos que contenían las variables que permitieron darle salida a los objetivos planteados sobre las indicaciones de cesárea en primigestas.

8. Métodos e instrumentos para analizar información (PLAN DE ANALISIS):

Una vez finalizado el período de recolección de los datos, se creó una base de datos utilizando el conjunto de paquetes del programa computarizado SPSS.

Para el análisis univariado, la información fue resumida en tablas de distribución de frecuencia simple para cada una de las variables en estudio, utilizando algunas medidas como la media aritmética y el valor de P para realizar el análisis bi-variado.

Sesgos y consideraciones éticas

Para el control de posibles sesgos se buscaron a 2 recursos de enfermería para apoyar el levantamiento de la información y evitar manipulación de la información al momento de la revisión de los expedientes y además la base de datos fue digitada en 2 momentos y comparadas para evitar errores en la digitación, además de cotejar algunas fichas con la base de datos para control de calidad.

Los resultados serán presentados a la población a manera de devolución de la información a las autoridades del hospital con el fin de retroalimentar los resultados y que puedan realizar un plan de intervención.

VIII.- RESULTADOS

Se encontró una incidencia del cesárea del 39% de manera general de los nacimientos en 1 año de estudio, se revisaron un total de 623 expedientes de 635 cesáreas realizadas en primigestas de un total de 2055 (30.9%)

Posterior a la tabulación de los datos contenidos en el instrumento de recolección de información se agruparon los resultados por objetivos específicos.

OE1, Caracterización socio demográficamente y obstétricas de las madres.

En cuanto a la edad de las pacientes en estudio, se encontró que en su mayoría fueron pacientes en los rangos de edades entre 16 y 19 años **(312/623, 50%)**, seguido del grupo mayor de 20 años **(255/623, 41%)**, llama la atención que el grupo de adolescentes representó el **9%** de los casos, si sumamos los grupos menores de 20 años, podemos observar que obtendríamos un total de 59%. **(Ver cuadros 1, 2 y 3, Grafico 1)**

El nivel educativo de las pacientes en estudio fue mayor para primaria **(399/623, 64%)**, seguido del grupo de secundaria **(193/623, 30.5)**. **(Ver cuadros 4 y 5, Grafico 2)**, así como el estado civil fue mayor en el grupo de acompañadas con el **69%** **(430/623)**. **(Ver cuadro 6)**

En cuanto a la procedencia de las pacientes, en su mayoría pertenecen a municipios del que atiende administrativamente el SILAIS Chontales **(376/623, 60%)**, seguido del SILAIS Zelaya **(194/623, 31%)** y en su mayoría del área rural **(377/623, 61%)**. **(Ver cuadros 7 y 8)**.

El número de Atención prenatal (APN) que se realizaron las mujeres en estudio, fue en su mayoría 3 APN **(430/623, 69%)**, seguido de 2 APN **(95/623, 15%)**, solamente un pequeño porcentaje se realizaron 4 ó más APN **(83/623, 13%)**. **(Ver cuadros 9 y 10, Grafico 3)**.

OE2. Principales indicaciones de Cesárea.

Solamente el **9% (56/623)** de las pacientes refieren que estuvieron hospitalizadas durante el embarazo, las causas de sus ingresos fueron: Hipertensión Gestacional (**18/56, 32%**) Amenaza de parto prematuro (**14/56, 25%**) y Amenaza de Aborto e Infección de Vías Urinarias (**8/56, 14%**). (**Ver cuadros 11 y 12**).

En cuanto a las semanas de gestación al momento del ingreso el **32% (200/623)** tenían 37 semanas, el **26% (162/623)** tenían 39 semanas, el **21% (129/623)** tenían 38 semanas, al reorganizar la variable encontramos que el **48% (302/623)** eran pretermino y el **47% (291/623)** Atermino. (**Ver cuadros 13 y 14**).

La mayoría de las pacientes ingresadas y que se les practicó cesárea, fueron ingresada y operadas como máximo 3 días **87% (540/623)** y de 4 a 7 días **11% (70/623)**, solamente un 2% permanecieron por más de 8 días ingresadas antes de la cesárea. (**Ver cuadros 15 y 16**). Esto coincide con el **92% (572/623)** de las cesáreas que fueron de emergencia. (**Ver cuadro 17 y Grafico No 4**).

Solamente el **1% (7/623)** reportan tener patologías maternas previas al embarazo, siendo las referidas: Infección de vías urinarias a repetición en 2 de los casos, la esquizofrenia, el hipotiroidismo, insuficiencia venosa, Infección de transmisión sexual y la Tricomoniasis con 1 caso cada una. (**Ver cuadros 18 y 19, Grafico No 4**). El **15% (95/623)** desarrollaron patologías durante el embarazo, siendo la principal causa la Hipertensión Gestacional en el **95% (87/92)** de los casos. (**Ver cuadros 20 y 21**)

Los principales diagnósticos de ingresos fueron en su mayoría, los que están relacionados a la descompensación de la presión arterial como la Hipertensión Gestacional y la Preclampsia **26% (163/623)** y el riesgo de pérdida de vitalidad fetal **23% (141/623)**, y la desproporción céfalo pélvica con el **17% (105/623)**. (**Ver cuadro 22**).

