

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua
Facultad de Ciencias Médicas



Tesis Monográfica para optar al Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Tema:

Indicación de cesárea primitiva de urgencia en pacientes con embarazo a término, atendidas en el Hospital Bautista en el período de Diciembre 2018 a Diciembre 2019.

Autora:

Dra. María Lucía Ramírez Matute.
Médico y Cirujano General

Tutora Científica:

Dra. Xóchitl Centeno Escoto
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia

Asesora Metodológica:

Dra. Génesis Mayorga Castro
Médico Especialista en Patología
UNAN-Managua/HEALFM

Managua, Nicaragua

Marzo 2020

DEDICATORIA

A Dios:

Por su fidelidad a mis sueños y cumplimiento de sus promesas en mi vida.

A mis amados padres:

Regis y Lucía, que con su dedicación, amor y apoyo incondicional, no han dejado de esforzarse por darme las mejores herramientas de la vida para salir adelante.

A mi amado esposo:

Lester, cómplice de mis metas, por darme las fuerzas y la confianza para lograr un peldaño más en mi formación.

A mis queridos hermanos:

Regis y Marlon, mis primeros amigos, quienes aún en la distancia no han dejado de escucharme y guiarme con amor.

A mis pacientes:

Por darme la oportunidad de compartir con ellas su vida, su enfermedad y su valor, reafirmando mi compromiso hacia su bienestar y sentido a mi profesión.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora Dra. Xochilt Centeno y mi asesora metodológica Dra. Génesis Mayorga por su paciencia y valioso apoyo en la realización de esta tesis, gracias por sus conocimientos y experiencia al guiarme en la realización del presente trabajo investigativo.

OPINIÓN DEL TUTOR

En la actualidad los servicios de salud a nivel mundial han realizado diferentes esfuerzos para disminuir la tasa global de cesáreas, según la OMS no debería superar del 10-15%.

Las indicaciones para su realización están categorizadas en cuanto a la prontitud necesaria para llevarlas a cabo en 4 categorías según el nivel de urgencias y electivas en causas fetales, maternas y ovulares.

Reconozco el esfuerzo realizado por la Dra Ramírez Matute en cuanto a llevarnos nuevamente a analizar los criterios para indicar una cesárea primitiva de urgencia, en base a las normas actuales y en el contexto de nuestras pacientes atendidas como aseguradas INSS.

Cabe destacar que es el primer trabajo realizado en esta institución que aborda específicamente las cesáreas primitivas, que se puede tomar como referencia para trabajos investigativos posteriores.

Esperando sean de utilidad las recomendaciones basadas en los resultados, resaltando el hecho de retomar la revisión continua de casos, manejo adecuado del expediente clínico, capacitación médica continua con la finalidad de mejorar la calidad de atención a nuestras pacientes que siempre ha caracterizado a esta institución.

Dra. Xóchitl Centeno Escoto
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia
Tutora Científica

RESUMEN

La cesárea es un método eficaz para salvar la vida de las madres y neonatos solamente cuando éstas son necesarias por criterios médicos. Sin embargo, puede conllevar a un aumento del gasto del presupuesto nacional de salud y los riesgos de morbi-mortalidad materna severa pueden llegar a triplicarse al terminar el embarazo por esta vía.

El presente estudio expone las indicaciones maternas, fetales y ovulares de cesárea primitiva urgente en 236 pacientes con embarazos a término atendidas en el hospital Bautista en el período de diciembre 2018 a diciembre 2019, utilizando un método descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con un alcance observacional. Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 23, y los resultados expuestos a través de tablas expresados en frecuencias y porcentajes, esquematizados en gráficos de tipo pastel. Encontrando lo siguiente:

Edad de las pacientes estaban entre los 20-34 años, con nivel universitario, estado civil casadas, con trabajo formal y cotizantes INSS, con talla mayor o igual 1.5 mts, estado nutricional adecuado. Antecedentes gineco obstétricos predominio primigestas seguido por bigestas múltiparas, con un período intergésico menor de 2 años y entre 2-5 años, sin patologías maternas asociadas, con más de 4 controles prenatales, una edad gestacional al momento de la indicación de cesárea entre 39 a 40 6/7 semanas de gestación, sin trabajo de parto, con inducto conducción presente en casos que lo ameritaban , adecuado registro de partograma en pacientes en trabajo de parto y realización de monitoreo fetal previo e intra parto.

Criterios de indicación de cesárea primitiva de urgencia fueron el 57% por causas fetales, sin embargo 15.7% de éstas no tenían verdaderos criterios de urgencia; el 29% por causas maternas y de éstas el 20.7% sin criterios de urgencia y un 14% por causas ovulares identificando que el 19.5% no encajan dentro de los diagnósticos de cesárea

urgente. Se observó que el tiempo de decisión- incisión el intervalo que predominó fue de 30-75 minutos, de éstas los criterios maternos con mayor rapidez de decisión- incisión fueron expulsivo prolongado y parto obstruido; en cuanto a los fetales fueron pérdida de bienestar fetal y presentación fetal distócica; y con respecto a los criterios ovulares fueron prolapso de cordón, placenta previa sangrante e infección ovular.

Complicaciones maternas presentadas secundarias al procedimiento quirúrgico fueron de del 10% entre ellas hemorragia pos parto y atonía uterina cursando con anemia severa con requerimiento de transfusión. El tiempo promedio de estancia intrahospitalaria hospitalaria fue de 24 horas, con prolongación de ésta según presencia de patologías maternas de base a compensar, o vigilancia de alguna complicación pos quirúrgica.

Puntaje APGAR obtenido en los neonatos nacidos por vía cesárea de urgencia primitiva fue mayoritariamente adecuado 8-10 pts independiente de la indicación.

Palabras clave: Criterios de cesárea, cesárea urgente primitiva, embarazo a término.

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
OPINION DEL TUTOR	iii
RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACIÓN	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
OBJETIVOS.....	11
MARCO REFERENCIAL	13
HIPÓTESIS.....	23
MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
RESULTADOS	35
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	36
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	49

INTRODUCCIÓN

La cesárea son un método eficaz para salvar la vida de las madres y neonatos solamente cuando éstas son necesarias por criterios médicos (OMS, 2015). Es definida en la práctica clínica como un procedimiento capaz de salvar la vida de la madre y del bebé, sin embargo, puede conllevar a un aumento del gasto del presupuesto nacional de salud y los riesgos de morbi-mortalidad materna severa pueden llegar a triplicarse al terminar el embarazo por esta vía. (OMS, 2015)

En 1985 la OMS declaró que no había justificación para que las tasas de cesárea fueran mayor del 10- 15% independientemente de la región, en cualquier caso, la tasa óptima será aquella que combine los mejores resultados maternos y perinatales con el menor intervencionismo posible. Nuevos estudios revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando dicha tasa se acerca al 10%, pero no hay pruebas de que las tasas de mortalidad mejoren cuando se supera esa cifra. Es difícil establecer cuál es la tasa ideal de cesáreas, pues hay muchos factores que pueden condicionarla, tales como la formación del obstetra, los medios de que dispone el centro hospitalario o el tipo de población atendida. (OMS, 2015)

Para el 2005, la OMS llevó a cabo una encuesta en ocho países en América Latina, incluyendo Nicaragua, para evaluar la asociación entre el parto por cesárea y los resultados maternos y perinatales a nivel institucional. La tasa mediana de cesárea fue de 33%, siendo mayores en hospitales privados (43-57%). La cesárea se asoció con un aumento en la morbimortalidad materna y perinatal. Los autores concluyeron que las elevadas tasas de cesárea no indican necesariamente buena calidad en la atención o servicios. Además, recomendaron a las unidades de salud que realizan cesáreas iniciar una evaluación detallada y rigurosa de los factores relacionados a su atención obstétrica y los resultados perinatales (OMS, 2015).

La realización reiterada de cesáreas está exponiendo a más mujeres a nuevos problemas de salud, como la inserción anormal de la placenta, que en la segunda cesárea alcanza un

46% de los casos y a partir de la tercera supera el 60% representando un riesgo de muerte materna por hemorragia. (Vasquez, 2015). Las cesáreas innecesarias representan un gasto desproporcionado de los recursos globales de la economía y representa una barrera para la cobertura universal de los servicios de salud necesarios, pudiendo tener importantes implicaciones negativas para la equidad en salud dentro y entre los países (OMS, 2010).

El presente estudio expone las indicaciones de cesárea urgente en primigestas con embarazos a término atendidas en el hospital Bautista en el período de diciembre 2018 a diciembre 2019, así como el tiempo de decisión – incisión en el que se realizaron las intervenciones, exponiendo además las complicaciones presentadas por el binomio materno-fetal expuestos a la cirugía, esto con el objetivo de uniformar los criterios técnicos para que la práctica sea dirigida hacia el bienestar de la madre y su bebé.

ANTECEDENTES

A nivel internacional.

Según los datos del informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 2012 de Unicef, Latinoamérica es la región donde más cesáreas se practican en el mundo, más del doble de lo recomendable para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015).

En México, (Leon, 2002) efectuaron una investigación, titulada: Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, se revisaron un total de 1,080 expedientes clínicos de pacientes embarazadas atendidas durante el año de 1997, de las cuales a 402 se les practicó cesárea. Encontrándose como resultados que la frecuencia de cesáreas fue de 36.7%, con relación al número de nacimientos. Las indicaciones más frecuentes fueron: sufrimiento fetal agudo (28.4%), desproporción céfalopélvica (22.4%) y cesárea previa (15.2%). Donde se concluye que el estudio revela una frecuencia elevada si se toma como ideal el 15% sugerido por la normatividad.

(Medina Huiza, 2015) realizó un estudio para determinar los factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de la ciudad de Lima en el período de enero a diciembre del mismo año. Fue un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, en el cual se revisó el libro de reporte operatorio del servicio de centro obstétrico del hospital. Se determinó la población a estudiar que eran 312 mujeres que se intervinieron. Los resultados demostraron que durante el período de estudio el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos fue de 57,5%, muy por encima de lo estipulado por la OMS. Las gestantes entre 20 y 35 años son las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo. Donde se agrupa la edad gestacional en pre término, a término, post término se concluye que la gestante intervenida quirúrgicamente con menos de 37 semanas representó el 7.1%; el grupo de 37 a 41 semanas (a término) representó el 92.3%; y el grupo mayor de 42 semanas

representó el 0.6%. Dentro de las causas fetales, la principal indicación fue la presencia de feto grande con un 10,9%, seguido de presentación alta a término con un 8,3% en el segundo lugar y sufrimiento fetal agudo con un 8,3%. Dentro de las causas ovulares, la principal indicación fue la ruptura prematura de membranas con un 7,7%, seguido de oligoamnios con un 6,7% y corioamnionitis con 1,3%. (Medina Huiza, 2015).

En un estudio presentado por Walter Carpio Baron (2012). El trabajo de investigación tuvo como objetivo general: Saber cuál es la incidencia de la operación cesárea y las indicaciones más frecuentes para su ejecución. Además, fue una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal y analítico en el Hospital Hospital Naylamp Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea en dicho hospital, encontrándose una incidencia de la operación cesárea de 27.70%, entre las principales indicaciones: Cesárea segmentaria previa con 23,4%; presentación Podálica con 22,7%; Desproporción cefalo-pélvica 21,4%; Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8,4%, Macrosomía Fetal Mayor de 4.500 gr 6,5% y cesárea a término 90,0%. Por lo que se concluye que la incidencia se encuentra en porcentaje superior al recomendado por la OMS, constituyendo las indicaciones absolutas en un 50.6% y las relativas en un 49.4%, haciendo presente que estas cifras podrían no corresponder exactamente ya que como se informó hay un buen número de pacientes que fueron transferidos para la operación cesárea a un centro de mayor resolución.

A nivel Nacional.

Las mujeres sometidas a cesárea en la actualidad en las Empresas Medicas Previsionales de Managua, tienen una edad comprendida entre 20 y 34 años (57.3%), el grupo de 15 a 19 años represento un 10.9%. En cuanto al estado civil un 60.5% eran casadas, un 23.6% vivían acompañadas, y únicamente el 12.5% eran solteras. En cuanto a la escolaridad en un 53.6% eran de nivel secundario y un 26% eran universitarias, el nivel de escolaridad analfabeta era de un 1.3%. (Sequeira, 2000).

Sequeira López (2000) encontraron que las cesáreas fueron realizadas mayoritariamente por las siguientes causas: Cesárea anterior en un 39.8%, Circular de cordón en un 30.8% , Sufrimiento fetal agudo 29.2%, Preclampsia en un 15.6%, Ruptura prematura de membranas en un 9.8% , oligoamnios 8.2%, presentación pelviana 7.4%, macrosomía fetal 6.9%, distocia Óseas en un 5.8%, disminución de movimientos fetales 4.8% , paridad satisfecha 4.8%, crecimiento intra uterino retardado 4.2%, hematoma retroplacentario 2.9%, embarazo gemelar 0.8% , trabajo de parto prolongado en un 0.8%, y diabetes 0.8% .

Los Indicadores Básicos de Salud de Nicaragua mencionan la cobertura de parto institucional es de 77.6% y la tasa de cesárea en Nicaragua del 31.9%. Para el SILAIS de Chinandega es del 37% (MINSA, 2008).

Ortiz Ebanks (2013) realizaron en el hospital Amistad Japón Nicaragua, del departamento de Granada un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con el objetivo de conocer, cuáles fueron las indicaciones consideradas para cesáreas en las Embarazas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia, entre el periodo de enero a diciembre 2013. El universo fue conformado por todas las embarazadas atendidas entre este periodo. El total de parto en ese año fue de 3,212 de estos el 37.8% (1215) el parto fue por cesárea. La muestra fue por conveniencia tomando 239 expedientes. Los resultados demuestran; que el tipo de cesárea el 51.4% (123) fue de urgencia mientras que 48.6% (116) fueron cesáreas electivas. De las cesáreas de urgencia se encontró que el tiempo entre la indicación y la realización 18.4% tenían más de 1hr, pero menor de 2hrs sin embargos el mismo porcentaje tenían 2hrs. En el caso de las cesáreas por urgencia 39.7% evidenciaban la no realización del partograma, el 11.3% se encontró que fue por parto detenido y el 12.1% por taquicardia fetal. De los efectos inmediato a la salud de la madre según la razón de las cesáreas se encontró que el promedio de estancia hospitalaria en la mayoría de los casos fue 3 a 4 días; para los que se realizó cesárea por cesárea anterior 10.5%, para la distocia de presentación 5.9% para el parto detenido 7.5% respectivamente. Los recién nacidos con asfixia (APGAR 0 a 3) al minuto fue el 0.4% de

las indicaciones de cesárea por cesárea anterior más trabajo de parto, sufrimiento fetal agudo y la Pre – eclampsia moderada. Los recién nacidos que requirieron reanimación y se les brindo fue el 0.8% por indicación de cesárea, por cesárea anterior pero no se identificó asfixia al minuto ni a los 5 minutos del nacimiento, también sucedió en 0.4% de las taquicardias fetal. (Ortiz Ebanks, 2013)

Rojas Narvaéz (2014) realizó un estudio descriptivo transaccional de las indicaciones de cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el año 2014 encontrándose una incidencia de cesárea en el 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%). Las mujeres incluidas en el estudio no representaron riesgo por edad, etnia o nivel educativo, sin relación de estas características como indicativo de cesárea.

Otro estudio realizado en el Hospital Salud Integral con 167 mujeres, de las cuales las indicaciones por causa materna fueron del 63.6 % siendo la cesárea anterior y la ruptura prematura de membranas las más frecuentes, unidas a una paridad satisfecha (Marín, 2014). También en 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, 2013).

En el Hospital Bautista.

Según registros obtenidos en el Servicio de Epidemiología del Hospital Bautista, para el 2010 el índice de cesárea fue del 68%, con un total de 1115 nacimientos de los cuales 760 fueron parto por cesárea, seguido por el Hospital Militar con un índice de 63%, y el Hospital Monte España al igual que el Hospital Carlos Roberto Huembes tuvieron un índice de cesáreas del 43%.

En el segundo semestre de 2012, en el Hospital Bautista se estudiaron las indicaciones de cesárea encontrando 38.9 % indicadas por cesárea previa, sufrimiento fetal agudo (12 %), Desproporción céfalo-pélvica (7.4 %), circular de cordón (8.4 %), macrosomía fetal (7.6 %), presentación pélvica (4.3 %) entre otros. La mayoría de los recién nacidos por esta vía fueron a término, con un peso adecuado y sin ningún grado de asfixia al nacer según el puntaje de Apgar recibido al primer minuto de vida. (Corea, 2011).

JUSTIFICACIÓN

Toda institución que brinda servicios de salud debe someterse a estándares de calidad. En el servicio de Ginecología de todo hospital, uno de estos criterios incluye el índice de cesáreas, debido al aumento de morbilidad en el binomio materno-fetal y al evidente incremento de consumo de recursos humanos y financieros que acarrea para las instituciones sanitarias. La OMS recomienda que la tasa de nacimientos por cesárea no exceda el 15%, sin embargo, en América Latina ésta se sitúa en el 38% (OMS, 1995). Lamentablemente, existen pocos datos estadísticos que nos den un panorama acerca de los motivos por los cuales los embarazos a término en el hospital Bautista terminan en cesárea primitiva de urgencia.

La falta de información limita la elaboración y ejecución de intervenciones destinadas a la disminución de dicha tasa. Según Rojas Narváez (2014) la principal indicación de cesárea en general en el hospital Bertha Calderón Roque fue la de una cesárea anterior. Tomando en cuenta este último hecho, se consideró que es de suma importancia conocer a la población de embarazadas con gestaciones a término, que finalizaron su embarazo por la vía de cesárea primitiva de urgencia. Se piensa que conociendo las causas que llevaron a su primera cesárea a este grupo de embarazadas, se pueden plantear estrategias dirigidas hacia prevenir la aparición de dichos factores, disminuyendo secundariamente la cantidad de cesáreas electivas, que en su mayoría comprende a la "cesárea anterior".

Es por eso que, en este estudio, se pretende describir las características socio-demográficas de dicho subgrupo poblacional, los factores asociados al embarazo en curso y los criterios que se tomaron en cuenta para finalizar el embarazo a través de una cesárea urgente. Se determinará además el criterio de urgencia al momento de la indicación, el tiempo estimado entre la decisión e inicio del procedimiento quirúrgico y secuelas en la madre y el recién nacido producto de la realización de éste.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caracterización

Desde 1985, según la Organización Mundial de la Salud, en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesáreas superior a 10-15%. En Nicaragua, dependiendo del nivel de resolución de la institución, la incidencia oscila entre el 30-50% de los nacimientos. Los adelantos científicos y tecnológicos en las últimas décadas, han perfeccionado la técnica quirúrgica, sin embargo, no es un procedimiento inocuo y conlleva riesgos quirúrgicos y anestésicos, así como incremento de uso de recursos humanos y financieros en el sistema de salud.

La tendencia mundial ha sido sumar esfuerzos para disminuir las tasas de cesárea. Las cesáreas se clasifican según la indicación en electiva y urgente. En la escasa literatura disponible sobre la población nicaragüense, se encontró que la principal indicación de cesárea (de manera general), es la de una cesárea anterior (Rojas, 2014).

Delimitación

En el Hospital Bautista la tasa de realización de cesáreas es de 52 %, debido a que el factor "cesárea anterior" es un factor no modificable, se decidió investigar los factores de riesgo asociados a la población de embarazadas con gestaciones a término sin cesáreas anteriores, que finalizaron sus embarazos a través de cesáreas urgentes (que por la ausencia de una cesárea anterior se clasifica además como primitiva). Se determinará además el criterio final que se tomó en cuenta para indicar dicha cesárea, el tiempo decisión-incisión de la cesárea y por último se observará el efecto de dicha intervención en los resultados perinatales y la presencia o ausencia de complicaciones materno- fetales.

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto se planteas las siguientes **preguntas de sistematización:**

- ¿Cuáles son las características socio-demográficas y factores de riesgo asociados al embarazo actual?

- ¿Que antecedentes gineco obstétricos de las pacientes con embarazo a término finalizado a través de una cesárea urgente primitiva?
- ¿Cuáles fueron los criterios tomados en cuenta para indicar una cesárea primitiva de carácter urgente en las pacientes objeto de investigación?
- ¿En qué intervalo de tiempo se finalizó el embarazo?
- ¿Qué complicaciones presentaron las embarazadas sometidas a cirugías de urgencia primitivas
- ¿ De cuanto fue el tiempo de estancia intra hospitalaria?
- ¿Cuál fue el puntaje de APGAR obtenido en los neonatos nacidos por esta vía?
- ¿Qué tiempo decisión-incisión tuvo cada categoría de indicación de cesárea y cada categoría de puntaje APGAR?

OBJETIVOS

Objetivo General

Exponer los criterios maternos, fetales y ovulares de indicaciones de cesárea urgente, en primigestas con embarazos a término atendidas en el hospital Bautista en el período de diciembre 2018 a diciembre 2019.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar socio-demográficamente la población a estudio.
2. Identificar los factores de riesgo asociados al embarazo actual.
3. Mencionar los antecedentes gineco obstétricos de la población a estudio.
4. Reconocer el tiempo decisión-incisión en el cual se realizaron las cesáreas primitivas de urgencia.
5. Describir las complicaciones trans quirúrgicas y pos quirúrgicas maternas presentadas secundarias al procedimiento quirúrgico
6. Conocer el tiempo de estancia intrahospitalaria posterior al procedimiento quirúrgico.
7. Exponer el puntaje APGAR obtenido en los neonatos nacidos por vía cesárea de urgencia primitiva.
8. Especificar el tiempo decisión-incisión para cada categoría de indicación de cesárea y para cada categoría de puntaje APGAR.

MARCO REFERENCIAL

Definición

La palabra cesárea se originó en algún momento de la edad media a partir del verbo latino *caedere*, el cual significa *cortar*. Se define como extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero. Esa definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura del útero o de un embarazo en esa localización.

La indicación de cesárea puede ser realizada de manera programada, otras veces surge de emergencia, por complicaciones en el embarazo o en el parto. Los adelantos técnicos han determinado en las últimas décadas, que la cesárea se ha hecho menos riesgosa para la madre, la redefinición de alguna de sus indicaciones ha posibilitado una mayor supervivencia perinatal y menores traumas obstétricos. (MINSA, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en una institución el porcentaje de cesáreas debe ser de un 15 %, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo fija en 15,5 %. (OMS, 2015).

Entre 1970 y el 2007, la tasa de cesáreas en Estados Unidos se elevó de 4.5% de todos los partos a 31.8%. Este incremento ha sido constante, como respuesta al mayor índice de cesáreas, el *American College of Obstetrician and Gynecologist Task Force on Cesarean Delivery Rates* (2000) recomendó como objetivos una tasa de cesárea de 15,5% para nulíparas. (Williams, 2006).

Clasificación

Existen diversas clasificaciones que toman en cuenta varios criterios para indicación de una cesárea, entre ellos tenemos: Antecedentes Gineco Obstétricos, Incisión realizada en útero, y prontitud necesaria para su realización, se profundizará más en este último.

Antecedentes Gineco Obstétricos

Cesárea Primitiva: Es la intervención quirúrgica que se realiza por primera vez.

Cesárea Previa: Cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

Cesárea Iterativa: Es la que se practica en una mujer con antecedentes de una o más cesáreas previas. (MINSa, 2018)

Según técnica quirúrgica

Segmento arciforme Kerr

Es la técnica quirúrgica más usada en la actualidad por sus múltiples ventajas. Incisión transversal del segmento inferior y tiene como ventajas producir menos hemorragia, permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes, así como pocas adherencias postoperatorias. En su contra el hecho de existir mayor riesgo de lesionar los vasos uterinos en caso de prolongación de los ángulos de la incisión.

Corporal o clásica

Se caracteriza por una incisión vertical en el cuerpo uterino. Está indicada cuando la paciente tiene un cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina, entre otros.

Segmento Corporal Beck

La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Entre sus indicaciones encontramos: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, placenta previa en la cara anterior del útero, entre otros. (MINSa, 2018)

Prontitud necesaria para su realización

Electiva: Es aquella que se realiza en gestantes con enfermedad materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada a partir de la semana 39 de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad fetal, siempre y cuando las condiciones maternas y fetales lo permitan. (MINSa, 2018)

Urgente:

La realización del procedimiento deberá practicarse a la brevedad posible y aun cuando el compromiso materno o fetal que no comprenda riesgo inmediato para la vida, no debe de trascurrir más de 30-75 minutos entre la indicación y la realización de la misma. (MINSAs, 2018)

El Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido publicó en abril del 2004; las guías para la operación cesárea, siendo el objetivo principal resaltar los aspectos de éstas que pueden tener implicaciones para los anestesiólogos y diferenciar entre una verdadera emergencia donde la vida de la madre o el feto son amenazadas y situaciones en las cuales no es una amenaza inminente a la vida. El tiempo de decisión- incisión debe ser aquel con el que se obtenga los mayores beneficios y se soporten los menores riesgos maternos fetales, ajustándose a las circunstancias y logísticas locales. (Unido, 2014)

Tomando en cuenta diversos factores e instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido publicó en abril del 2004, realiza una clasificación en 4 categorías con base en el bienestar materno fetal.

CATEGORÍA 1: Amenaza Inmediata para la vida de la madre o el feto, en patologías como: Bradicardia fetal severa, prolapso de cordón, rotura uterina, Ph fetal menor de 7.2, desprendimiento de placenta normo inserta, placenta previa sangrante, eclampsia. El embarazo deberá finalizarse entre 20 a 30 minutos.

CATEGORÍA 2: Existe un compromiso de la madre o del feto, sin embargo, no hay un compromiso inmediato para la vida del binomio, en patologías como: hemorragia previa al parto, parto obstruido con compromiso materno fetal prolapso de cordón, el embarazo deberá finalizarse entre 30 a 75 minutos.

CATEGORÍA 3: No existe compromiso materno o fetal, pero se requiere la finalización pronta de la gestación, en situaciones como: ruptura prematura de membranas y cesárea

programada con trabajo de parto. El embarazo deberá finalizarse entre 75 minutos y al día siguiente.

CATEGORÍA 4: Se puede programar en dependencia de las preferencias maternas y/o del equipo médico encargado de la paciente.

Indicaciones

Cesárea en curso de trabajo de parto

Es la que se realiza durante el curso del parto por distintos problemas que incluyen:

- Desproporción pélvico-fetal que consiste en la incompatibilidad entre el polo cefálico fetal y la pelvis materna que no permite el desarrollo de mecanismo de trabajo de parto.
- Inducción del parto fallida es cuando se interviene artificialmente las contracciones uterinas con uso de prostaglandina (misoprostol) y luego de 6 dosis de 25-50 mcgs no hay progreso en las modificaciones cervicales encontradas.
- Distocia de dilatación o descenso y parto Obstruido definido como progreso insatisfactorio o la no progresión del trabajo de parto con respecto al borramiento, dilatación del cuello uterino y descenso de la presentación con adecuada dinámica uterina. (MINSA, 2018).

Electivas

Causas Fetales

- Presentación o situación distócica (Pélvico, Situación Transversa, Deflexión). (Ricardo Schwacz, 2008)
- Macrosomía fetal, peso al nacer superior a 4500 gramos, por encima del percentil 90 de crecimiento. (Ricardo Schwacz, 2008)
- Malformaciones fetales severas que imposibiliten el nacimiento vía vaginal o empeoren el pronóstico fetal de tener un nacimiento vaginal (macro cráneo, onfalocelo, gastroquiasis, hidrops fetal severo, mielo meningocele, etc.). (Ricardo Schwacz, 2008)
- Embarazo múltiple, se define como el desarrollo simultáneo de varios fetos. (Ricardo Schwacz, 2008).

- Enfermedad Hemolítica grave e vaginal (macro cráneo, onfalocele, gastroquisis, hidrops fetal severo, mielomeningocele, etc.). (MINSa, 2018)

Causas Maternas

- Cesárea iterativa (2 o más cesáreas, riesgo de ruptura uterina del 1.4%).
- Antecedente de cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en "T".
- Cirugías uterinas previas (miomectomía, plastias uterinas)
- Desproporción cefalopélvica
- Enfermedad médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatías, riesgo de accidente cerebro vascular, glaucoma, etc).
- Plastias vaginales previas
- Tabiques vaginales que comprometan el canal de parto.
- Infecciones maternas: Condilomas acuminados que obstruyan el canal de parto; herpes Genital primario detectado en el 3er trimestre (reduce significativamente el riesgo de transmisión vertical). Pacientes portadoras de VIH, se programarán a las 38 semanas, y se indica cesárea en aquellas que no recibieron tratamiento antirretroviral durante la gestación, tienen carga viral detectable luego de las 36 semanas, o se desconoce su carga viral. (MINSa, 2018)

Causas Ovulares

- Placenta previa: inserción anatómica de la placenta en el segmento inferior del útero, a una distancia del orificio interno del cuello inferior a 10 cm.
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta: desprendimiento parcial o total antes del parto de una placenta insertada en su sitio normal.
- Procidencia de cordón umbilical: descenso del cordón por debajo de la presentación con integridad de membranas. (Ricardo Schwacz, 2008)
- Infección ovular con malas condiciones obstétricas. (MINSa, 2018)

Contraindicaciones de la Cesárea

Actualmente refiere Scharwcz que "la Cesárea no tiene virtualmente contraindicación alguna, excepto el hecho de no estar correctamente indicada".

Complicaciones

La cesárea con indicación urgente *se asocia* a resultados perinatales adversos, mayor número de complicaciones, días de hospitalización, así como uso de antibioticoterapia y analgesia en el postquirúrgico. Éstas se dividen en inmediatas y tardías.

Inmediatas: Se presentan durante el acto quirúrgico o en el post operatorio inmediato

- Prolongación de la incisión hacia los ángulos con lesión vascular, formación de hematomas, hemorragia postparto y la necesidad de histerectomía con el consecuente aumento en la morbimortalidad materna.
- Las lesiones vesicales, sobre todo en pacientes con cirugías anteriores cuando la vejiga ha quedado suspendida, adherida al peritoneo parietal o al segmento uterino.
- Complicaciones respiratorias tipo embolismo pulmonar que puede ser de líquido amniótico o de origen vascular.
- Lesiones intestinales, son poco frecuentes y ocurren sobre todo cuando la paciente tiene antecedentes de laparotomías anteriores con múltiples adherencias.
- Laceraciones fetales. (1-2%). (MINSa, 2018)
- Trauma obstétrico fetal: en casos de difícil extracción.
- Taquipnea transitoria del recién nacido
- Hemorragia pos parto (MINSa, 2018)
- Cefalea post punción.

Tardías: Son las que se presentan en el puerperio tardío o inclusive meses después de la operación:

- Hematoma de pared abdominal
- Dehiscencia de herida y/o eventración
- Sepsis sitio quirúrgico

- Infección urinaria (MINSA, 2018)

Atención al Recién Nacido

Los recién nacidos de riesgo son una población, que presentan determinadas características perinatales o circunstancia detectable (factor de riesgo) asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño, que a menudo se vincula a situaciones maternas, placentarias o fetales específicas, relacionándose con mayores resultados perinatales indeseables. Por lo que se pueden clasificar según la magnitud del riesgo, alto, moderado y bajo riesgo.

Recién nacidos de alto riesgo: Se caracterizan por presentar alta mortalidad y morbilidad, necesitan requerimientos de cuidados específicos, tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones graves, trastornos sensoriales y del neurodesarrollo durante la infancia.

Recién nacido de moderado o mediano riesgo: Son recién nacidos que tienen bajas tasas de mortalidad, pero altas tasas de morbilidad, presentan enfermedades variadas que en general no ponen en riesgo su vida.

Recién nacido de bajo riesgo: Son recién nacidos que por sus características son aparentemente sanos y que realizaron una adecuada transición en las primeras 6 horas de vida. (Salud, Normativa 011, 2015)

El **test de Apgar** examen que expresa la adaptación cardiorrespiratoria y función neurológica del recién nacido, sumando los puntos asignados midiendo 5 parámetros: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono, irritabilidad refleja y color. El test se realiza al minuto, a los cinco minutos y, en ocasiones, a los diez minutos de nacer. La puntuación al 1 minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación. Un recién nacido con una puntuación baja al minuto que a los 5 obtiene unos resultados normales no implica anormalidad en su evolución. De lo contrario un recién nacido que marca 0 puntos de Apgar se debe de evaluar clínicamente su condición anatómica para dictaminarle estado de muerte. (Ricardo Schwacz, 2008)

La palabra APGAR, puede usarse como acrónimo o regla mnemotécnica recordando los criterios evaluados: **A**pariencia, **P**ulso, **G**esticulación, **A**ctividad y **R**espiración.

Paro cardíaco : Puntaje 0

Depresión grave: 0-3 pts

Depresión moderada : 4-7 pts

Normal: > 8 pts (Salud, Normativa 011, 2015)

SIGNO	0	1	2
Frecuencia cardíaca por minuto	Ausente	Menor de 100 lpm	Mas de 100 lpm
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Irregular o débil	Regular o llanto
Tono muscular	Flacidez	Flexión moderada de extremidades	Movimientos Activos
Irritabilidad refleja	Sin respuesta	Muecas	Llanto vigoroso o tos
Color de piel y mucosas	Palidez o cianosis generalizada	Cianosis distal	Rosado completamente

Fuente: Trialsight Medical media

Características Socio Demográficas de las pacientes atendidas en el Hospital Bautista.

Tipo de paciente

Las pacientes de este estudio pertenecen al instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), que se define como el conjunto de instituciones, recursos, normas y procedimientos con el propósito de establecer mecanismos para proteger a los trabajadores nicaragüense de las contingencias provenientes de la vida y del trabajo. Incluyendo las prestaciones por Invalidez, Vejez, muerte y las prestaciones por Salud y Maternidad, ya sea cotizantes o cónyuges.

Edad

Adolescentes : Edad comprendida menor de 21 años. Según datos de la OMS ,en países desarrollados, la tasa de cesárea en adolescentes es generalmente más baja que en las pacientes mayores a 21años. (OMS, 2015)

Por el contrario, en países en vía de desarrollo la incidencia en la realización de cesáreas es mucho mayor, situación que a su vez puede fácilmente variar de acuerdo a la actitud del obstetra, en especial la realización de cesárea como indicación en mujeres menores a 21 años en quienes debido a la inmadurez del canal del parto y de la pelvis, están en riesgo aumentado de distocia y otras complicaciones como desgarros perineales y fístulas. (OMS, 2015)

Edad materna avanzada: Se considera a aquella embarazada que supera los 35 años de edad, cuestión que debe tenerse en cuenta ya que puede implicar una serie de riesgos "extra" para la madre y para el feto. (MINSa, 2018)

Procedencia: Lugar de origen de una persona, ya sea rural o urbano, en dependencia del departamento según división política. (ENDESA, 2011/2012)

Ocupación: Actividad remunerada o no a la que se dedica una persona. Empleo formal: se denomina aquel que se encuentra formalizado mediante la celebración de un contrato de trabajo entre el trabajador y el empleador, y se ajusta a los requerimientos de ley, lo cual involucra pago de impuestos, seguridad social, prestaciones, etc. Como tal, puede ejercerse tanto en el sector público como en el privado, y forma parte de las estadísticas oficiales; informal: Es un sector de la economía que se encuentra al margen del control tributario, y que comprende la actividad laboral de trabajadores independientes, como vendedores ambulantes, trabajadoras del servicio doméstico, limpia vidrios, etc. (ENDESA, 2011/2012)

Estado Civil: situación conyugal de una persona. En un estudio realizado en la ciudad de León- Nicaragua de incidencia de cesáreas menciona que las pacientes en estudio en su

mayoría presentaron como estado civil Unión estable con un total de 68% de los casos. (CV, 2007)

Escolaridad: Nivel académico alcanzado. El 30 por ciento de los partos a nivel nacional registrados en los cinco años previos a la ENDESA 2011-2012 fueron por vía cesárea; de éstos el 52.9% en mujeres cuyo nivel educativo es universitario, 50.5% de las mujeres con nivel socioeconómico más alto eligieron vía cesárea, tres veces más que las pertenecientes al quintil inferior. (Williams, 2006) (ENDESA, 2011/2012).

Índice de masa corporal (IMC): Relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad. La probabilidad de cesárea aumenta con el peso materno. El riesgo de cesárea en la paciente con sobre peso es un 53% superior al de la paciente con normopeso; los riesgos de cesárea en las pacientes obesas y obesas mórbidas son un 100% y un 300% superiores al de la embarazada normopeso. (Williams, 2006)

HIPÓTESIS

Los criterios de cesárea de urgencia primitiva más frecuentes podrían ser los asociados a causas fetales, con un tiempo probable de decisión-incisión entre 30-75 minutos, con puntaje APGAR normal de 8-10pts.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: El presente estudio de acuerdo al método de investigación es observacional, por el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura 2006). De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, se define como retrospectivo, por el período y secuencia es transversal; según el análisis y alcance de los resultados es de tipo observacional.

Área de estudio: El estudio investigativo se realizó en las instalaciones del Hospital Bautista ubicado en el costado sur del recinto universitario Carlos Fonseca Amador (RUCFA), barrio Largaespada, Managua, durante el período comprendido entre diciembre 2018 a diciembre 2019. En esta unidad hospitalaria se cuenta con el servicio de Ginecoobstetricia en el cual se atiende a población asegurada y cónyugues de asegurados, provenientes de sede central y 2 sedes Tipitapa, Zona Franca. Tiene capacidad ocupacional de 17 camas censadas, 11 en hospitalización, 3 camas de expulsivo y 3 camas en sala de labor. Conducido por especialistas en Gineco Obstetricia, médicos residentes, médicos internos, y enfermeras materno- infantil. El servicio cuenta con 2 equipos monitor doppler de frecuencia cardiaca fetal ubicados en emergencia y sala de labor respectivamente, acceso a ultrasonidos obstétricos 24 horas.

Universo y muestra del estudio: 236 pacientes con embarazo a término a las que se les indicó una cesárea primitiva urgente en el Hospital Bautista en el período de diciembre 2018 a diciembre 2019. Se tomó en cuenta toda la población, que en su total eran 236 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Se incluyeron a 236 pacientes embarazadas con edad gestacional a término al momento del procedimiento quirúrgico, sin antecedente de cesáreas, con indicación de urgencia por causas maternas, fetales u ovulares, durante el período de diciembre 2018 a diciembre 2019.

- Se tomaron en cuenta los expedientes clínicos de pacientes aseguradas o conyugues que contaban con los datos necesarios para la realización de este estudio.

Criterios de exclusión:

- Embarazos múltiples.
- Ser un tipo de paciente privado.