OE3, Complicaciones durante la realización de cesárea.

El **2% (13/623)**, presentaron complicaciones en el postquirúrgico, siendo las principales: La preclampsia en el **62% (8/13)**, la atonía uterina y la hemorragia en el **15% (2/13)** y la cefalea post punción **8% (1/13)**. (Ver cuadro 24, Grafico No 6 y 7).

Así mismo el **2% (12/623)**, pasaron su post quirúrgico inmediato en unidad de cuidados intensivo (UCIA) para vigilancia estricta de la complicación, coincidiendo con el mayor número de días de hospitalización donde predominó el grupo de hasta 3 días **98% (613/623)**. (Ver cuadros 25 y 26).

Al relacionar la edad (menores de 20 años y mayores de 20 años), no se encontró relación significativa con la aparición de preclampsia (**Chi 0.1 / P: 1.0 / 0.73 – 1.52**), igual con la realización de APN de 3 o menos (**Chi 0.9 / P: 0.79 / 0.49 – 1.2**), el tipo de cesárea no fue influida por la edad (**Chi 0.3 / P: 1.1 / 0.6 – 2.1**), de igual forma con la ocurrencia de complicaciones (**Chi 0.9 / P: 0.5 / 0.1 – 1.7**).

Con respecto a la relación Edad y DCP, se encontró relación significativa, una mujer menor de 20 años tiene **2.2** más probabilidad de ser diagnosticada como DCP y realizarse una cesárea de urgencia (**Chi 12.09 / P: 2.2 / 1.4 – 3.6**), así como con los días de hospitalización, se encontró una fuerte asociación con la edad, una mujer menor de 20 años tiene **3.4** veces más posibilidad de tener una estancia hospitalaria menor de 3 días, (**Chi 3.5 / P: 3.4 / 1.8 – 13.4**). (Ver cuadros 27, 28, 29, 30, 31 y 32).

No se encontró relación significativa entre el lugar de procedencia y el Número de APN realizado (**Chi 0.18 / P: 1.1 / 0.6 – 1.7**), así como con el tipo de cesárea (**Chi 1.3 / P: 1.3 / 0.7 – 2.4**). (Ver cuadros 33 y 34).

Al relacionar el Número de APN realizado y las patologías durante el embarazo no se encontró asociación significativa (**Chi 0.8 / P: 0.7 / 0.4 – 1.3**), así como con la ocurrencia de complicaciones (**Chi 0.04 / P: 0.8 / 0.1 – 3.8**). (**Ver cuadros 35 y 36**).

Al relacionar la presencia de patologías previas al embarazo y las patologías durante el embarazo se encontró una fuerte asociación significativa (**Chi 18 / P: 15 / 2.9 – 79.5**), una mujer con antecedente de patología previa al embarazo **15** veces más probabilidades de presentar una patología durante el embarazo. (**Ver cuadro 37**).

IX.- ANALISIS Y DISCUSION

La incidencia del cesárea encontrada en el período de estudio (39%) es alta en comparación con otros hospitales y por arriba de la media nacional del 36% según cifras del MINSA y muy alto en comparación con Cuba del 15 y América del Sur con 185, al igual el 30.9% de cesáreas a primigestas a pesar que Artiles et al, en el Hospital Militar en el año 2014, encontró que el 50% de las cesáreas realizadas fueron a primigestas.

La edad coincide con los estudios donde las edades más frecuentes son las menores de 20 años a pesar de que la edad no es un criterio de cesárea, además en el estudio se encontró que las adolescentes (menor de 15 años) representa el 9% porcentaje que puede venir en aumento en los últimos años, con respecto al estado civil resultados como el de Dayanne en el año 2010 el 56% estaban casada contradictorio con este estudio donde las pacientes casadas son el 23%, pero si coincide con la realidad de las parejas nicaragüenses que en su mayoría están en unión libre.

El porcentaje de primigestas que fueron hospitalizadas durante su gestación es del 9%, porcentaje muy baja tomando en cuenta el índice ocupacional de las salas mayor del 90% y principalmente de menores de 20 años, las patologías encontradas si coinciden con las principales causas de ingreso de las embarazadas: Hipertensión Gestacional, Amenaza de parto prematuro, Amenaza de Aborto e Infección de Vías Urinarias.

Era de esperar que las pacientes fueran operadas en un tiempo menor de ingreso hospitalario y así lo encontramos en el estudio donde el 87% se les realizo cesáreas con menos de 3 días de estancia y solamente el 2% permanecieron con más de 8 días, además coincide con el porcentaje de cesáreas de urgencia (92%)

Es de esperar que el porcentaje de primigestas que reportan patologías previas al embarazo fuera menor, ya que si tomamos en cuenta que en su mayoría son

mujeres menores de 20 años, las patologías coinciden con las estadísticas registrada como principales motivos de consulta en las embarazadas, siendo estas las infecciones de vías urinarias a repetición y las vaginitis.

El desarrollo de las patologías en el embarazo coincide con los datos de ingreso a los servicios de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y Maternidad como son: Hipertensión Gestacional.