Operacionalización de las variables

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables o Dimensiones	Variable Operativa/ Indicador	Ficha de Recolección	Tipo de Variable estadística	Valores
Objetivo 1: Caracterizar socio-demográficamente a las pacientes y describir los factores asociados al embarazo actual de las embarazadas a término sometidas a cesárea de urgencia primitiva.	Características socio-demográficas		Edad: Número de años cumplidos al momento del estudio.	Expediente Clínico	Cuantitativa Ordinal	<20 años 20-34 años ≥35 años
			Escolaridad: Máximo nivel educativo alcanzado hasta la fecha.		Cualitativa Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
			Estado civil: condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.		Cualitativa Nominal	Casada Soltera Unión de hecho Viuda
			Ocupación: trabajo que desempeña la paciente para sustentarse.		Cualitativa Nominal	Ama de Casa Estudiante Empleado Dueño de negocio

						Otros:
			Tipo de paciente: circunstancia bajo la cual la paciente recibe atención médica		Cualitativa Nominal	Asegurada Conyugue de asegurado
Factores asociados al embarazo actual	Factores asociados a la madre	Talla materna: estatura en metros de la madre.	Expediente Clínico	Cualitativa Nominal	<1.5metros ≥1.5metros	
		Estado nutricional: condición corporal de la madre determinado a partir del Índice de masa corporal de la paciente según su peso pre gestacional.		Cualitativa Nominal	Desnutrida (IMC < 18.5) Normal(IMC18.5-24.9) Sobrepeso(IMC25-29.9) Obesa(IMC≥30)	
		Edad Gestacional: duración en semanas del embarazo, estimada por fecha de última regla confiable o por ultrasonido.		Cuantitativa Ordinal	37 a 38 _{6/7} semanas 39 a 40 _{6/7} semanas	

			Antecedentes Ginecoobstétricos		Mixto Nominal	Gestas: Paras: Abortos: Hijos vivos: Período intergenésico: <2años, 2-5años, >5años
			Controles prenatales realizados		Cuantitativa Ordinal	<4 ≥4
			Período del parto en el que se encontraba la paciente al momento de indicar la cesárea		Cualitativa Ordinal	Ruptura prematura de membranas Sin trabajo de parto Pródromos de trabajo de parto Inicio de trabajo de parto Trabajo de parto Período expulsivo
			Presencia de inducto/conducción de parto: intervención médica realizada con el propósito de desencadenar farmacológicamente el		Cualitativa Nominal	Presente Ausente

			trabajo de parto.			
			Adecuado llenado de partograma: instrumento utilizado para monitoreo de las pacientes en trabajo de parto		Cualitativa Nominal	Adecuado Inadecuado No aplica
			Otras patologías asociadas: enfermedades de la madre activas durante la gestación actual.		Cualitativa Nominal	Síndrome hipertensivo Asma Bronquial Cardiopatías Hiper/hipotiroidismo Diabetes Gestacional Diabetes Pregestacional Otros
		Factores asociados al producto.	Peso fetal al nacer: peso estimado en gramos del producto de gestación al momento de su	Expediente Clínico	Cuantitativa Ordinal	<2,500gr 2,500-3,999gr ≥4,000gr

			nacimiento			
			<p>Bienestar fetal: valoración sistémica del feto en donde esta se determina mediante Non Stress Test (NST) o un Monitoreo fetal, en dependencia si la paciente se encuentra en trabajo de parto o no.</p>		<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Con datos Ominosos Sin datos Ominosos No aplica</p>
			<p>Presentación fetal: parte del feto que toma contacto con el estrecho superior, ocupándolo en gran parte y que puede evolucionar por sí misma, dando lugar a un mecanismo de parto.</p>		<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Distócica No distócica</p>

			Malformaciones fetales		Cualitativa Nominal	Presente Ausente	
Objetivo 2 : Identificar los criterios tomados en cuenta para la indicación de cesárea urgente en las pacientes objeto de investigación y el intervalo decisión- incisión	Criterios que fundamentan la indicación de una cesárea urgente en la población seleccionada	Criterios asociados a la madre	Anomalías de la madre o su tracto genital que comprometen al binomio materno-fetal	Expediente clínico	Cualitativo Nominal	Rotura Uterina Eclampsia Parto Obstruido con compromiso materno fetal Expulsivo Prolongado Hemorragia previa al parto Cesárea programada en trabajo de parto	
		Criterios asociados al feto	Anomalías del feto que comprometen al binomio materno-fetal			Cualitativo Nominal	Pérdida de bienestar fetal Desproporción pélvico- fetal en curso de trabajo de parto
		Criterios asociados a las membranas ovulares	Anomalías de las membranas ovulares que comprometen al binomio materno-fetal			Cualitativo Nominal	Oligoamnios severo con compromiso fetal DPPNI Placenta previa sangrante Prolapso o procidencia de

						cordón umbilical Embolia de líquido amniótico
	Intervalo decisión – incisión		Tiempo transcurrido en minutos desde la hora en que se indica la cesárea y el momento de inicio de la cirugía.	Expediente clínico	Cuantitativa ordinal	Menos de 30 minutos 30-75 minutos Más de 75 minutos
Objetivo 3: Describir las complicaciones maternas presentadas secundarias al procedimiento quirúrgico.	Complicaciones maternas	Complicaciones transquirúrgicas	Eventos que no pertenecen a la evolución normal del proceso quirúrgico y que disminuyen el bienestar materno durante el procedimiento.	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Atonía uterina Lesión vesical Otros: Ninguno
		Complicaciones posquirúrgicas	Eventos que no pertenecen a la evolución normal del proceso quirúrgico y que disminuyen el bienestar materno			Cualitativa nominal

			después del procedimiento.			
	Estancia intrahospitalaria postquirúrgica		Días que permanece la pacientes hospitalizada después de la realización de su cesárea	Expediente clínico	Cuantitativa Ordinal	≤24 horas >24 horas
Objetivo 4: Evaluar el puntaje APGAR obtenido en los neonatos nacidos por vía cesárea de urgencia primitiva.	Puntaje APGAR del neonato		Evaluación del estado general del RN, que se efectúa al 1º minuto de vida, tomando en cuenta la respiración, frecuencia cardíaca, coloración, tono y respuesta a estímulos del neonato	Expediente clínico	Cuantitativa ordinal	8-10 (normal) 4-7 (asfixia moderada) 0-3 (asfixia severa)

Objetivo 5: Evaluar el tiempo decisión-incisión para cada categoría de indicación de cesárea y para cada categoría de puntaje APGAR.			IDEM 2 y 5			
---	--	--	------------	--	--	--

Instrumento de recolección de datos

Se construyó una Ficha de recolección de datos (ver Anexo 1) en la cual se contemplaron las variables que formaron parte de cada uno de los objetivos del estudio, la cual fue aplicada en cada uno de los casos seleccionados.

Plan de recolección de datos e información

Se seleccionaron los casos de cesárea urgente registrados en el Libro de Registro de Cesárea de la sala de hospitalizados. Dichos casos pasaron por un segundo filtro, siendo cotejados con el libro de Censo de Ingresos y Egresos del departamento de enfermería, de donde se filtraron los casos que cumplan con los criterios de inclusión. Se sustrajeron los números de expediente de la población final, se solicitaron dichos expedientes al departamento de estadística del hospital. Se validó el instrumento de recolección con los primeros 30 expedientes y luego se recolectó el resto de los datos.

Plan de tabulación y análisis estadístico

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 23, y los resultados expuestos a través de tablas expresados en frecuencias y porcentajes, esquematizados en gráficos de tipo pastel.

Se realizaron los siguientes cruces de variable:

Tiempo decisión/incisión – Criterios Maternos

Tiempo decisión/incisión – Criterios Fetales

Tiempo decisión/incisión – Criterios Ovulares

Tiempo decisión/incisión – APGAR

Consideraciones éticas

Los datos fueron recolectados solamente para fines de esta investigación sin ser compartidos con otro investigador. La información expresada no pretendió dañar ni afectar profesional o legalmente a ningún colega médico o paciente. No se proporcionó información personal de los pacientes seleccionados para este estudio y su expediente no fue manipulado por personas no autorizadas.

RESULTADOS

La edad del 69.5% de las pacientes a quienes se les indicó cesárea primitiva de urgencia estaban entre los 20-34 años, seguido por un 20.3% igual o mayores de 35 años mujeres en edad materna en riesgo, y en un 9.7 % igual o menores a los 20 años edad. Con una escolaridad del 81.4 % a nivel universitario, un 18.2% con secundaria completada y un 0.4% con primaria completa. (Ver tabla 1 y 2)

Con respecto al estado civil se encontró que un 48.7% casadas, un 30.9% en unión de hecho y el 20.3% solteras. De la ocupación un 59.7% empleadas, 25.4% amas de casa, 9.3 % dueñas de negocio propio, seguido de un 5.5% estudiantes. De las cuales el 66.9% son aseguradas y un 33.1% en calidad de cónyuges. (Ver tabla 3, 4 y 5)

De la talla se encontró que un 80.5% se encontraba mayor o igual a 1.5 mts, seguido de un 19.5% igual o menor a 1.5 mts. El estado nutricional al momento de su captación en su mayoría con un 50.4% con índice de masa corporal normal, 30.1% en sobrepeso, 19.1% en obesidad y un 0.4% desnutrida. (Ver tabla 6 y 7)

Edad gestacional en su mayoría se encontraba en un 65.7% entre las semanas 39- 40 6/7 sg y con un 34.3% embarazos de 37 a 38 6/7 sg , con respecto los antecedentes gineco obstétricos, con gestaciones previas se encontró que en un 57.6% eran primigestas, seguido por 21.2% con 1 gesta previa, el 14.4% con 2 gestas previas, un 5.9% con 3 gestas previas y en un 0.8% con 4 gestas previas, de estas un 69.1% nulíparas, 20.8% con antecedente de 1 parto previo, el 7.6% con 2 partos previos y un 2.5 con 3 partos previos. Con antecedentes de 1 aborto previo 16.5%, de 2 abortos previo un 3.4% seguido de un 1.3% con 3 abortos previos. Con 1 hijo vivo en un 17.8%, con 2 hijos vivos en un 6.8% y 3 hijos vivos con un 2.1%. Con período intergenésico menor de 2 años en un 14.8% al igual que de 2 a 5 años con 14.8%, más

de 5 años en un 12.3%. Número de controles prenatales en un 70.8% se habían realizado 4 o más de éstos y con un 29.2% menos de 4 controles. (Ver tabla 9 - 14)

En cuanto al período del parto o condiciones de las membranas en que se encontraba el grupo de estudio al momento de la indicación de cesárea urgente, encontramos que el 33.5% se encontraban sin trabajo de parto, un 19.5% en pródromos de trabajo de parto, el 16.5% en trabajo de parto, el 14% en inicio de trabajo de parto, un 12.3% con ruptura prematura de membranas y un 4.2% en período expulsivo. Con respecto a la indicación de inducto- conducción se encontró presente en un 41.9%, ausente en un 33.9% y no aplicaba en un 24.2%. El llenado de partograma no aplicaba en un 78.4%, se encontró presente en un 18.6% y ausente en un 3%.(Ver tabla 15 - 17)

Se encontró en un 59.7% no tenían patologías asociadas, en un 16.9% cursaban con síndromes hipertensivos, un 6.4% con diabetes gestacional, un 3.8% con diabetes pre gestacional, un 3% con cardiopatías, un 2.5% con patologías tiroideas, un 1.7% con asma bronquial al igual que síndrome anti fosfolípidos en un 1.7%. (Ver tabla 18)

Se encontró un peso fetal al nacer de 2,500gr entre 3,999gr en un 74.6%, mayor o igual a los 4000gr en un 19.1% y menos de 2,500gr en un 6.4%. Con respecto a la realización y resultado de monitoreo fetal tenemos que en un 41.5% no se realizó, en un 35.6% con datos ominosos, un 21.6% sin datos ominosos y en un 1.3% no aplica su realización. (Ver tabla 19 y 20)

Con respecto a los criterios de cesárea de urgencia por causa materna se encontró en un 13.1% fue por inducción fallida, un 10.6% por parto obstruido, expulsivo prolongado en un 4.2%, cirugías uterinas previas en un 3%, desproporción céfalo pélvica a expensas de la madre en un 2.5%, infecciones maternas en un 2.1% y eclampsia con un 0.4%. Con respecto a las causas fetales se encontró por pérdida de bienestar fetal en un 38.1%, por desproporción céfalo pélvica a expensas de feto en un 8.5%, al igual que presentación fetal distócica en un 8.5%, retardo del crecimiento intrauterino en un

1.7% y malformaciones fetales en un 0.8%. Los criterios relacionados a patologías de las membranas ovulares encontramos con un 8.9% distocia fonicular y placenta previa sangrante, seguido por infección ovular en un 6.8%, Oligoamnios severo en un 5.5% y prolapso de cordón en un 0.4%. (Ver tabla 21 - 23)

El intervalo de decisión- incisión fue de 30-75 minutos en un 59.7%, menos de 30 minutos en un 23.7% y más de 75 minutos con un 16.5%. (Ver tabla 24).

En las cesáreas urgentes realizadas en un intervalo menor a 30 minutos los criterios maternos de parto obstruido tuvieron un 17.8%, luego el expulsivo prolongado con un 16%, inducto-conducción fallida 3.5% y con igual porcentaje eclampsia; cirugías uterinas previas e infecciones maternas con un 1.7%. En el intervalo de 30-75 minutos se identificó que el 14.1% fue por inducto-conducción fallida, 10.6% por parto obstruido, 2.8% por cirugías uterinas previas, 1.4% por desproporción cefalo/pélvica a expensas de madre y con un 0.7% por expulsivo prolongado e infecciones maternas. En las de intervalo mayor a 75 minutos, el 23% fueron por inducto-conducción fallida, 10.2% por desproporción cefalo/pélvica a expensas de madre, 7.6% por infecciones maternas y 5.1% por cirugías uterinas previas. (Ver tabla 30)

Las pacientes a las que se les realizó cesárea urgente en menos de 30 minutos en cuanto a los criterios fetales, 41% fueron por riesgo pérdida de bienestar fetal, 17.8% por presentación fetal distócica, 3.5% por desproporción cefalo/pélvica a expensas de feto, 1.7% por malformaciones fetales y restricción del crecimiento intra uterino. En el intervalo 30-75, las causas en un 44.6% por riesgo pérdida de bienestar fetal, 8.5% por desproporción cefalo/pélvica a expensas de feto, 6.3% presentación fetal distócica, 1.41% restricción del crecimiento intra uterino, y con un 0.7% por malformaciones fetales. Cirugías realizadas mayor a 75 minutos las causas fueron 15.3% por desproporción cefalo/pélvica a expensas de feto, 10.2% riesgo pérdida de bienestar fetal y con un 2.56% por presentación fetal distócica y restricción del crecimiento intrauterino. (Ver tabla 31)

De las causas ovulares que se realizaron en un intervalo de 30-75 minutos el 11.3% fueron por distocia fonicular, seguido por oligoamnios severo, placenta previa sangrante e infección ovular con un 6.3% cada una. Las realizadas en un intervalo de menos de 30 minutos, el 19.6% fue por placenta previa sangrante, 8.9 por infección ovular, 7.15 por distocia fonicular y 1.75 por oligo amnios severo y prolapso de cordón. Por último, mayor a 75 minutos se realizaron los oligoamnios severos con 7.6%, 5.1% por infección ovular y 2.55% por placenta previa sangrante y distocia fonicular. (Ver tabla 32)

Se encontró que la estancia intra hospitalaria fue menor o igual a 24 horas en un 74.6% y mayor a 24 horas en un 25.4%. (Ver tabla 25)

Las complicaciones transquirúrgicas presentadas fueron hemorragia pos parta con 6.8%, atonía uterina con un 2.5% y lesiones vesicales con un 0.8%. Complicaciones posquirúrgicas se encontraron la anemia severa con un 9.7% e infección de sitio quirúrgico con un 3%. (Ver tabla 26 y 27)

Con respecto al puntaje apgar se encontró en rangos 8-10pts vigoroso con un 85.2%, depresión moderada con puntaje de 4-7pts en un 14% y con depresión severa 0-3pts con un 0.8%. (Ver tabla 28)

Se encontró que de las intervenciones que se realizaron en el intervalo decisión/incisión de 30-75 minutos obtuvieron como puntaje APGAR de 8-10pts en un 87.9%, 4-7pts de APGAR en un 11.3% y con 0-3 pts el 0.7%. Las cesáreas iniciadas en menos de 30 minutos con se clasificaron como apgar 8-10 pts en un 78.5%, 4-7pts en un 19.6% y 0-3pts en un 1.7%. Por último, las intervenciones realizadas en tiempo mayor a 75 minutos tuvieron un apgar de 8-10pts en un 87.6%, 4-7 pts en un 15.3% y no se registraron APGAR 0-3pts. (Ver tabla 29)

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se pudo observar que con respecto a las características socio-demográficas el principal grupo etáreo fue el comprendido en las edades 20-34 años considerado como el rango de edad óptimo de edad reproductiva, según Normativa Minsa 011, ya que el incremento de la edad materna constituye un factor de riesgo obstétrico que puede predisponer una indicación de cesárea. Respecto a la escolaridad, en su mayoría tenía un nivel universitario, estado civil casadas, con empleos estables, lo que corresponde al predominio de filiación como aseguradas y cónyuges, contrastando con el estudio Matute Nicaragua (2015) en el hospital Bertha Calderón Roque, donde predominó escolaridad secundaria, estado civil acompañado y ocupación ama de casa.

Con respecto a los factores de riesgo del embarazo actual, asociados a la madre se vio que la talla se encontró mayor o igual a 1.5 mts lo cual no corresponde con la clasificación de talla baja materna, según normativa MINSA 011, el estado nutricional al momento de su captación en su mayoría con índice de masa corporal normal, período intergenésico adecuado mayoritariamente entre 2 a 5 años. La edad gestacional al momento de la indicación de la cesárea en su mayoría se encontraba 39- 40 6/7 sg, edad óptima de madurez fetal, según Normativa MINSA 109. De los antecedentes gineco-obstétricos, se encontró un predominio de primigestas nulíparas, seguido por bigestas y multigestas con un parto previo, lo cual representa un porcentaje importante de las pacientes, en concordancia con el estudio Matute-Nicaragua 2015 en el hospital Bertha Calderón Roque donde en un 31.8% las cesáreas fueron realizadas en primigestas y nulíparas. Con respecto al número de controles prenatales se habían realizado 4 o más de éstos con captación temprana, lo que está dentro del número de controles prenatales normados por el Ministerio de Salud, los cuales para que se acepten óptimos se deben de realizar para una embarazada de bajo riesgo un mínimo de cuatro, normativa MINSA 011.

El período del parto en el que se encontraban las pacientes al momento de la indicación eran mayoritariamente sin trabajo de parto, con inducto conducción presente, en los casos de trabajo de parto se encontró un llenado adecuado de partograma según Normativa Minsa 011. Entre las patologías maternas asociadas se encontró que el 59.7% no tenían patologías asociadas, y entre las que si tenían fueron predominantes los síndromes hipertensivos y trastornos metabólicos.

Entre los factores asociados al producto se identificó un peso fetal al nacer adecuado entre 2500- 3999 gr, ya que se trataban de embarazos a término según (Schawrcz, 2008). En cuanto a la valoración del bienestar fetal por medio del monitoreo fetal tenemos que en un 41.5% no se realizó. En un 8.5% se encontraron presentaciones fetales distócicas y en un 0.8% malformaciones fetales.

Con respecto a los criterios maternos tomados en cuenta para indicación de cesárea urgente, se encontraron en primer lugar las indicaciones por inducto conducción fallida, seguido por expulsivo prolongado y parto obstruido , desproporción cefalo pélvica, cirugías uterinas previas, infecciones maternas y por último eclampsia; indicaciones que en un 20.7% no corresponden a categoría de urgencia según el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, a excepción de expulsivo prolongado y parto obstruido. En cuanto a los criterios fetales se encontró pérdida de bienestar fetal, DCP fetal, presentación fetal distócica, malformaciones fetales, RCIU; de las cuales el 15.7% no tiene indicación de urgencia, solo pérdida de bienestar fetal y desproporción pélvico-fetal en curso de trabajo de parto. Se observó que los criterios de causa ovular tomados en cuenta fueron placenta previa sangrante, distocia funicular, oligoamnios severo, infección ovular, prolapso de cordón umbilical; de éstos del 19.5% no están descritos con criterios de urgencia según el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE), a excepción de oligoamnios severo con compromiso fetal, placenta previa sangrante y prolapso o procidencia de cordón umbilical.

En el estudio comportamiento epidemiológico de la operación cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque, período comprendido desde febrero a julio del 2015 por Matute

Nicaragua se encontró según los criterios urgentes de indicación de operación cesárea en dicho Hospital fueron las causas maternas con 216 casos (54,0%), seguida de las indicaciones fetales donde se reportan 152 casos (38,0%), donde la cesárea electiva fue la que predominó con 363 casos (90,8%). En contraste con los datos encontrados en Hospital Bautista donde el 57% fueron por causas fetales, el 29% por causas maternas y un 14% por causas ovulares.

Se observó en el tiempo de decisión- incisión el intervalo que predominó fue de 30-75 minutos, adecuado para cesáreas de urgencia según Normativa 077, de éstas los criterios maternos con mayor rapidez de decisión- incisión fueron expulsivo prolongado y parto obstruido; en cuanto a los fetales fueron pérdida de bienestar fetal y presentación fetal distócica; y con respecto a los criterios ovulares fueron prolapso de cordón, placenta previa sangrante e infección ovular. Se registró un puntaje APGAR de 8-10 pts, con un resultado perinatal satisfactorio, coincidiendo con el estudio Narvaez Rojas 2014 en el Hospital Bertha Calderón.

En cuanto al tiempo de estancia hospitalaria en promedio fue de 24 horas, cumpliendo con la normativa de vigilancia de puerperio pos quirúrgico, Normativa 011 MINSa. En los casos que la estancia se prolongó fue debido a patologías de base como síndromes hipertensivos, diabetes gestacional que ameritaban continua vigilancia para control y compensación de los mismos, y en menor proporción la prolongación de la estancia intra hospitalaria se debió a las complicaciones quirúrgicas que se presentaron tales como hemorragia pos parto y atonía uterina que cursaron con anemia severa con necesidad de transfusión. Lo que nos plantea que a pesar que fueron cirugías no programadas realizadas de manera urgente, cursaron con una evolución pos quirúrgico satisfactoria y una baja incidencia de complicaciones.

Entre los limitantes encontrados en este estudio están los pocos datos estadísticos que nos den un panorama concreto acerca de los motivos por los cuales los embarazos a término en el hospital Bautista terminan en cesárea primitiva de urgencia, solo se

encontró un estudio que precede a éste, por lo tanto, resulta limitante para realizar un contraste entre estudios. En el registro estadístico de sala de operaciones, libro de ingresos y egresos de enfermería, libro de registro de cesáreas del servicio de ginecología y expediente clínico, se encontraron muchos datos en letra poco legible e incompleta lo que ralentizó el registro de los datos.

CONCLUSIONES

- La edad de las pacientes a quienes se les indicó cesárea primitiva de urgencia estaban entre los 20-34 años, en su mayoría con nivel universitario, estado civil casadas, con trabajo formal y cotizantes INSS, con talla mayor o igual 1.5 mts, estado nutricional adecuado. Con respecto a los antecedentes gineco obstétricos de la población a estudio se encontró de predominio primigestas seguido por bigestas múltiparas, con un período intergésico menor de 2 años y entre 2-5 años, sin patologías maternas asociadas, con más de 4 controles prenatales, una edad gestacional al momento de la indicación de cesárea entre 39 a 40 6/7 semanas de gestación, sin trabajo de parto, con inducto conducción presente en casos que lo ameritaban.
- Los criterios de indicación de cesárea primitiva de urgencia fueron el 57% por causas fetales, sin embargo 15.7% de éstas no tenían verdaderos criterios de urgencia; el 29% por causas maternas y de éstas el 20.7% sin criterios de urgencia y un 14 % por causas ovulares identificando que el 19.5% no encajan dentro de los diagnósticos de cesárea urgente. Se observó que el tiempo de decisión- incisión el intervalo que predominó fue de 30-75 minutos, de éstas los criterios maternos con mayor rapidez de decisión- incisión fueron expulsivo prolongado y parto obstruido; en cuanto a los fetales fueron pérdida de bienestar fetal y presentación fetal distócica; y con respecto a los criterios ovulares fueron prolapso de cordón, placenta previa sangrante e infección ovular.
- Las complicaciones maternas presentadas secundarias al procedimiento quirúrgico fueron del 10% entre ellas hemorragia pos parto y atonía uterina cursando con anemia severa con requerimiento de transfusión. El tiempo promedio de estancia intrahospitalaria hospitalaria fue de 24 horas, con prolongación de este según presencia de patologías maternas de base a compensar, o vigilancia de alguna complicación pos quirúrgica.
- El puntaje APGAR obtenido en los neonatos nacidos por vía cesárea de urgencia primitiva fue mayoritariamente adecuado 8-10 pts independiente de la indicación.

RECOMENDACIONES

- Debido al aumento de morbilidad y mortalidad en el binomio materno-fetal y al evidente incremento de consumo de recursos humanos y financieros que acarrea para las instituciones sanitarias la alta tasa de cesáreas, se propone que el Comité de Cesáreas del Hospital Bautista realice periódicamente revisiones de expedientes clínicos y evaluar las indicaciones de Cesárea realizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia con el fin de regular y disminuir el índice de éstas.
- Los pocos datos estadísticos limitan el panorama acerca de los motivos por los cuales los embarazos a término en el hospital Bautista terminan en cesárea primitiva de urgencia, por lo que se sugiere realizar un claro y estricto registro sobre dichas indicaciones con manejo adecuado del expediente clínico con estándares establecidos en la normativa No. 004.
- Capacitar permanentemente y periódicamente al equipo de Salud sobre las indicaciones de cesárea, basándose de las Normas y Protocolos Nacionales y auxiliándose de estudios internacionales actuales para promover el uso racional y cesárea segura.
- A las autoridades que tienen a cargo la atención en salud de vigilancia de la calidad de este hospital, mantener de forma periódica la actualización de las normas, especialmente la de operación cesárea para disminuir el alto índice de cesárea en esta institución y poder realizar intervenciones gerenciales dirigidas a disminuir secundariamente la cantidad de cesáreas electivas, que en su mayoría comprende a la "cesárea anterior".

BIBLIOGRAFÍA

Corea, T. V. (2011). Indicaciones de cesárea en embarazadas ingresadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia de la Empresa Médica Previsional del Hospital Bautista. En T. V. Corea, Indicaciones de cesárea en embarazadas ingresadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia de la Empresa Médica Previsional del Hospital Bautista. Managua.

CV, T. (2007). Incidencia de cesáreas en primigestas ingresadas en el servicio de labor y parto HAN 2007. managua: UNAN.

ENDESA. (2011/2012). Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud. Nicaragua: ENDESA.

Marin, O. (2014). Indicaciones de casárea y sus complicaciones maternas y neonatales en las mujeres atendidas en el Hospital Salud Integral. En O. Marin. Managua.

Medina Huiza, J. L. (2015). Factores asociados a indicación de cesárea en el hospital nacional dos de mayo de enero a diciembre 2015. Lima Peru.

MINSA. (2018). Protocolo para la atención de complicaciones obstétricas. Normativa 109.

Morgan, E. &. (2013). Indicaciones de cesárea en el servicio de Gineco-Obstetricia de Hospital Humberto Alvarado Vásquez Masaya .

OMS. (2015). WHO Declaración OMS sobre cesáreas. Ginebra 27. Departamento de Salus reproductiva e investigación.

Ortiz Ebanks, J. T. (2013). Indicaciones Considerada de Cesarea en embarazadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. En J. T.

Ortiz Ebanks, Indicaciones Considerada de Cesarea en embarazadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada.

P, P. L. (2002). Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital escuela de la UV. En P. L. P, Rev Med UV 2002.

Ricardo Schwacz, R. F. (2008). Obstetricia. En R. F. Ricardo Schwacz, Obstetricia. El ateneo.

Rojas, A. R. (2014). INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE. En A. R. Rojas, Managua.

Salazar, D. G. (2013). Anestesiología en Gineco Obstetricia. En D. G. Salazar, Criterios para el manejo de cesárea de urgencia (págs. pp S159-S162).

Salud, M. d. (2015). Normativa 011. En M. d. Salud, Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo. Normativa 011.

Salud, M. d. (2018). Protocolo para el abordaje de alto riesgo obstétrico. Normativa 007 ARO. En M. d. Salud, Protocolo para el abordaje de alto riesgo obstétrico. Normativa 007 ARO.

Sequeira, M. &. (2000). ndicaciones y complicaciones de Cesáreas realizadas en el Hospital Regional "Asunción" Juigalpa. En M. &. Sequeira, Cesáreas realizadas en el Hospital Regional "Asunción" Juigalpa. Juigalpa.

Vasquez, S. (2015). Parto por cesárea. ANALES Facultad de ciencias médicas.

Walter Carpio Baron, E. V.-W. (2012). Operación cesárea: frecuencia e indicaciones en Hospital Naylamp Chiclayo. En E. V.-W. Walter Carpio Baron, Operación cesárea: frecuencia e indicaciones en Hospital Naylamp Chiclayo. Perú.

Williams, C. F. (2006). Obstetricia. En C. FG, Williams Obstetricia 23 rd edición. Mcgraw- Hill.

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento de Recolección de datos

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua Facultad de Ciencias Médicas		
Tesis Monográfica para optar al Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia		
Tema:		
Indicación de cesárea primitiva de urgencia en pacientes con embarazo a término, atendidas en el Hospital Bautista en el período de Diciembre 2018 a Diciembre 2019.		
Autora: Dra. María Lucía Ramírez Matute. Médico y Cirujano General		
Variable	Marque con una X	
Características Sociodemográficas		
Edad materna	<20 años	
	20-34 años	
	≥35 años	
Escolaridad	Analfabeta	
	Primaria	
	Secundaria	
	Universitaria	
Estado Civil	Casada	
	Soltera	
	Unión de hecho	
	Viuda	
Ocupación	Ama de Casa	
	Estudiante	
	Empleado	
	Otros	
Tipo de Paciente	Asegurada	
	Conyugue de asegurado	
Antecedentes Obstétricos		
Gestas Previas		

Partos		
Abortos		
Hijos vivos		
Período Intergenésico	< 2 años	
	2-5años	
	> 5 años	
Factores asociados al embarazo actual	<1.5metros	
	≥1.5metros	
Estatura materna		
Estado Nutricional	Desnutrida (IMC < 18.5)	
	Normal (IMC18.5-24.9)	
	Sobrepeso (IMC25-29.9)	
	Obesa (IMC≥30)	
Edad gestacional	37 a 38 ^{6/7} semanas	
	39 a 40 ^{6/7} semanas	
Número de controles Prenatales	<4	
	≥4	
Período del parto en el que se encontraba la paciente al momento de indicar la cesárea	Rotura prematura de membranas	
	Sin trabajo de parto	
	Pródromos de trabajo de parto	
	Inicio de trabajo de parto	
	Trabajo de parto	
	Período expulsivo	
Inducto/conducción	Presente	
	Ausente	
Partograma con adecuado llenado	Adecuado	
	Inadecuado	
	No aplica	
Patologías maternas asociadas	Síndrome hipertensivo	
	Asma Bronquial	
	Cardiopatías	
	Hiper/hipotiroidismo	
	Diabetes Mellitus	
	Plastías Vaginales	

	Otras	
Peso Fetal Estimado	<2,500gr	
	2,500-3,999gr	
	≥4,000gr	
Bienestar fetal	En riesgo (<8pts de PBF)	
	Normal (8-10pts de PBF)	
	Bradycardia fetal severa	
Criterios de indicación de cesárea		
Criterios Maternos	Inducto-conducción fallida	
	Desproporción cefalo-pélvica a expensas de la madre	
	Rotura Uterina	
	Cirugías uterinas previas	
	Parto Obstruido	
	Expulsivo Prolongado	
	Eclampsia	
	Otro:	
Criterios Fetales	Pérdida de bienestar fetal	
	Desproporción cefalo-pélvica debido al feto	
	Presentación fetal distócica	
	Malformaciones fetales	
	Otro:	
Tiempo de realización de cesárea	Hora de indicación de la cesárea	
	Hora de realización de cesárea	
	Tiempo transcurrido	
	Menos de 30 min	
	30-75 min	
	Más de 75 min	
Complicación materna	Hemorragia	
	Infección de Herida Quirúrgica	
	Sepsis Urinaria	
	Otros	
Complicaciones fetales	Trastornos respiratorios del recién nacido	

	Trauma obstétrico	
	Otros	
Días de Estancia intrahospitalaria postquirúrgicas	24 horas	
	>24 horas	
Puntaje APGAR del recién nacido:	Al 1er minuto	
	A los 5 minutos	

Anexo 2: Cuadros y gráficos de resultados

Tabla No.1 Edad de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
menos 20 años	23	9.7
20-34 años	164	69.5
35 ó más años	48	20.8
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No.2 Escolaridad de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	1	.4
Secundaria	43	18.2
Universidad	192	81.4
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No.3 Estado Civil de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	115	48.7
Soltera	48	20.3
Unión de hecho	73	30.9
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No.4 Ocupación de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	60	25.4
Estudiante	13	5.5
Empleado	141	59.7
Dueño de negocio	22	9.3
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No.5 Tipo de filiación de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Tipo de filiación	Frecuencia	Porcentaje
Asegurado	158	66.9
Conyugue de asegurado	78	33.1
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 6. Talla de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Talla	Frecuencia	Porcentaje
menos de 1.5 m	46	19.5
mayor o igual a 1.5 m	190	80.5
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 7. Estado nutricional de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrida	1	.4
Normal	119	50.4
Sobrepeso	71	30.1
Obesa	45	19.1
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 8. Edad gestacional de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
37 a 38 6/7 semanas de gestacional	81	34.3
39 a 40 6/7 semanas de gestacional	155	65.7
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 9. Gestaciones previas de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gestaciones previas	Frecuencia	Porcentaje
0	136	57.6
1	50	21.2
2	34	14.4
3	14	5.9
4	2	.8
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 10. Partos previos de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Partos previos	Frecuencia	Porcentaje
0	163	69.1
1	49	20.8
2	18	7.6
3	6	2.5
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 11. Abortos previos de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Abortos previos	Frecuencia	Porcentaje
0	186	78.8
1	39	16.5
2	8	3.4
3	3	1.3
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 12. Número de hijos vivos de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Número de hijos vivos	Frecuencia	Porcentaje
0	173	73.3
1	42	17.8
2	16	6.8
3	5	2.1
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 13. Período intergenésico de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Período intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
menos de 2 años	35	14.8
2 a 5 años	35	14.8
más de 5 años	29	12.3
No aplica	137	58.1
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 14. Número de controles prenatales de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Número de controles prenatales	Frecuencia	Porcentaje
menos de 4CPN	69	29.2
4 o más CPN	167	70.8
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 15. Período del parto de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Período del parto	Frecuencia	Porcentaje
RPM	29	12.3
Sin TP	79	33.5
Pródromos de TP	46	19.5
Inicio de TP	33	14.0
Trabajo de parto	39	16.5
Expulsivo	10	4.2
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 16. Inducto-conducción en las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Inducto-conducción	Frecuencia	Porcentaje
Presente	99	41.9
Ausente	80	33.9
No aplica	57	24.2
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 17. Llenado de partograma en las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Llenado de partograma	Frecuencia	Porcentaje
Presente	44	18.6
Ausente	7	3.0
No aplica	185	78.4
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 18. Patologías maternas asociadas en las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Patologías maternas asociadas	Frecuencia	Porcentaje
Síndrome hipertensivo	40	16.9
Asma Bronquial	4	1.7
Cardiopatías	7	3.0
Hipo/hipertiroidismo	6	2.5
Diabetes gestacional	15	6.4
Diabetes pregestacional	9	3.8
Otros	10	4.2
Ninguna	141	59.7
SAAF	4	1.7
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 19. Peso fetal al nacer en las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Peso fetal al nacer	Frecuencia	Porcentaje
menos 2,500gr	15	6.4
2,500-3,999gr	176	74.6
mayor o igual a 4,000gr	45	19.1
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 20. Interpretación de monitoreo fetal en las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Monitoreo Fetal	Frecuencia	Porcentaje
Con datos ominosos	84	35.6
Sin datos ominosos	51	21.6
No aplica	3	1.3
No realizado	98	41.5
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 21. Criterios maternos en las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Criterios maternos	Frecuencia	Porcentaje
Inducto-conducción fallida	31	13.1
DCP	6	2.5
Expulsivo prolongado	10	4.2
Eclampsia	1	.4
Parto Obstruido	25	10.6
Ninguno	151	64.0
Cirugias uterinas previas	7	3.0
Infecciones Maternas	5	2.1
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 22. Criterios fetales en las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Criterios fetales	Frecuencia	Porcentaje
Pérdida de bienestar fetal	90	38.1
DCP fetal	20	8.5
Presentación fetal distócica	20	8.5
Ninguno	100	42.4
Malformaciones fetales	2	.8
RCIU	4	1.7
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 23. Criterios relacionados a patologías de las membranas ovulares en las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Criterios membranas ovulares	Frecuencia	Porcentaje
Oligoamnios severo	13	5.5
Distocia funicular	21	8.9
Placenta previa sangrante	21	8.9
Prolapso de cordón umbilical	1	.4
Infección ovular	16	6.8
Ninguno	164	69.5
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 24. Intervalo de tiempo decisión- incisión en las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Intervalo de tiempo decisión-incisión	Frecuencia	Porcentaje
menos de 30 min	56	23.7
30-75 min	141	59.7
más de 75 min	39	16.5
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 25. Estancia intrahospitalaria posquirúrgico de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Estancia intrahospitalaria posquirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
menor o igual a 24 horas	176	74.6
más de 24 horas	60	25.4
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 26. Complicaciones transquirúrgicas de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Complicaciones transquirúrgicas	Frecuencia	Porcentaje
Lesiones vesicales	2	.8
Atonía uterina	6	2.5
HPP	16	6.8
Ninguna	212	89.8
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 27. Complicaciones post quirúrgicas de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Complicaciones post quirúrgicas	Frecuencia	Porcentaje
Infección de sitio quirúrgico	7	3.0
Anemia severa	23	9.7
Ninguno	206	87.3
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 28. Puntaje Apgar al 1er minuto en recién nacidos de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Puntaje Apgar al 1er minuto	Frecuencia	Porcentaje
8-10pts	201	85.2
4-7pts	33	14.0
0-3 pts	2	.8
Total	236	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 29. Intervalo decisión-incisión vs puntaje APGAR en recién nacidos de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Intervalo decisión-incisión vrs Puntaje apgar	Puntaje APGAR del Neonato						Total	%
	8-10pts		4-7pts		0-3 pts			
	N	%	N	%	N	%		
menos de 30 min	44	78.5	11	19.6	1	1.7	56	23.7
30-75 min	124	87.9	16	11.3	1	0.7	141	59.7
más de 75 min	33	87.6	6	15.3	0	0	39	16.5
Total	201	100	33	100	2	100	236	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 30. Intervalo decisión –incisión/ Criterios maternos de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Intervalo decisión- incisión	Inducto conduc ción fallida		DCP		Expulsivo prolong ado		Eclampsia		Parto obstru ido		Cirugías uteri nas previ as		Infecciones matern as		Ninguno		Total	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	236	100
Menos de 30 minut os	2	3.5	0	0	9	16	1	1.7	10	17.8	1	1.7	1	1.7	32	57.1	56	23.7
30-75 minut os	20	14.1	2	1.4	1	0.7	0	0	15	10.6	4	2.8	1	0.7	98	69.5	141	59.7
Más de 75 minut os	9	23.0	4	10.2	0	0	0	0	0	0	2	5.1	3	7.6	21	53.8	39	16.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 31. Intervalo decisión –incisión/ Criterios Fetales de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Intervalo decisión- incisión	Pérdida de bienestar fetal		DCP expensas fetal		Presentación fetal distócica		Malformaciones fetales		RCIU		Total	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Menos de 30 minutos	23	41.07	2	3.5	10	17.8	1	1.7	1	1.7	236	100
30-75 minutos	63	44.6	12	8.5	9	6.3	1	0.7	2	1.41	141	59.7
Más de 75 minutos	4	10.2	6	15.3	1	2.56	0	0	1	2.56	39	16.5

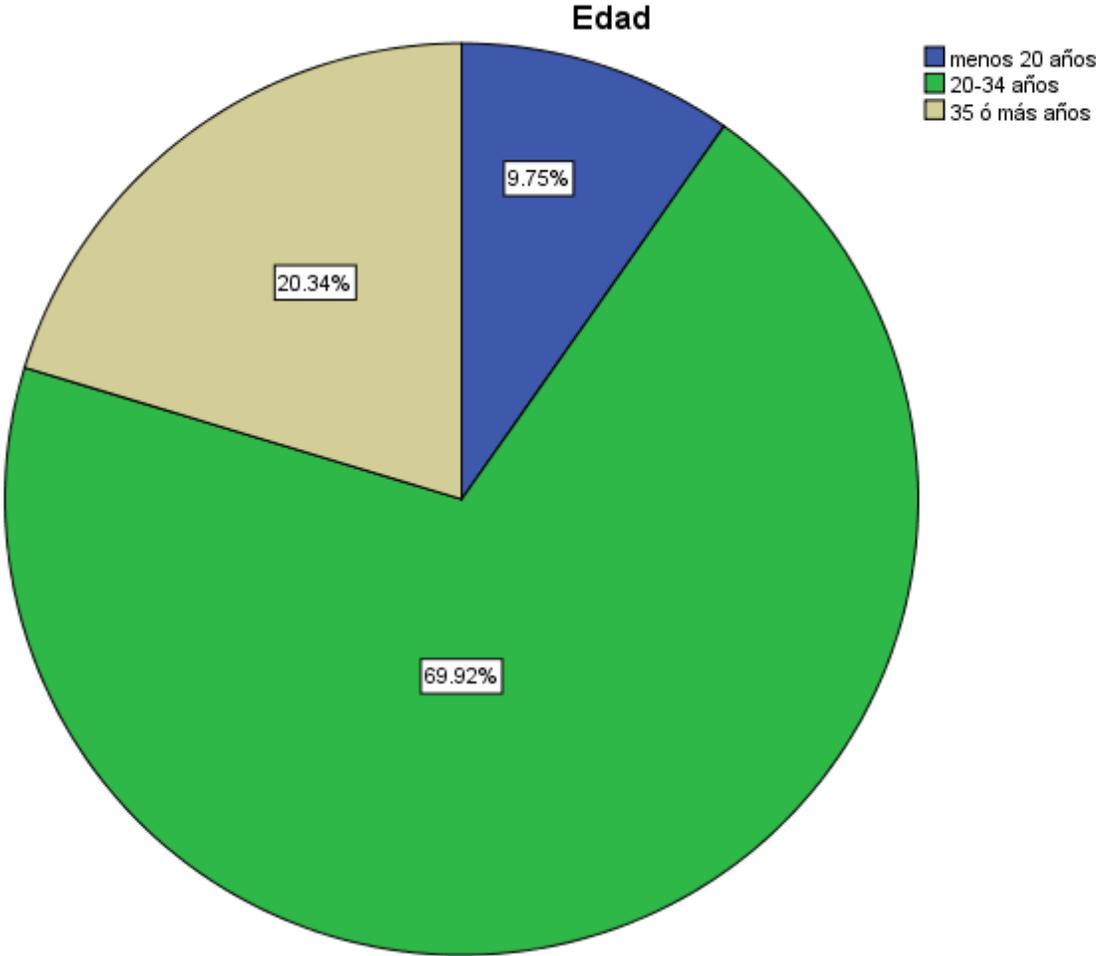
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla No 32. Intervalo decisión –incisión/ Criterios Ovulares de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista.