Los diagnósticos de ingresos están relacionados a patologías esperadas durante el embarazo como la Hipertensión Gestacional y la Preclampsia, riesgo de pérdida de vitalidad fetal y la desproporción céfalo pélvica, datos similares encontraron Dayanne Rakelly de Oliveira en el año 2010, donde encontró la desproporción céfalo pélvica y complicación del trabajo de parto. Asimismo Pavón Castro, en el año 2012 en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Bertha Calderón, encontró que el síndrome Hipertensivo gestacional, la Preclampsia y la eclampsia fueron los principales motivos de ingreso.

Era de esperar que posterior a las capacitaciones recibidas por el personal médico cada día las complicaciones sean menores, así podemos demostrar estos resultados donde solamente el 2% de las cesáreas presentaron complicaciones en el postquirúrgico, siendo la preclampsia la principal complicación, seguido de la atonía uterina y la hemorragia, por lo que los ingresos a UCIA y la estancia hospitalaria mayor de 3 días posterior a cesárea fue del 2% solamente.

La edad como factor asociado, era de esperar que influyera en la aparición de preclampsia, la captación tardía por esconder el embarazo y como resultado la realización menos APN de 3 o menos y la ocurrencia de complicaciones, pero se encontró lo contrario en el estudio, no así en la realización de cesárea por DCP y en los días de hospitalización post cesárea que se encontró una relación significativa de **2.2 y 3.4** respectivamente, siendo un factor de protección.

La procedencia, así como el número de APN realizados no influyó en las patologías en el embarazo ni en la ocurrencia de complicaciones. Las patologías previas al embarazo aparece como factor de riesgo para las patologías durante el embarazo con una fuerte asociación significativa **P: 15.**

X.- CONCLUSIONES

La incidencia de cesáreas encontradas en el período de estudio fue del 39% del total de partos en el mismo período y el porcentaje de primigestas con cesáreas es del 30.9 del total de cesáreas.

La edad que predominó fueron las menores de 20 con el 59%, además la edad fue determinante para indicar una cesárea por Desproporción céfalo pélvica (DCP) y en disminuir la estancia hospitalaria en menos de 3 días.

La mayoría de las mujeres tienen educación primaria y son del área rural y solamente el 13% tienen documentado 4 o más Atención prenatal (APN).

El 9% de las primigestas que fueron hospitalizadas durante su gestación y las patologías encontradas fueron: Hipertensión Gestacional, Amenaza de parto prematuro, Amenaza de Aborto e Infección de Vías Urinarias.

El 87% de las embarazadas se les realizó cesárea con menos de 3 días de estancia y el 92% de las cesáreas fueron de urgencia.

El 1% refiere patologías previas al embarazo, siendo estas las infecciones de vías urinarias a repetición y las vaginitis.

Las patologías en el embarazo coincide con los datos de ingreso a los servicios de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y Maternidad como son: Hipertensión Gestacional.

Los diagnósticos de ingresos y criterios de cesárea fueron: Hipertensión Gestacional y la Preclampsia, riesgo de pérdida de vitalidad fetal y la desproporción céfalo pélvica.

La complicación presentada posterior a las cesáreas fue del 2%, porcentaje que coincide con los ingresos a las Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA) y al tiempo de hospitalización post cesárea mayor de 3 días.

Las patologías previas al embarazo aparecen como factor de riesgo para las patologías durante el embarazo.

XI.- RECOMENDACIONES

Al Nivel Central:

- Reducir la incidencia de cesáreas mediante estrategias que puedan incidir en la disminución de las cesáreas y lograr porcentajes aceptados internacionalmente y dentro del rango establecido por la OMS y OPS.
- Continuar la actualización de las normativas que rigen la práctica médica en relación a la indicación cesárea como es el caso de: Protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas – Normativa 109.
- Considerar actualizar la Historia Clínica perinatal puesto que muchas indicaciones de cesárea estaban clasificadas como otras, por no estar evidente en dicha hoja lo que no permite estipular la indicación.

A los distintos SILAIS de Nicaragua:

- Capacitar periódicamente al personal de salud, actualizando en este tema evitando someter a riesgos innecesarios al binomio madre- hijo y no incrementar gastos al sistema de salud.
- Proponer y establecer medidas que determinen la frecuencia de cesárea.

A los Hospitales Materno Infantiles de Nicaragua:

- Establecer medidas organizativas en torno a la indicación de cesárea, cuyo fin sea disminuir la tasa de cesáreas primarias a través de los medios que la institución considere conveniente.
- Evaluaciones permanentes a los expedientes clínicos de pacientes que se les realizó cesárea.

XII.- BIBLIOGRAFIA

1. DOF: 07/04/2016, NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
2. Constance P. Una epidemia de Cesárea. BID América: fechado Julio-Agosto 2000. Revista del Banco interamericano de Desarrollo. Tomado el 24 de octubre 2002.
<http://www.iadb.org/idbamericana/archive/stories/2000/esp/aGO00c/c800i.htm>
3. Tesis, Manejo de Embarazo prolongado, Hospital FVP- Managua, 2001.
4. Dayanne Rakelly de Oliveira, Estudio de las indicaciones de parto por cesárea en primigestas en el municipio de barbalha-ceará | rev. rene. fortaleza, v. 11, n. 3, p. 114-121, jul./set.2010
5. Pavón Castro, Harley, Morbimortalidad de las pacientes adolescentes ingresadas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de mayo 2009 a mayo 2011, Managua, marzo 2012
6. Causas de hospitalización de pacientes en la sala de alto riesgo obstétrico del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños del 1 de abril del 2012 al 31 de marzo del 2013, Dra. María Alejandra Amador Artiles , Julio 2014
7. Narváez Rojas, Alexis, indicaciones de cesárea en el Hospital Bertha Roque, Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía general, Managua año 2014
8. Morgan, E. & Castillo M. (2014). Indicaciones de cesárea en el servicio de Gineco-Obstetricia de Hospital Humberto Alvarado Vásquez, Masaya en el período enero 2012 - enero 2013 (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua
9. Matute Belkis, et al Comportamiento Epidemiológico de la operación cesárea, Hospital Bertha Calderón Roque, febrero a julio del 2015, Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía general
10. Matus, Alejandro, Incidencia de cesárea en primigestas ingresadas en el servicio de labor y parto del hospital alemán nicaragüense. Tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía, 2016.
11. World Health Organization. “Adolescent Pregnancy”, Department of Making Pregnancy Safer, Geneva. MPS Notes 2012
12. Schwarcz, Sala, Divergentes, Ricardo L. Schwarcz Obstetricia. 5ta edición, 4ta reimpresión, Buenos Aires: El Ateneo, 2005, Arpestra 601.

XIII.- ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Incidencia de cesárea en primigestas ingresada en el servicio de Obstetricia del Hospital Asunción de Juigalpa, en el periodo comprendido de julio 2016 a junio 2017.

I.- Características de las pacientes

1.- Edad_____

2.- Escolaridad:

a) Ninguno___ b) Primaria___ c) Secundaria___ d) Superior___

3.- Procedencia:

a) Urbano___ b) Rural___

4.- Estado Civil:

a) Soltera___ b) Casada___ c) Acompañada___ d) Viuda___ e) Otro___

5.- No de APN: _____

6.- Hospitalizaciones durante el embarazo

Si: _____ No: _____

7.- Causas

a) DCP___ b) RPM___ c) Parto detenido___ d) Embarazo prolongado___

e) Placenta previa f) DPPNI___ g) SHG h) Preclampsia___

i) Eclampsia j) Sufrimiento fetal___ k) Macrosomico___ l) Otro_____

8.- Semanas de Gestación: _____

9.- Días de hospitalización previos a la cesárea: _____

10.- Tipo de cesárea

a).- Electiva: _____ Urgencia: _____

II.- Indicaciones de Cesáreas

11.- Patologías maternas previas

Si: _____ No: _____

12.- ¿Cuáles?

a) _____

- b) _____
- c) _____

13.- Patologías durante el embarazo
Si: _____ No: _____

14.- ¿Cuáles?

- a) _____
- b) _____
- c) _____

15.- Criterios para realización de cesárea
a) _____
b) _____

III.- Complicaciones y condiciones del egreso

16.- Complicaciones durante la cesárea
Si: _____ No: _____

17.- Cuales
a) _____
b) _____
c) _____

18.- Sala de hospitalización postqx inmediato
a) UCIA: _____ b) Maternidad: _____

19.- Días de hospitalización postqx: _____

Cuadro No. 1: Edad de las pacientes primigestas con cesárea

Edad en años	Frec	%
12	3	0.5
13	3	0.5
14	14	2.2
15	36	5.8
16	68	10.9
17	96	15.4
18	101	16.2
19	47	7.5
20	96	15.4
21	30	4.8
22	71	11.4
24	32	5.1
26	26	4.2
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 2: Edad de las pacientes primigestas con cesárea según rango de edad

Edad en rangos de edades	Frec	%
12 - 15 Años	56	9
16 - 19 Años	312	50
20 Años y mas	255	41
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 3: Edad de las pacientes primigestas con cesárea, según rango de edad

Edad en rangos de edades	Frec	%
Menor de 20 Años	368	59
20 Años y mas	255	41
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 4: Escolaridad de las pacientes primigestas con cesárea

Escolaridad	Frec	%
Ninguna	3	0.5
Primaria	399	64.0
Secundaria	190	30.5
Superior	31	5.0
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 5: Escolaridad de las pacientes primigestas con cesárea

Escolaridad	Frec	%
Hasta primaria	402	64.5
Secundaria y superior	221	35.5
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 6: Estado civil de las pacientes primigestas con cesárea

Estado civil	Frec	%
Soltera	50	8
Casada	143	23
Acompañada	430	69
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 7: Procedencia de las pacientes primigestas con cesárea, según SILAIS

SILAIS	Frec	%
Chontales	376	60
Zelaya	194	31
Otros	53	9
Total	623	100

Cuadro No. 8: Procedencia de las pacientes primigestas con cesárea

Procedencia	Frec	%
Urbano	246	39
Rural	377	61
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 9: Número de APN en pacientes primigestas con cesárea