Intervalo decisión- incisión	Oligoamnios Severo		Distocia fonicular		Placenta previa sangrante		Prolapso de cordón		Infección ovular		Ninguno		Total	Porcentaje
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Menos de 30 minutos	1	1.7	4	7.1	11	19.6	1	1.7	5	8.9	34	6	56	23.7%
30-75 minutos	9	6.3	16	11.3	9	6.3	0	0	9	6.3	98	69.5	141	59.7%
Más de 75 minutos	3	7.6	1	2.5	1	2.5	0	0	2	5.1	32	82	39	16.5%

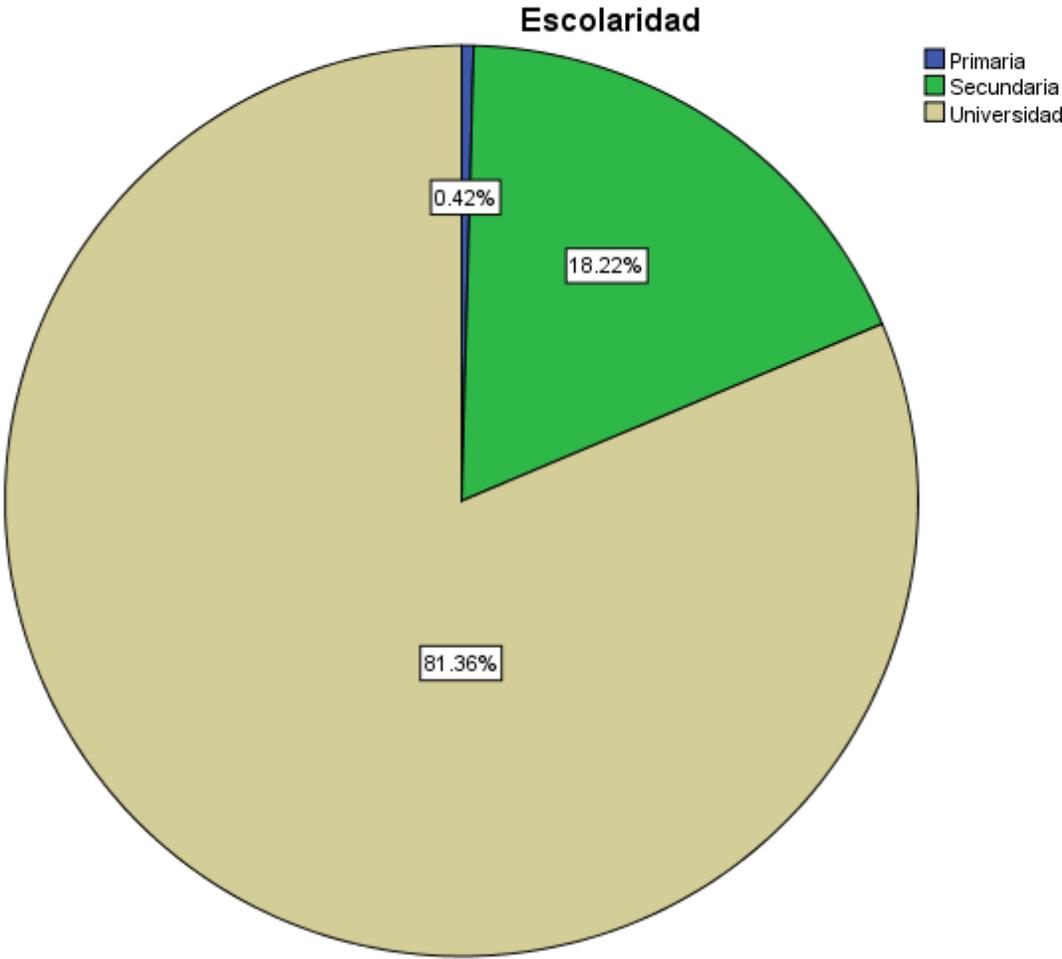
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 1: Edad de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



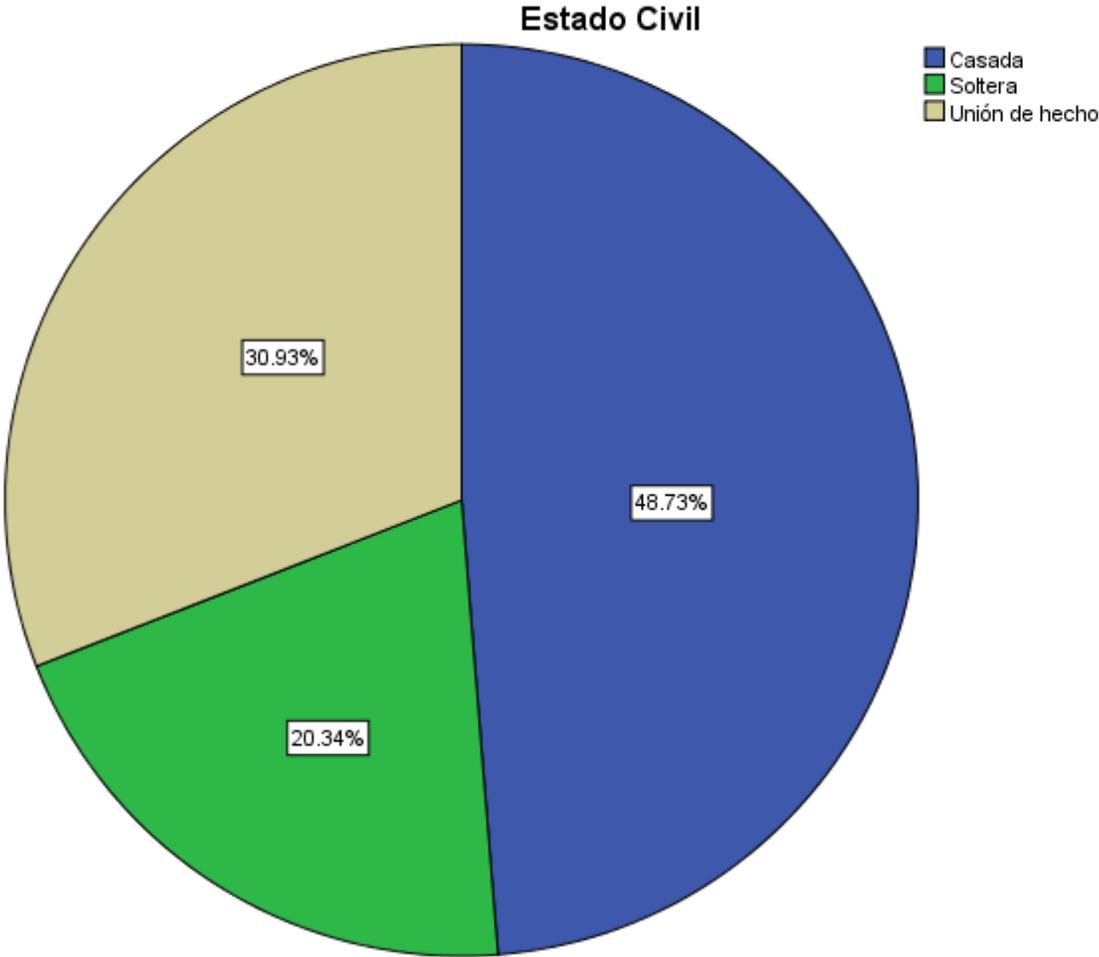
Fuente: Tabla No. 1 Edad de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 2: Escolaridad de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



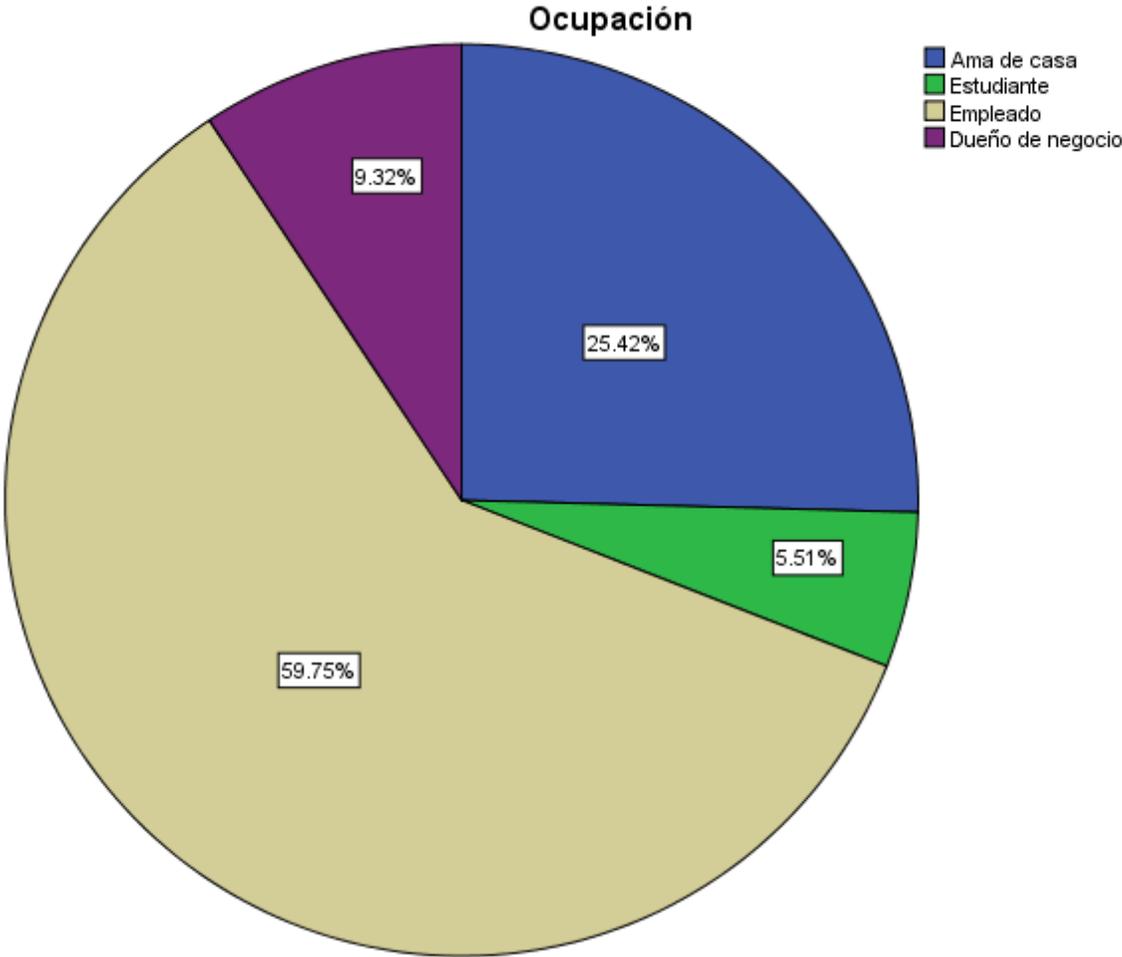
Fuente: Tabla No. 2 Escolaridad de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 3: Estado civil de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



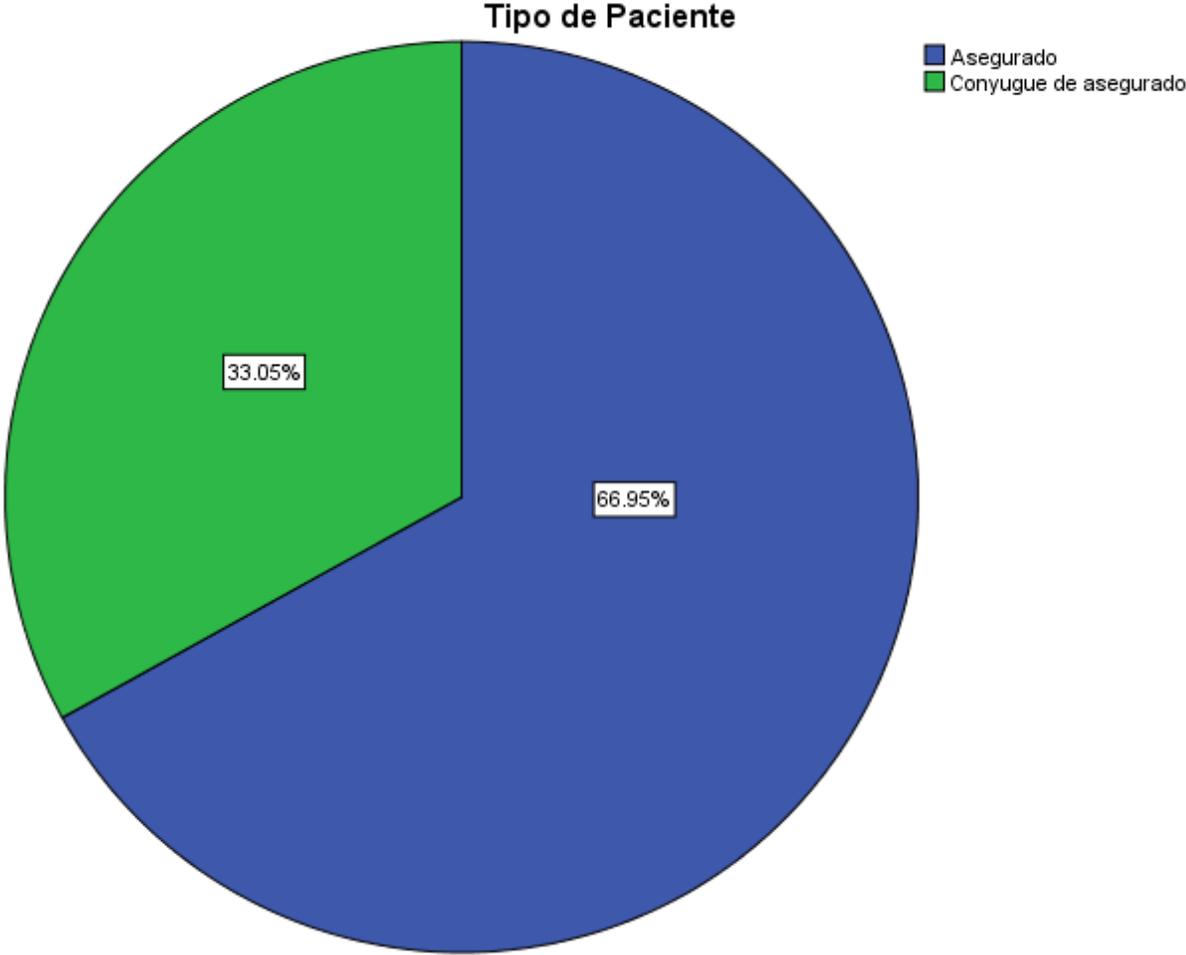
Fuente: Tabla No. 3 Estado civil de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 4: Ocupación de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



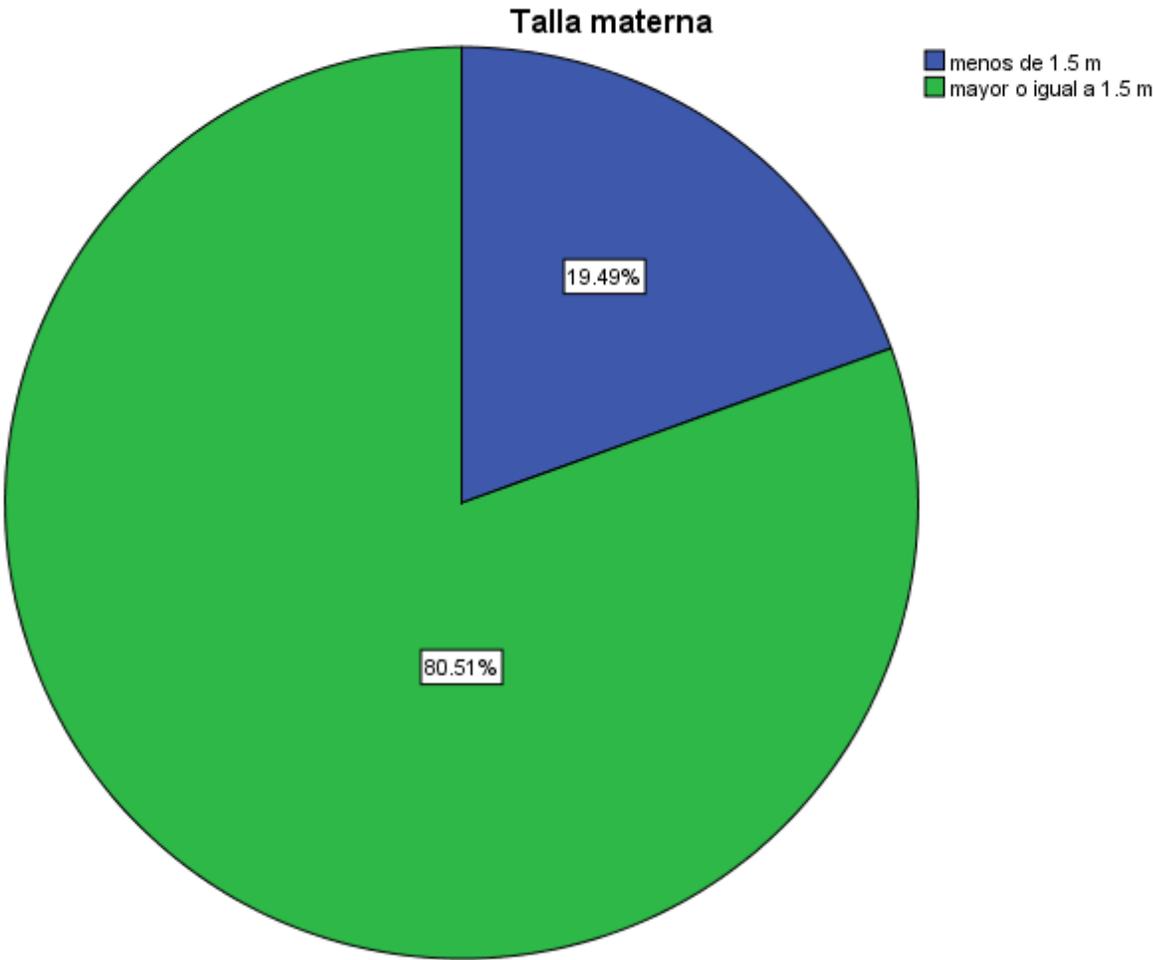
Fuente: Tabla No. 4 Ocupación de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 5: Tipo de filiación de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



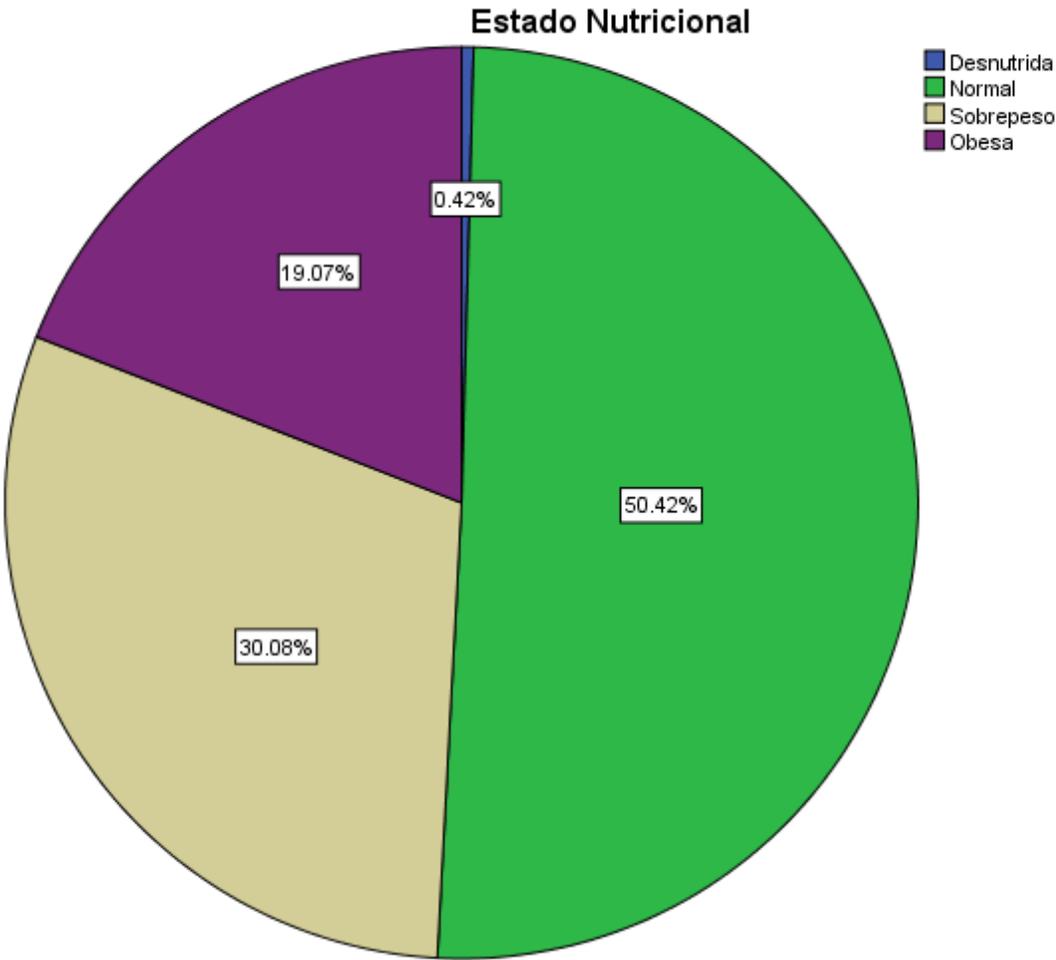
Fuente: Tabla No. 5 Tipo de filiación de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 6: Talla de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