APN	Frec	%
1	15	2
2	95	15
3	430	69
4	54	9
5	23	4
6	6	1
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 10: Número de APN en pacientes primigestas con cesárea

APN	Frec	%
Hasta 3 APN	540	87
4 y más APN	83	13
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 11: Hospitalización durante su embarazo en pacientes primigestas con cesárea

Hospitalizaciones	Frec	%
Si	56	9
No	567	91
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 12: Causas de hospitalización durante su embarazo en pacientes primigestas con cesárea

Causas	Frec	%
Amenaza de Aborto	8	14
Anemia	2	4
Amenaza de parto prematuro	14	25
Hipertensión Gestacional	18	32
Infección de transmisión sexual	1	2
Infección de vías urinarias	8	14
Traumas	1	2
Vaginitis	4	7
Total	56	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 13: Semanas de gestación de pacientes primigestas con cesárea

Semanas	Frec	%
34 Semanas	23	4
35 Semanas	1	0
36 Semanas	78	13
37 Semanas	200	32
38 Semanas	129	21
39 Semanas	162	26
40 Semanas	26	4
41 Semanas	4	1
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 14: Semanas de gestación de pacientes primigestas con cesárea

Semanas	Frec	%
Pretermino	302	48
Atermino	291	47
Posttermino	30	5
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 15: Días previos de hospitalización para la realización de cesárea de pacientes primigestas.

Días	Frec	%
1 - 3 días	540	87
4 - 7 días	70	11
8 - 10 días	9	1
11 días y mas	4	1
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 16: Días previos de hospitalización para la realización de cesárea de pacientes primigestas.

Días	Frec	%
Hasta 7 días	610	98
8 días y mas	13	2
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 17: Clasificación de la cesárea en pacientes primigestas.

Tipo de cesárea	Frec	%
Electiva	51	8
Urgencia	572	92
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 18: Patologías maternas previas al embarazo en pacientes primigestas.

Patologías	Frec	%
Si	7	1
No	616	99
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 19: Tipo de patologías maternas previas al embarazo en pacientes primigestas.

Patologías	Frec	%
Esquizofrenia	1	14
Hipotiroidismo	1	14
Insuficiencia venosa	1	14
ITS	1	14
IVU a repetición	2	29
Tricomoniasis	1	14
Total	7	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 20: Patologías maternas durante el embarazo en pacientes primigestas.

Patologías	Frec	%
Si	92	15
No	531	85
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 21: Tipo de patologías maternas durante el embarazo en pacientes primigestas.

Patologías	Frec	%
Hipertensión Gestacional	87	95
Hipotiroidismo	1	1
IVU	1	1
Vaginitis	2	2
Varices genitales	1	1
Total	92	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 22: Diagnósticos de ingreso de pacientes primigestas con cesárea

Diagnósticos	Frec	%
Preclampsia/HG	163	26
DCP	105	17
DPPNI/PP	12	2
Trabajo de parto prolongados	66	11
Infecciones	48	8
RPM	38	6
Riesgo de vitalidad fetal	141	23
Poli-oligoamnios	45	7
Otros	5	1
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 23: Complicaciones maternas en pacientes primigestas con cesárea

Complicaciones	Frec	%
Si	13	2
No	610	98
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 24: Tipo de complicaciones maternas en pacientes primigestas con cesárea

Complicaciones	Frec	%
Atonía uterina	2	15
Cefalea	1	8
Hemorragias postparto	2	15
Preclampsia	8	62
Total	13	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 25: Sala de destino de pacientes primigestas con cesárea

Salas	Frec	%
UCIA	12	2
Maternidad	611	98
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 26: Días de hospitalización Sala de pacientes primigestas con cesárea

Días	Frec	%
Hasta 3 días	613	98
4 días y mas	10	2
Total	623	100

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 27: Relación edad y preclampsia/HG

Edad	Preclampsia/HG	
	Si	No
Menor de 20 Años	27%	73%
20 Años y mas	26%	74%
Chi 0.101	P: 1.061	0.737 - 1.52

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 28: Relación edad y DCP

Edad	DCP	
	Si	No
Menor de 20 Años	21%	79%
20 Años y mas	11%	89%
Chi 12.09	P: 2.2	1.4 - 3.6

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 29: Relación edad y No de APN.

Edad	APN	
	Hasta 3	4 y mas
Menor de 20 Años	86%	14%
20 Años y mas	88%	12%
Chi 0.9	P: 0.79	0.49 - 1.2

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 30: Relación edad y tipo de cesárea

Edad	Cesárea	
	Electiva	Urgencia
Menor de 20 Años	9%	91%
20 Años y mas	8%	92%
Chi 0.3	P: 1.1	0.6 - 2.1

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 31: Relación edad y complicaciones

Edad	Complicaciones	
	Si	No
Menor de 20 Años	2%	98%
20 Años y mas	3%	97%
Chi 0.9	P: 0.5	0.1 - 1.7

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 32: Relación edad y días de hospitalización post cesárea

Edad	Días postqx	
	Hasta 3	4 y mas
Menor de 20 Años	99%	1%
20 Años y mas	88%	12%
Chi 3.5	P: 3.4	1.8 - 13.4