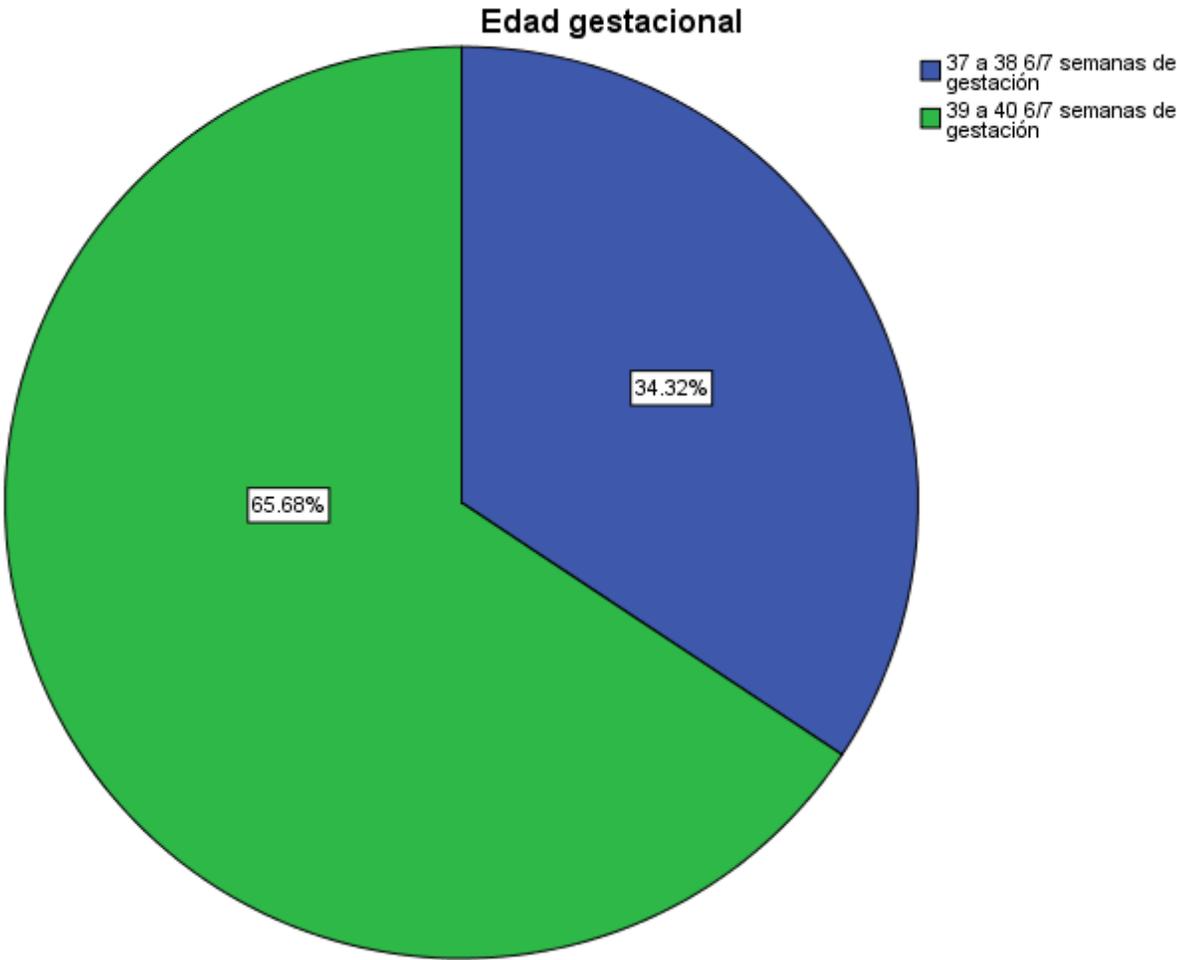
Fuente: Tabla No. 6 Talla de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 7: Estado nutricional de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



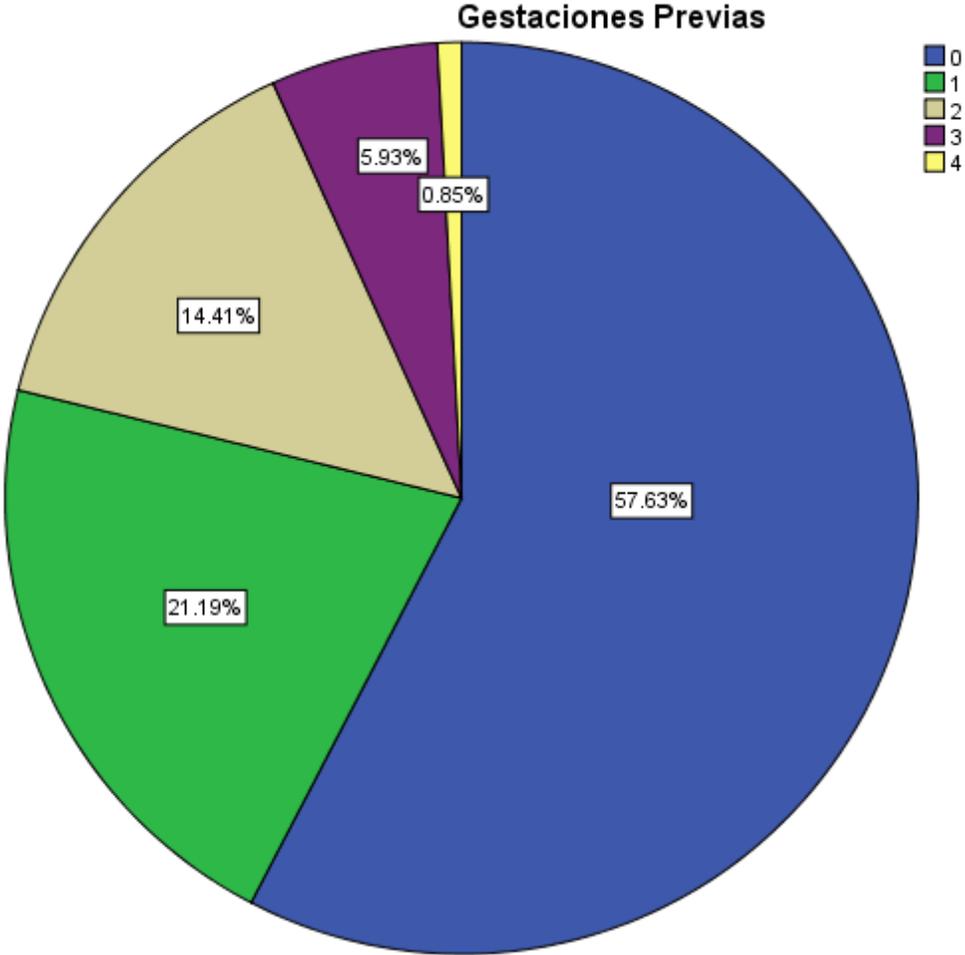
Fuente: Tabla No. 7 Estado nutricional de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 8: Edad gestacional al momento de la indicación del procedimiento en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



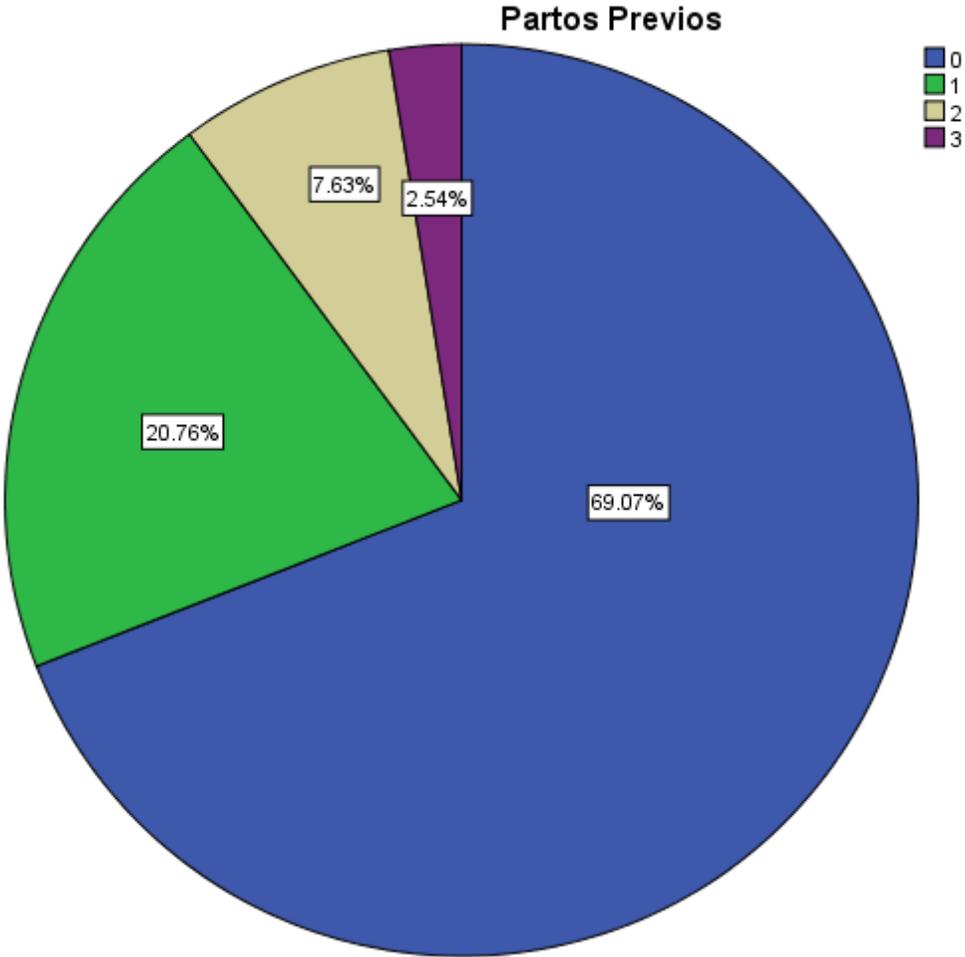
Fuente: Tabla No. 8 Edad gestacional de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 9: Gestaciones previas en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



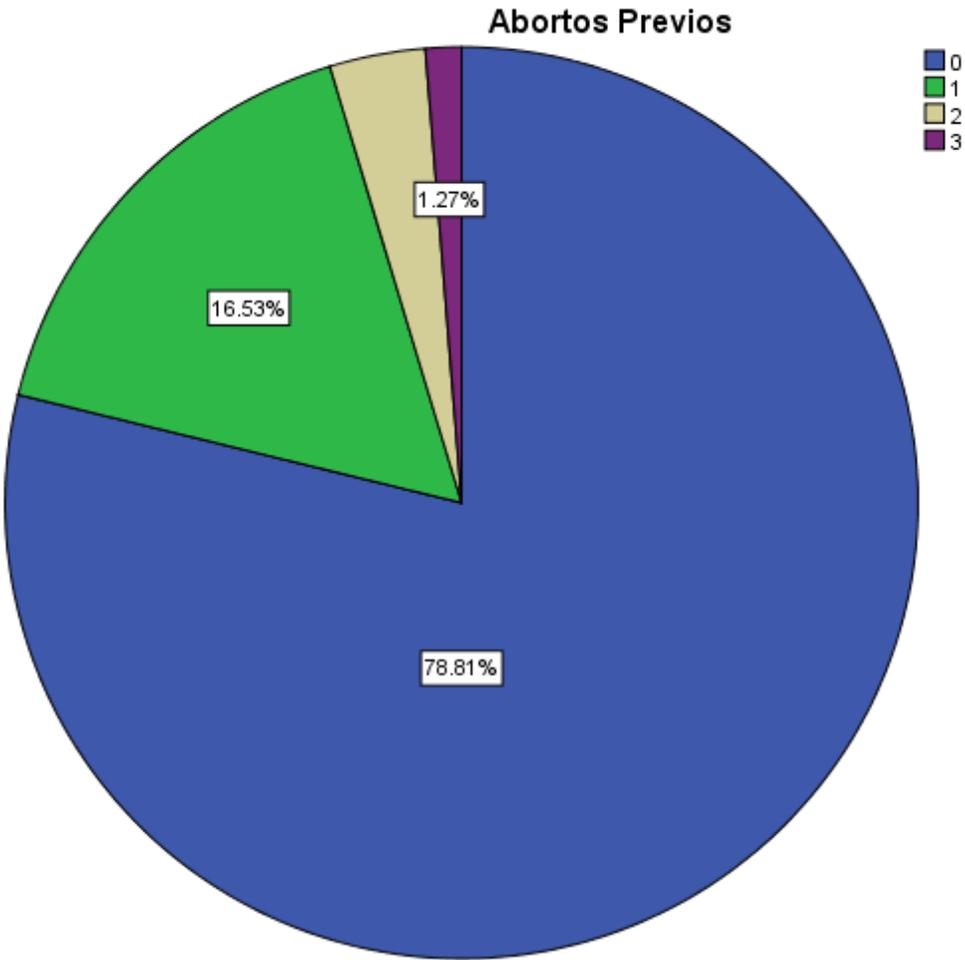
Fuente: Tabla No.9 Gestaciones previas de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 10: Número de partos previos en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



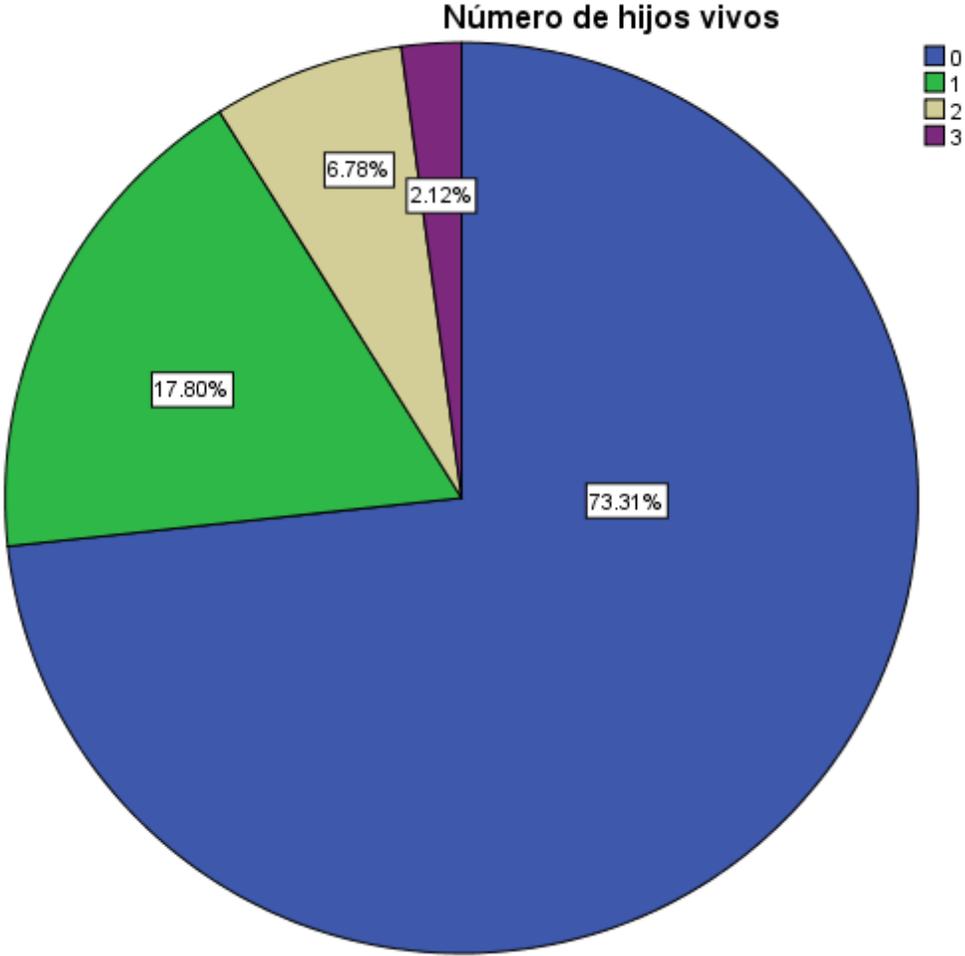
Fuente: Tabla No.10 Partos previos de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 11: Número de abortos previos en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



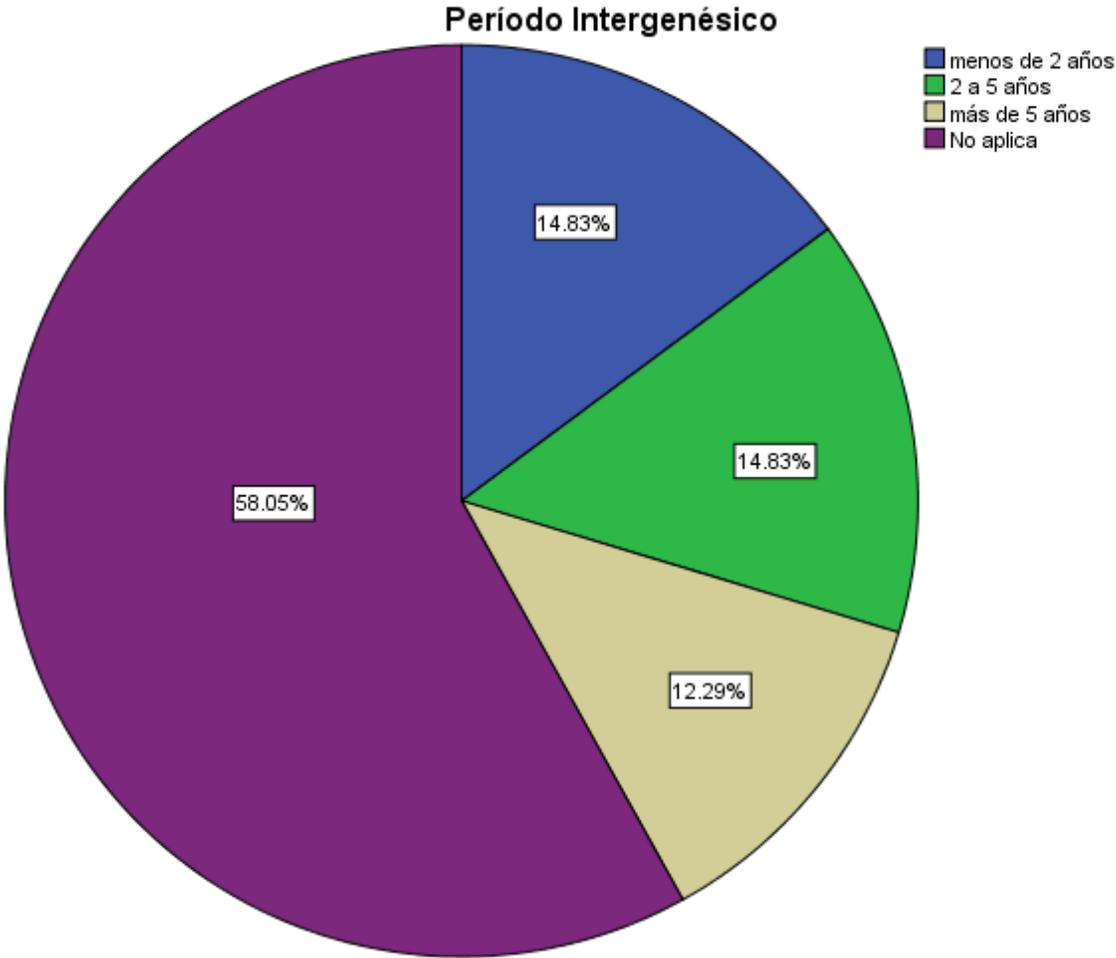
Fuente: Tabla No.11 Número de abortos previos de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 12: Número de hijos vivos en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