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 33: Relación procedencia y No de APN

Procedencia	APN	
	Hasta 3	4 y mas
Urbano	87%	13%
Rural	86%	14%
Chi 0.18	P: 1.1	0.6 - 1.7

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 34: Relación procedencia y tipo de cesárea

Procedencia	Cesárea	
	Electiva	Urgencia
Urbano	10%	90%
Rural	7%	93%
Chi 1.3	P: 1.3	0.7 - 2.4

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 35: Relación No de APN y Patologías durante el embarazo

APN	Patologías	
	Si	No
Hasta 3	14%	86%
4 y más APN	18%	82%
Chi 0.8	P: 0.7	0.4 - 1.3

Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 36: Relación No de APN y Complicaciones post quirúrgicas

APN	Complicaciones	
	Si	No
Hasta 3	14%	86%
4 y más APN	18%	82%
Chi 0.04	P: 0.8	0.1 - 3.8

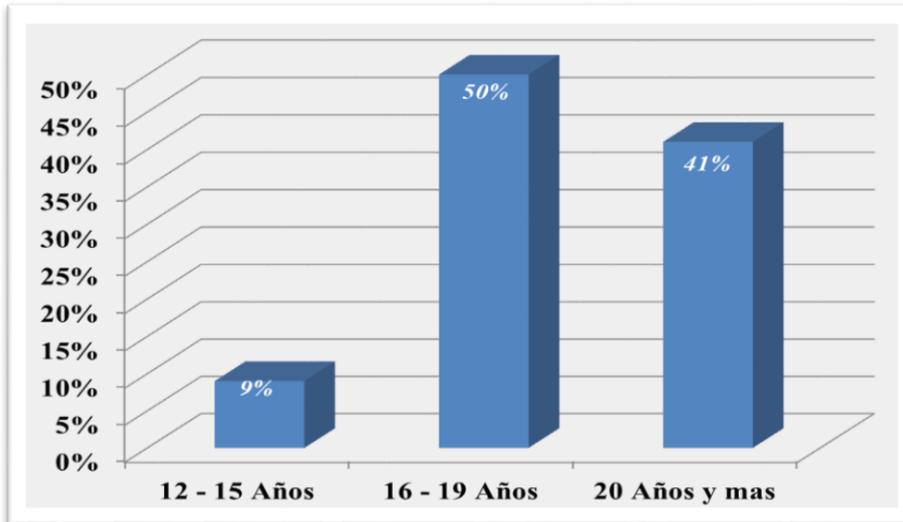
Fuente: Expediente Clínico

Cuadro No. 37: Relación Patologías previas y Patologías durante el embarazo

Patologías	Patologías	
	Si	No
Si	71%	29%
No	14%	86%
Chi 18.0	P: 15	2.9 - 79.5

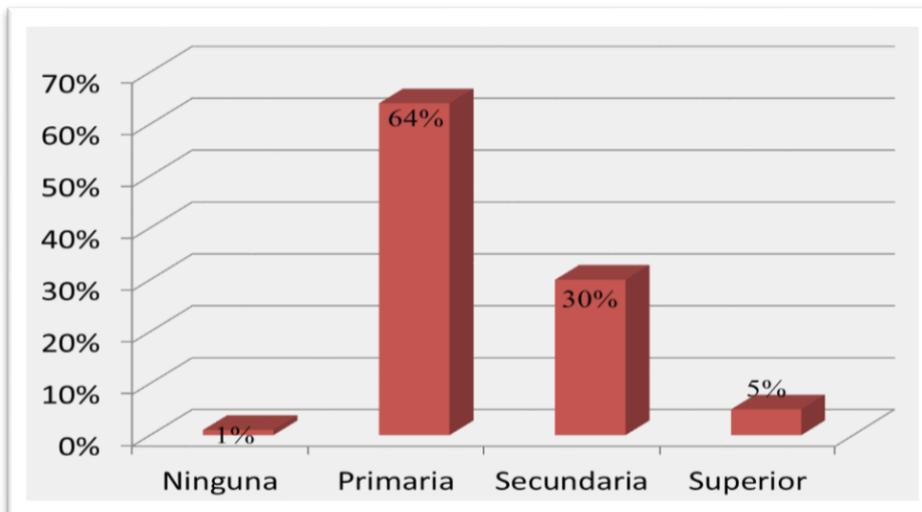
Fuente: Expediente Clínico

Gráfico No. 1: Edad Materna



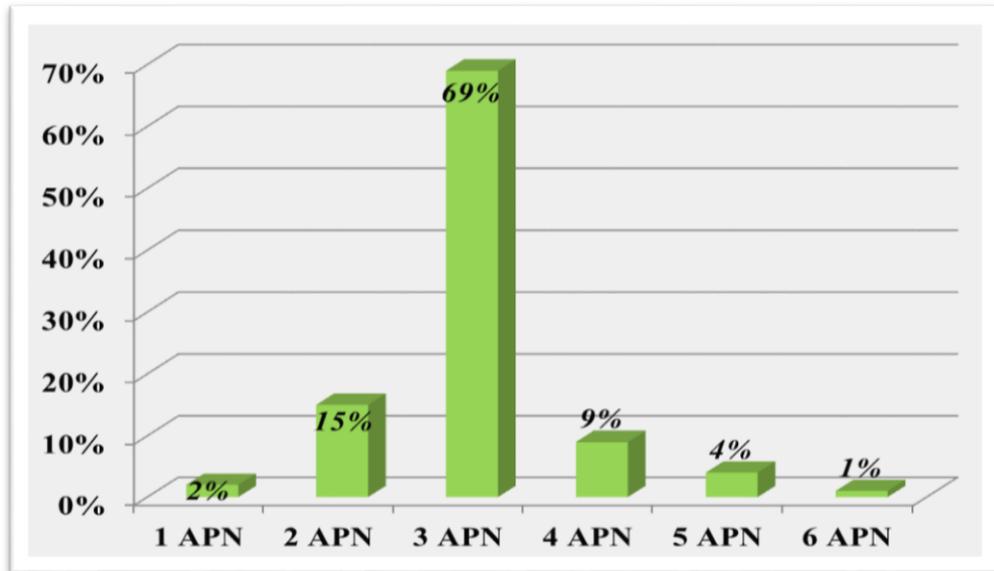
Fuente: cuadros 1, 2 y 3

Gráfico No. 2: Escolaridad de las pacientes



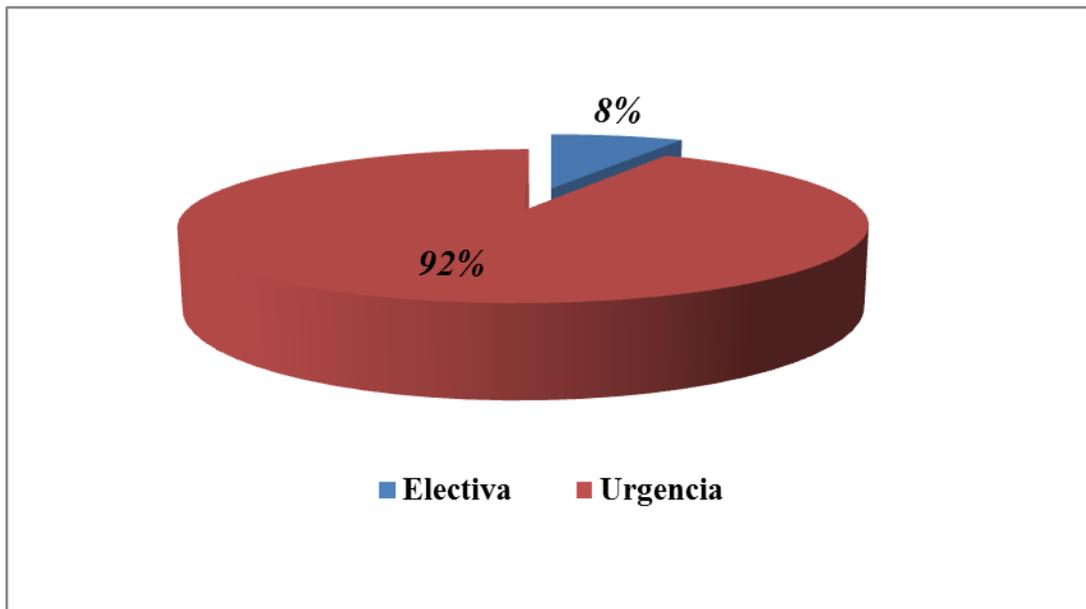