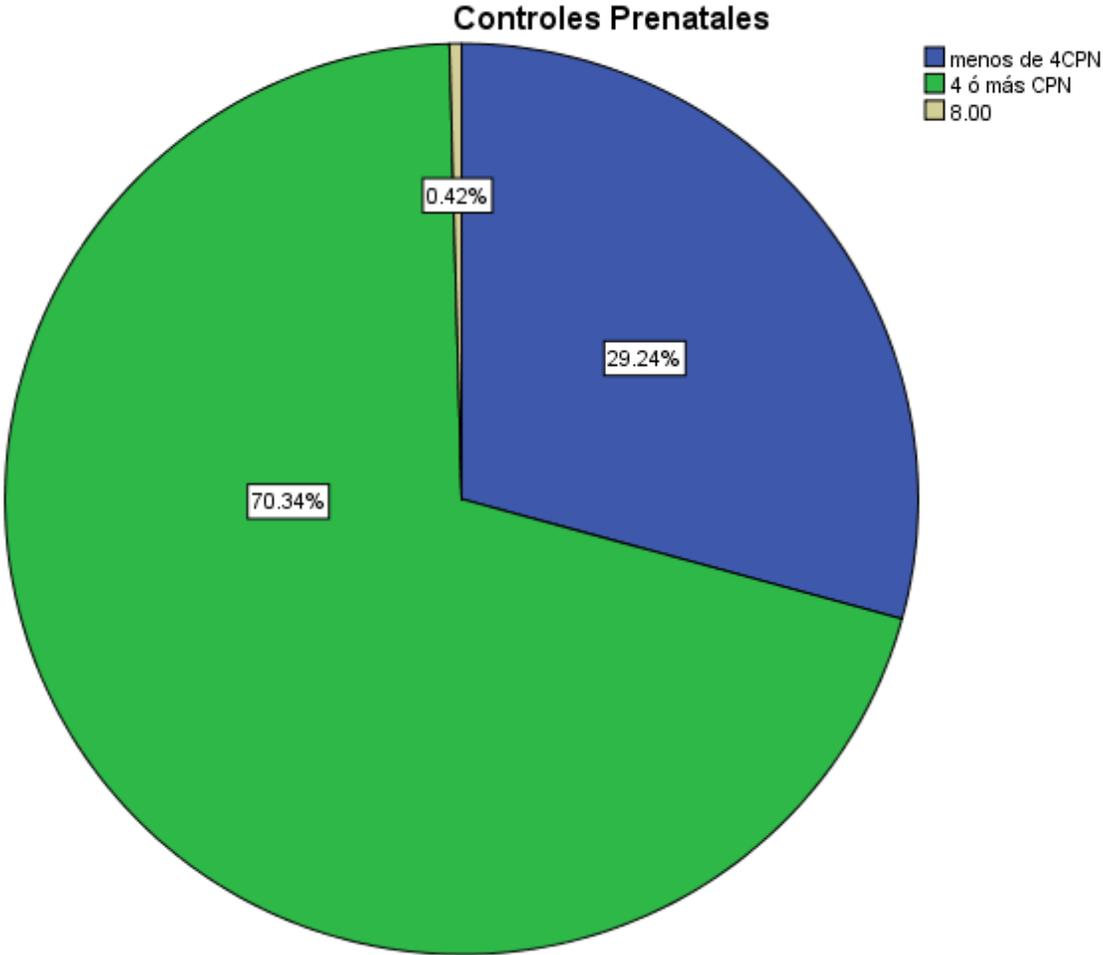
Fuente: Tabla No.12 Número de hijos vivos de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 13: Período intergenésico en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



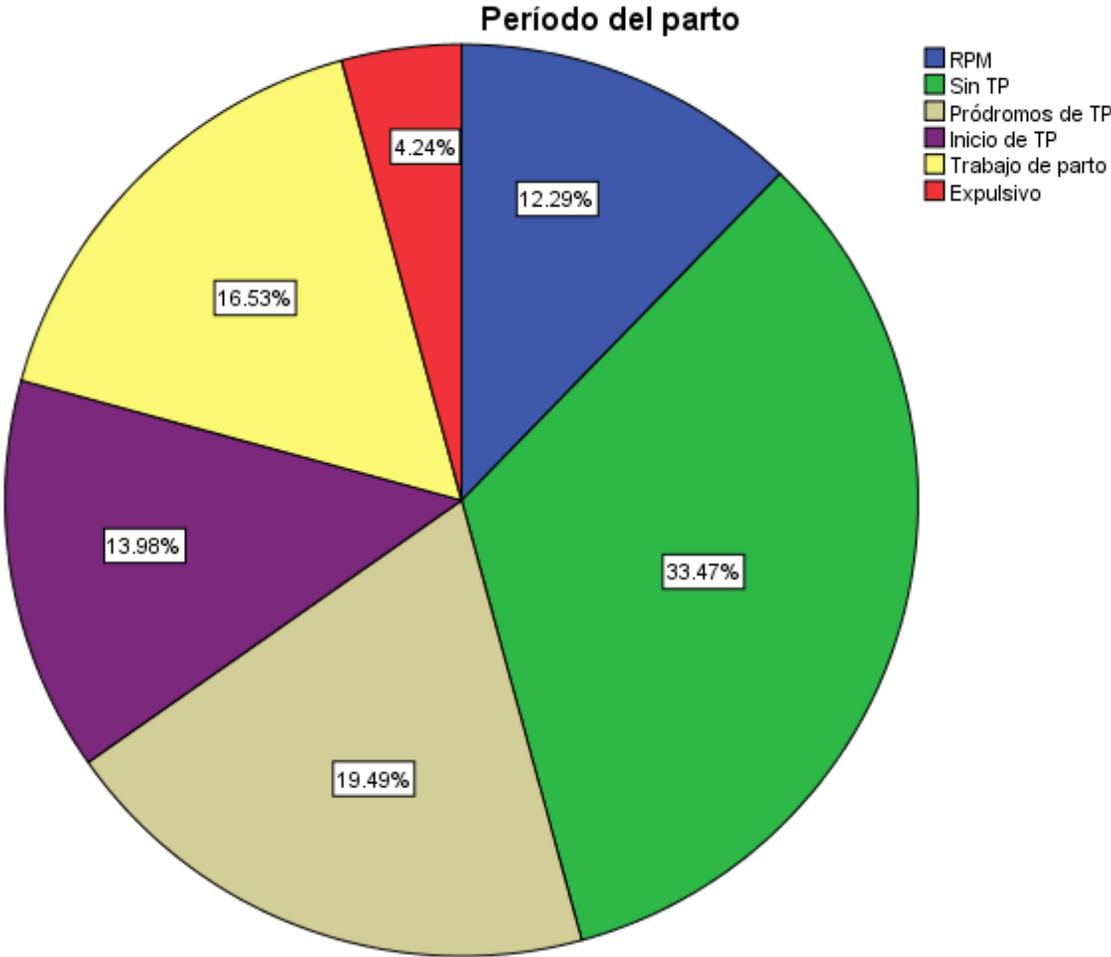
Fuente: Tabla No.13 Período intergenésico de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 14: Número de controles prenatales en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



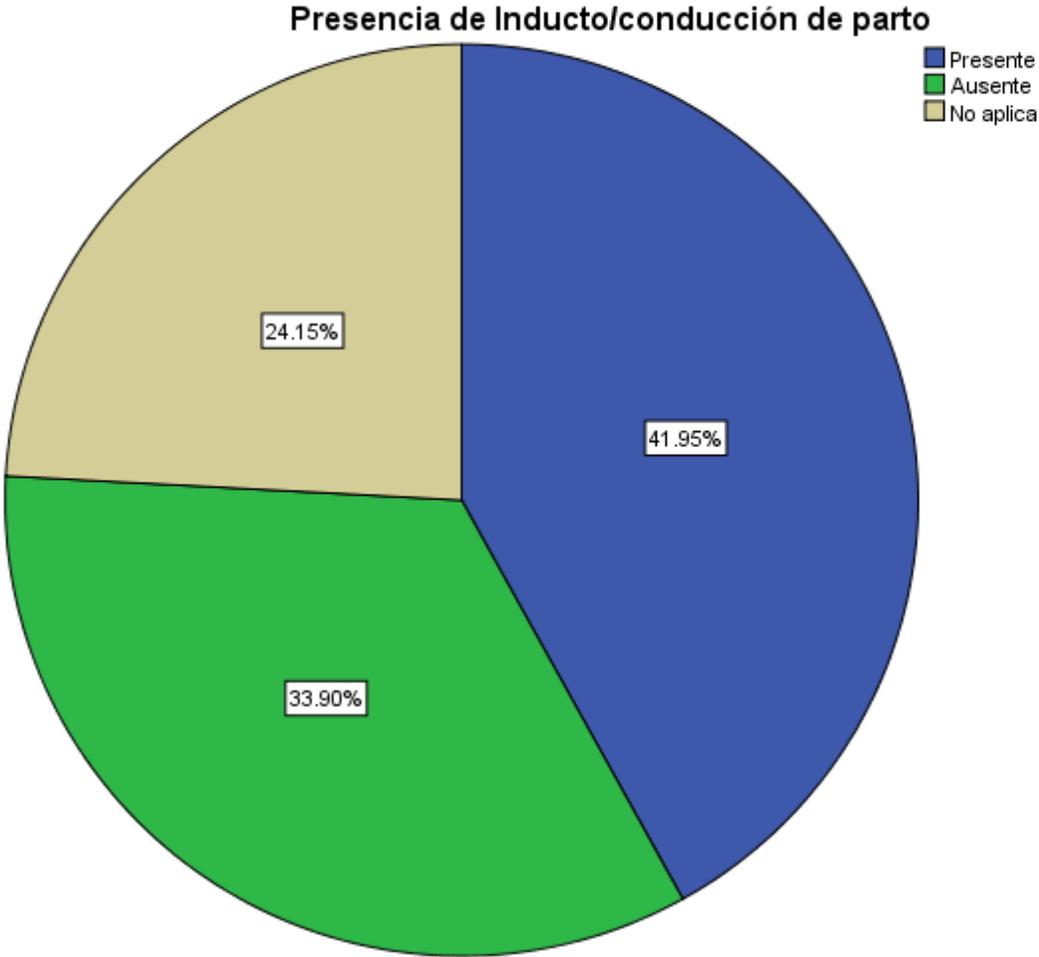
Fuente: Tabla No.14 Número de controles prenatales de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 15: Período del parto al momento del procedimiento en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



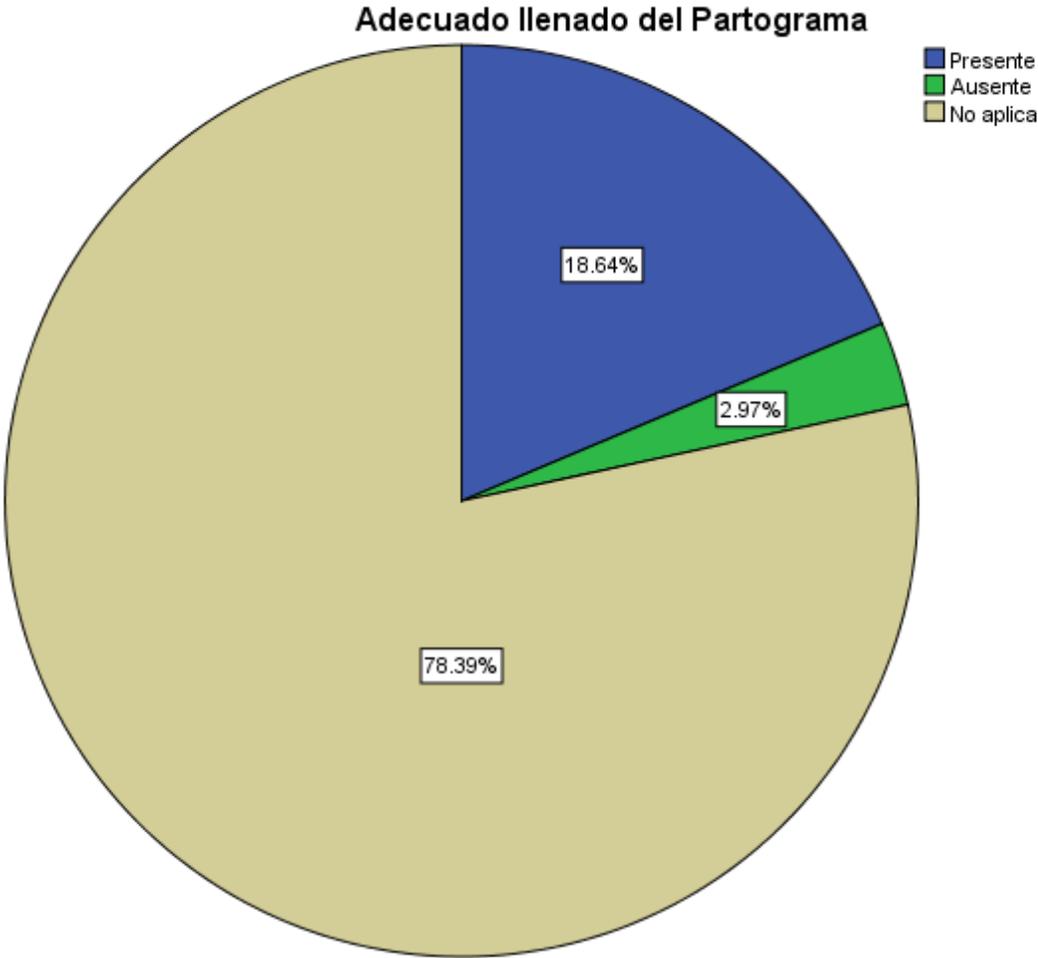
Fuente: Tabla No.15 Período del parto al momento del procedimiento de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 16: Presencia de inducto/conducción en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



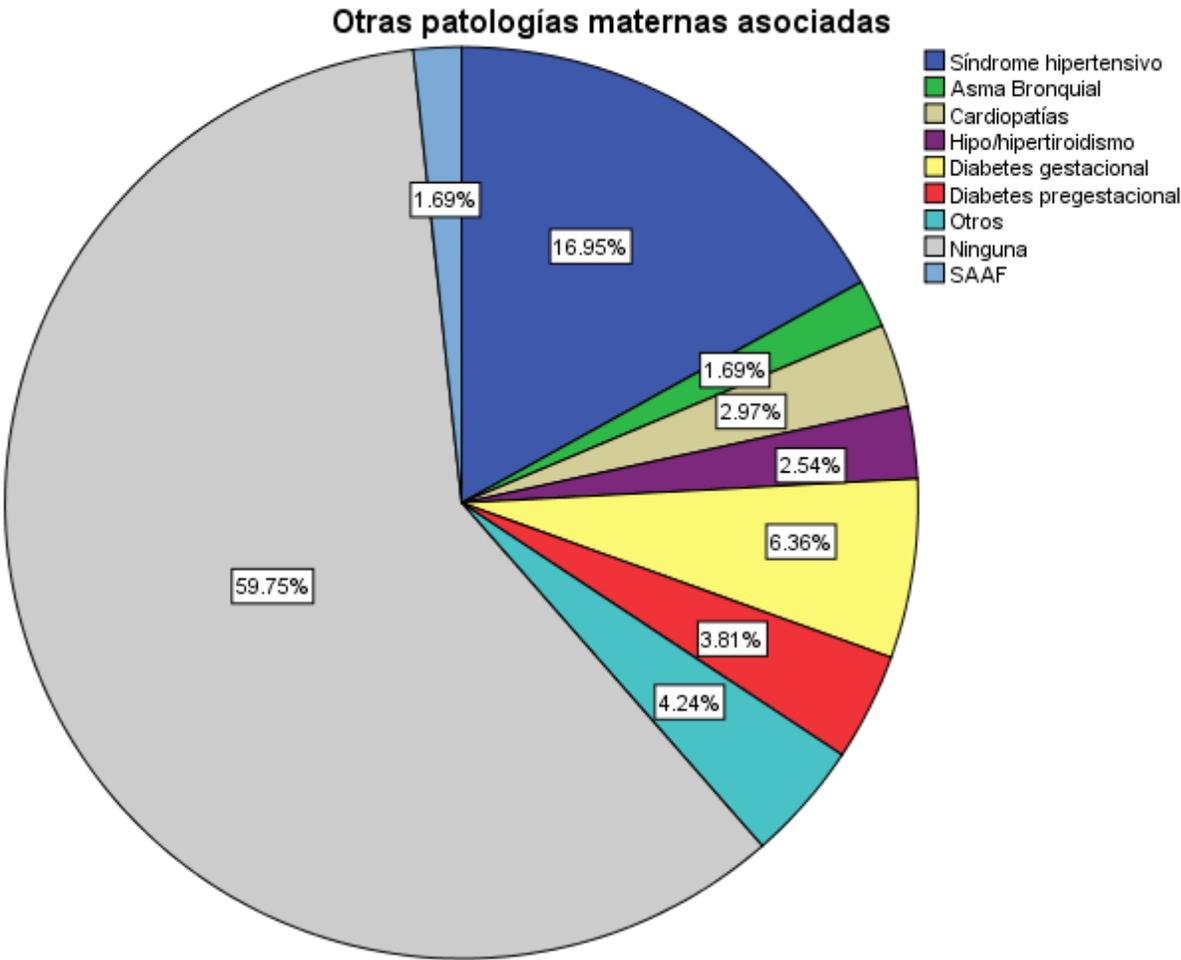
Fuente: Tabla No.16 Presencia de inducto/conducción de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 17: Llenado de partograma en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



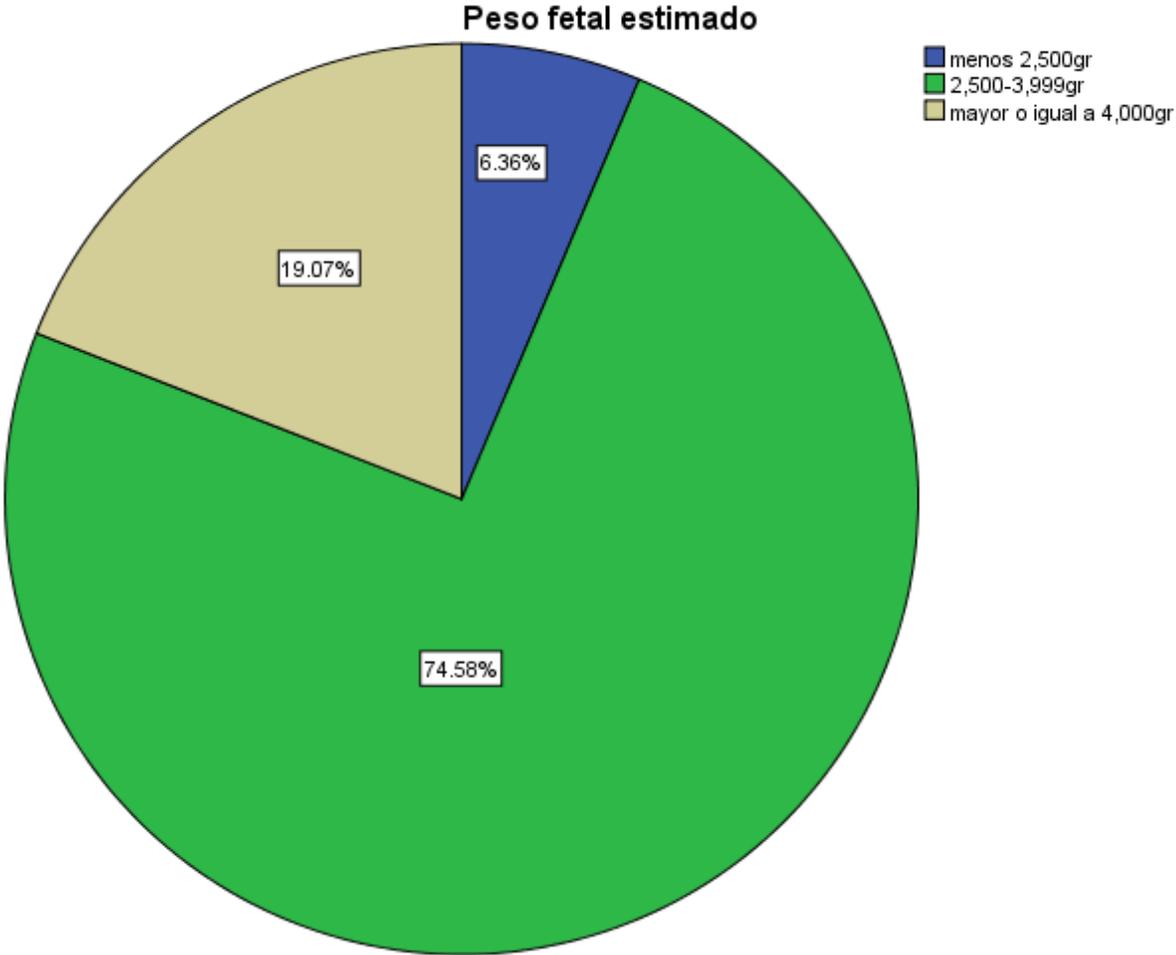
Fuente: Tabla No.17 Llenado de partograma de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 18: Patologías maternas asociadas en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