Fuente: cuadros 4 y 5

Gráfico No 3: No. APN realizados



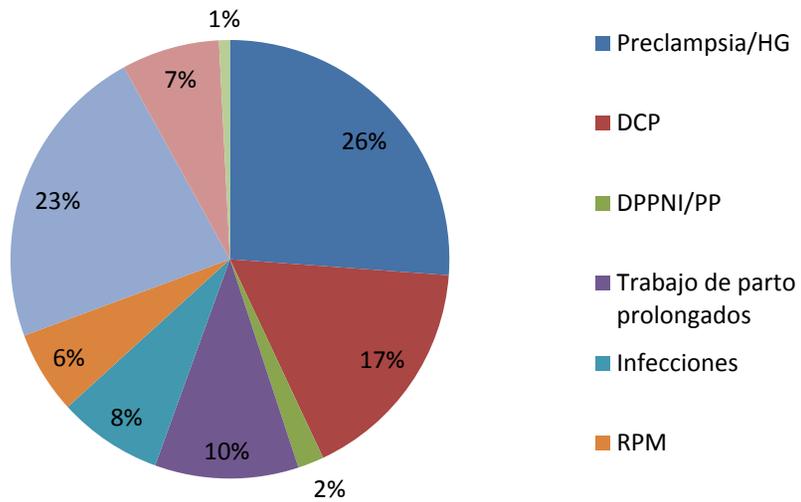
Fuente: cuadros 9 y 10

Gráfico No. 4: Clasificación de la Cesárea



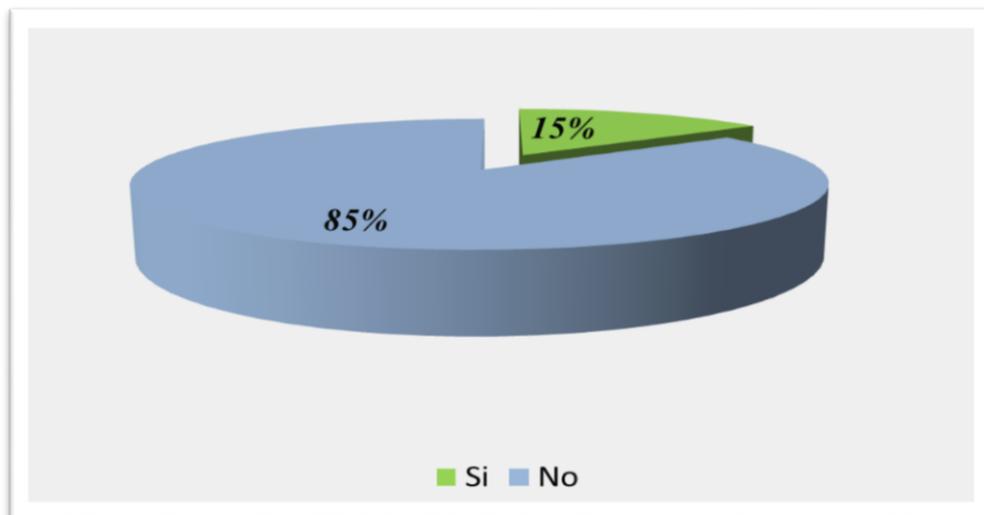
Fuente: Expediente Clínico

Gráfico No. 5: Diagnóstico de Ingreso



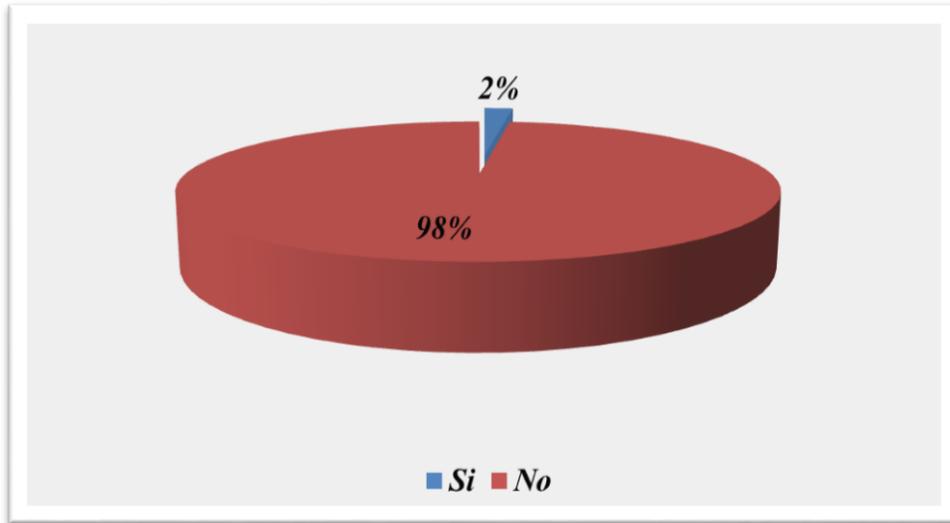
Fuente: Expediente Clínico

Gráfico No. 6: Patologías durante el embarazo



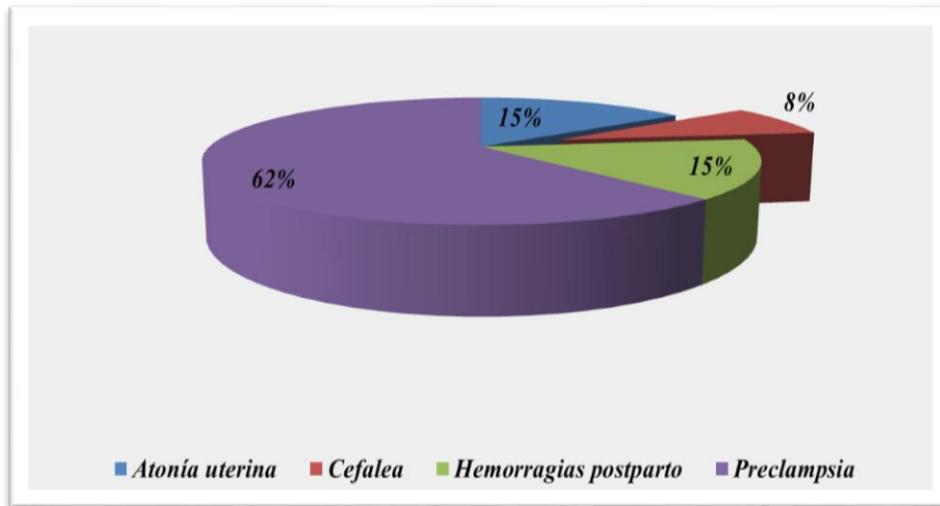
Fuente: Expediente Clínico

Gráfico No. 7: Complicaciones Post cesárea



Fuente: Expediente clínico

Gráfico No. 8: Tipo de complicaciones Post cesárea



Fuente: Expediente clínico