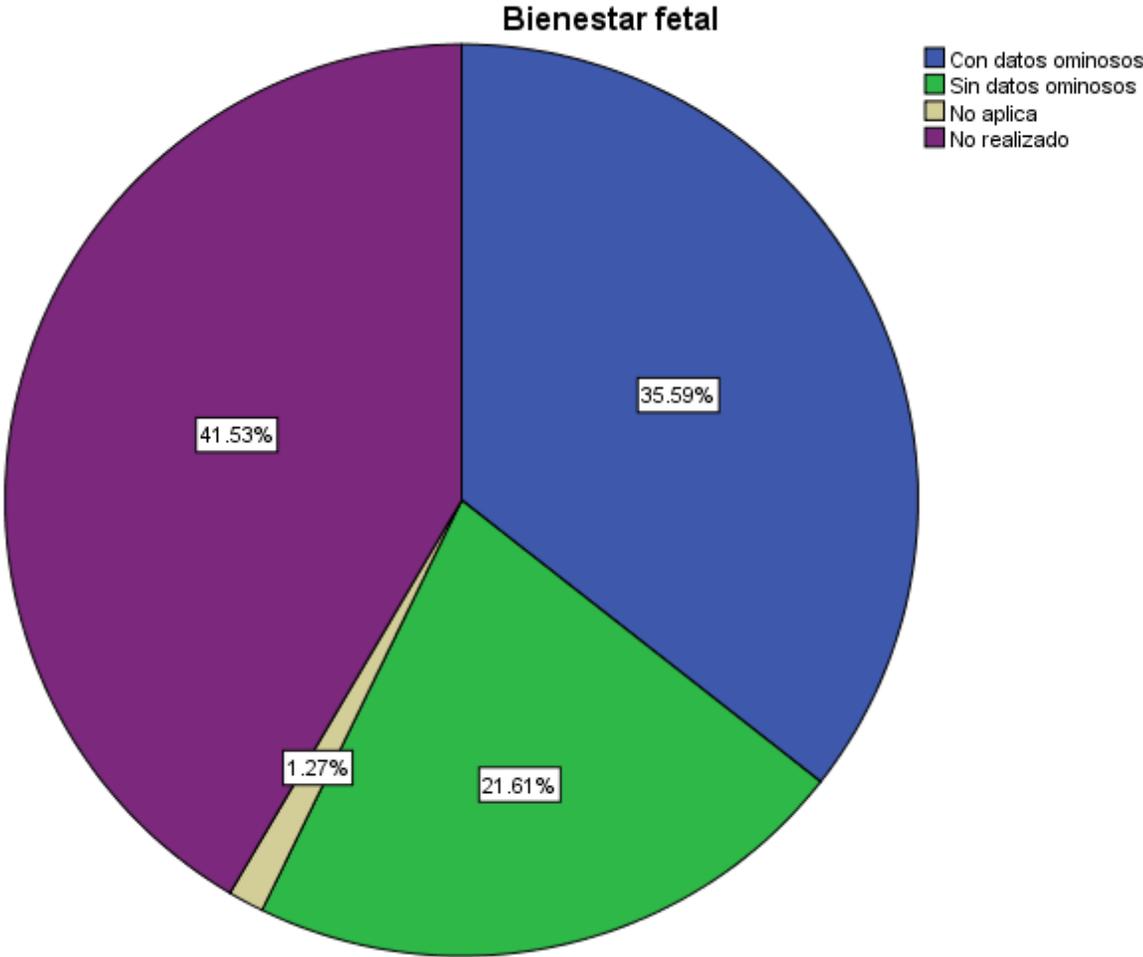
Fuente: Tabla No.18 Patologías maternas asociadas de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 19: Peso fetal al nacer en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



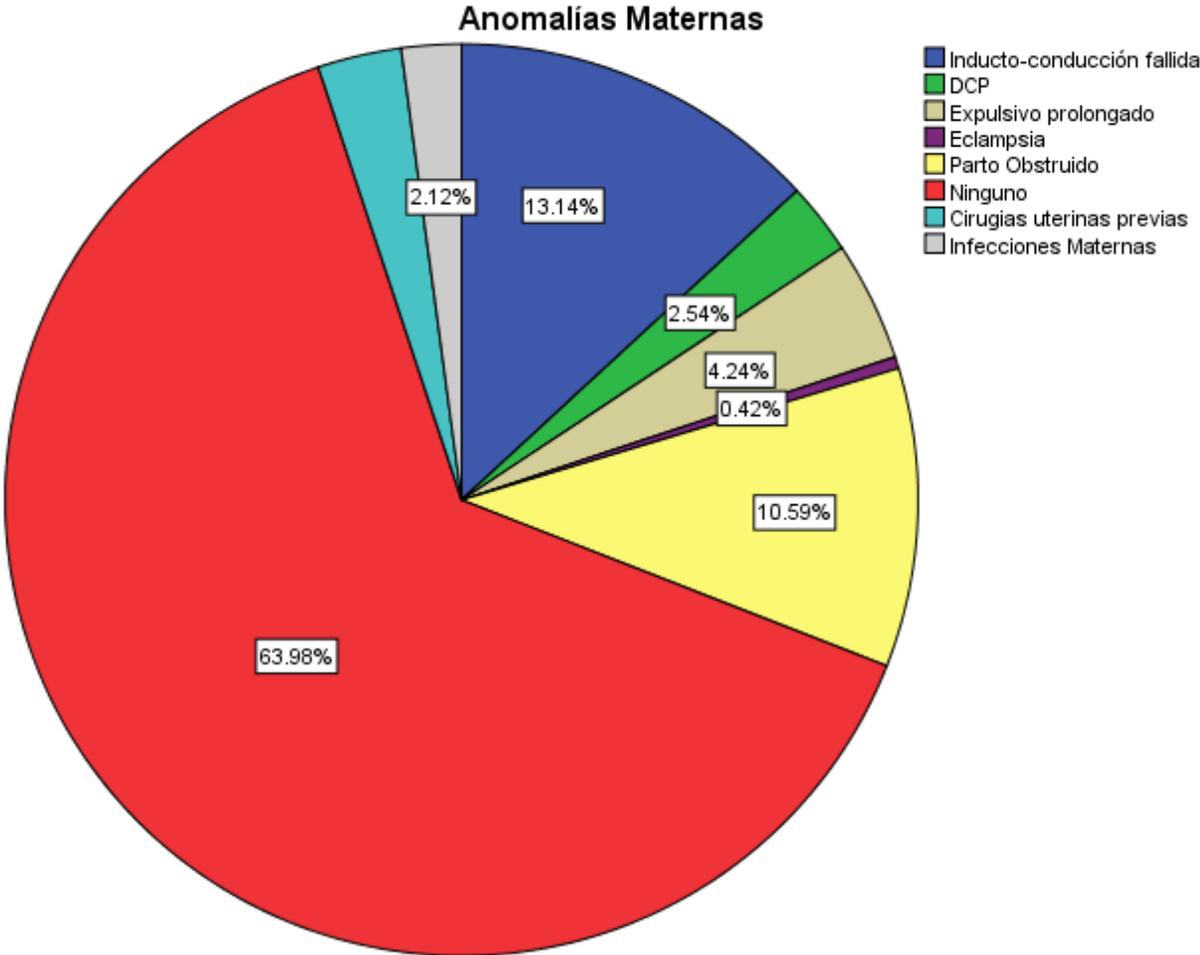
Fuente: Tabla No.19 Peso fetal al nacer de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 20: Resultado de monitoreo fetal en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



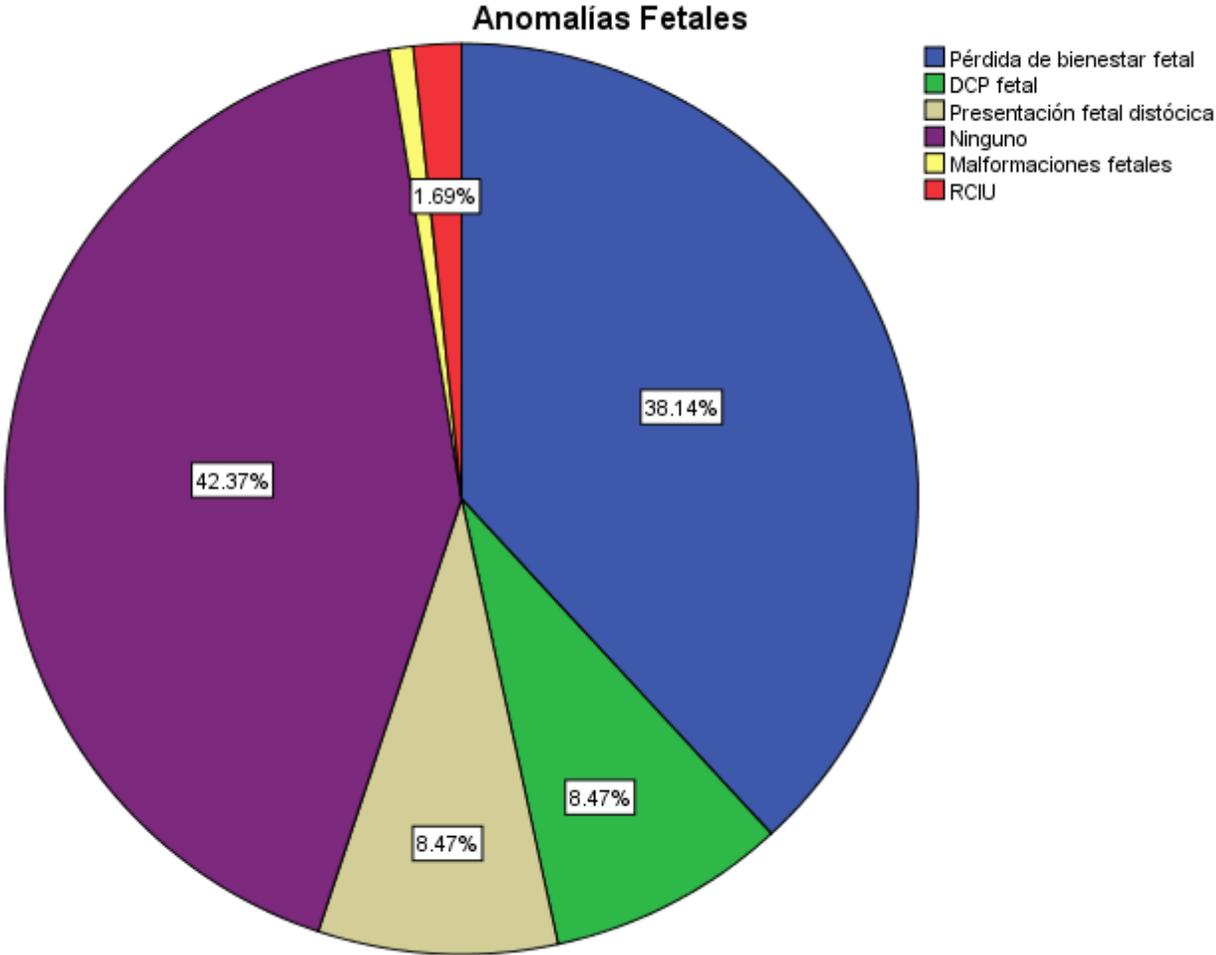
Fuente: Tabla No.20 Resultado de monitoreo fetal de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 21: Criterios maternos en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



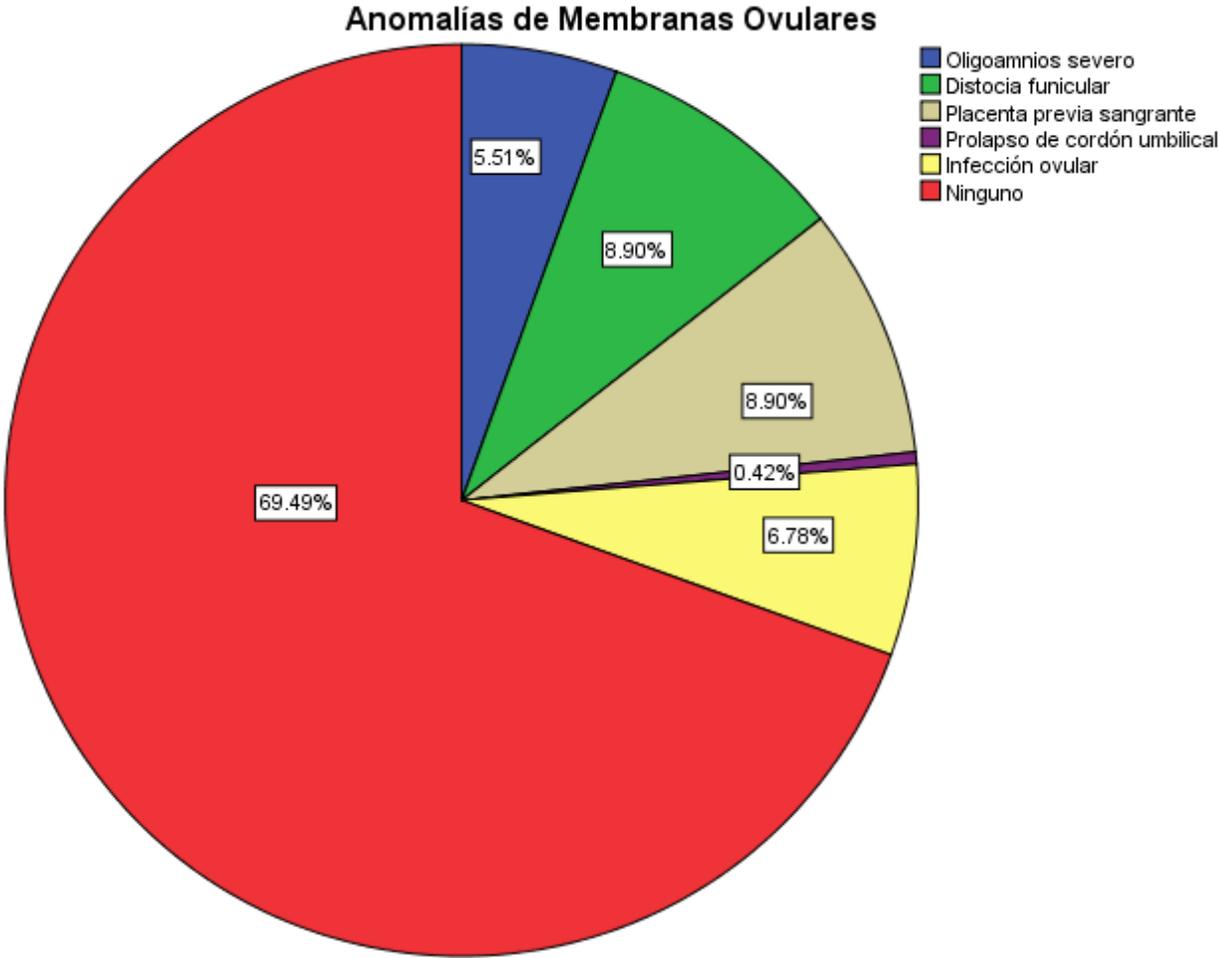
Fuente: Tabla No.21 Criterios maternos de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 22: Criterios fetales en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



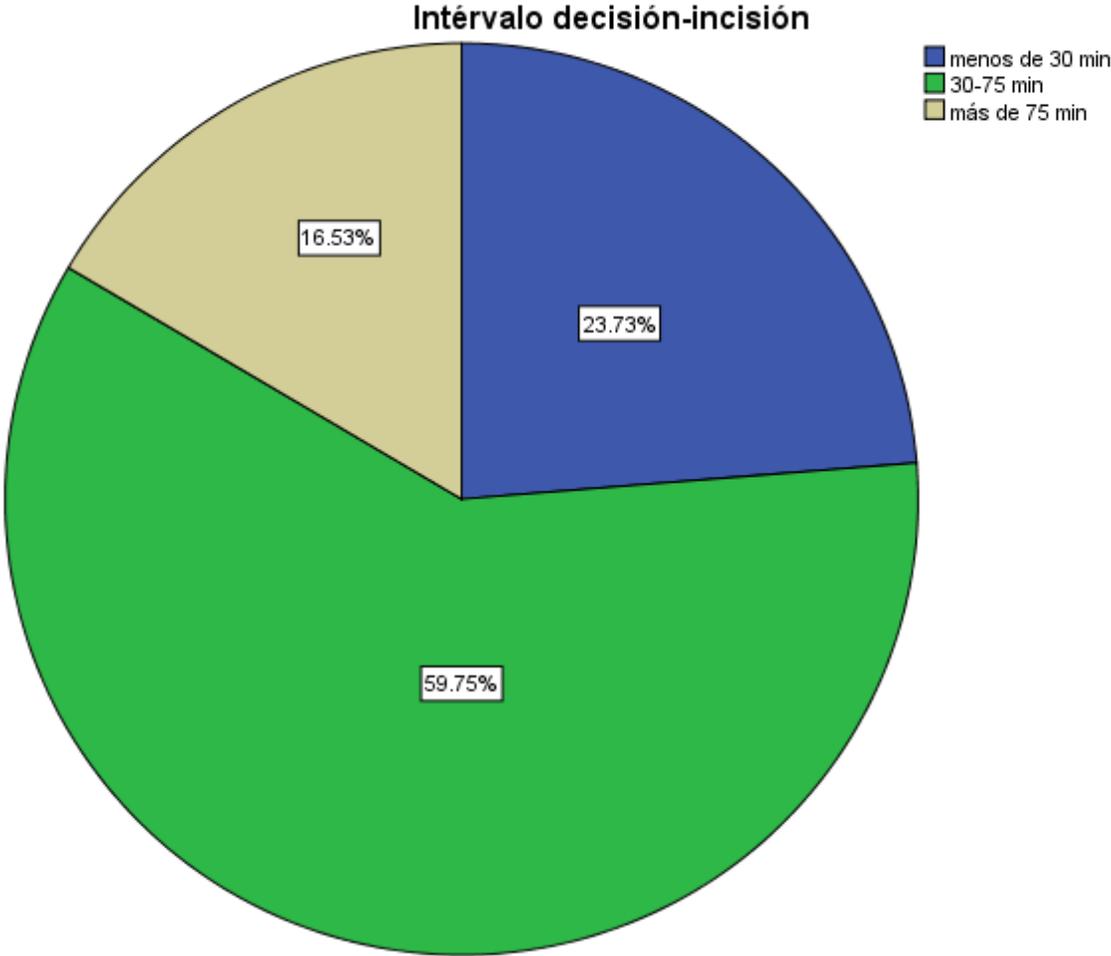
Fuente: Tabla No.22 Criterios fetales de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 23: Criterios de membranas ovulares en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



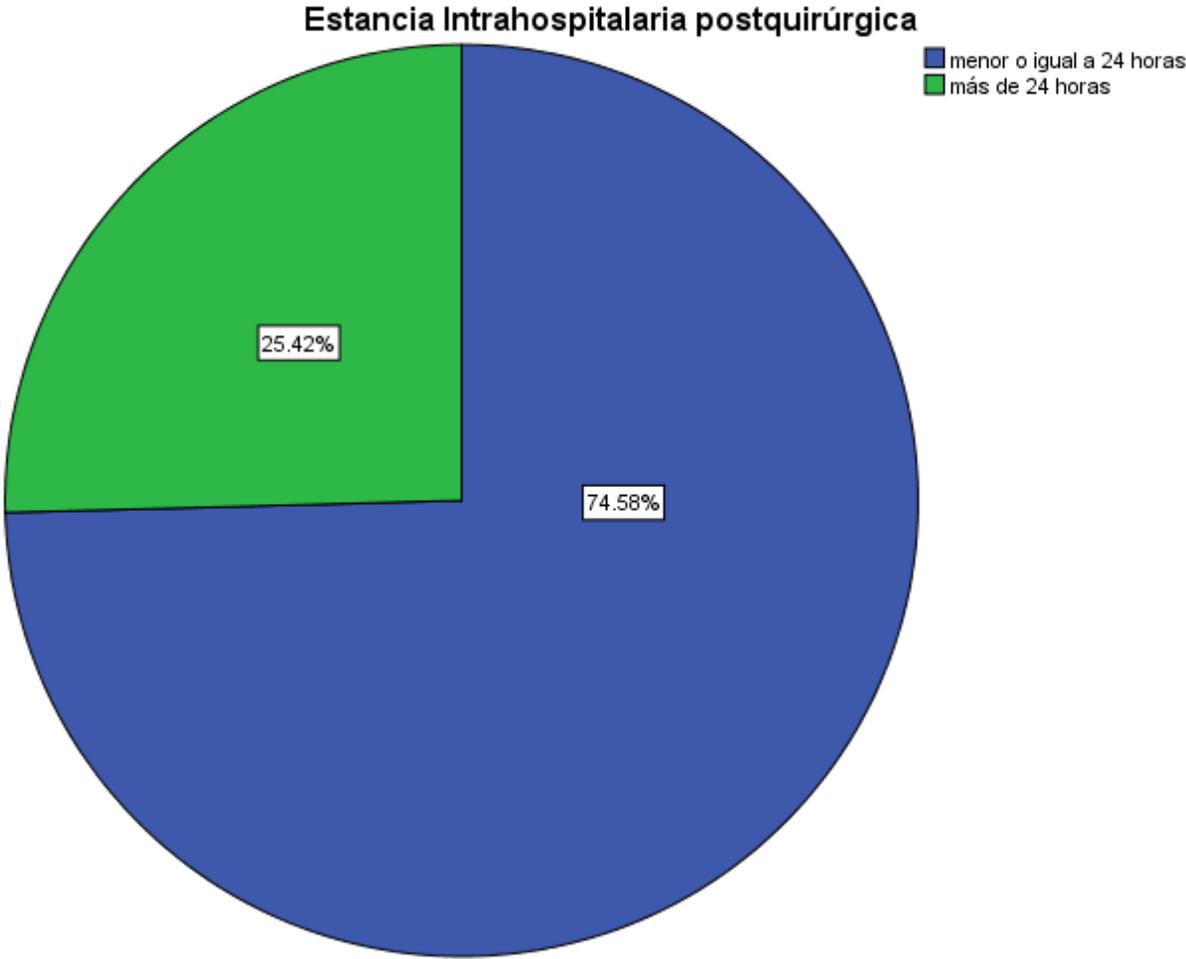
Fuente: Tabla No.23 Criterios de membranas ovulares de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 24: Intervalo de tiempo decisión/ incisión en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



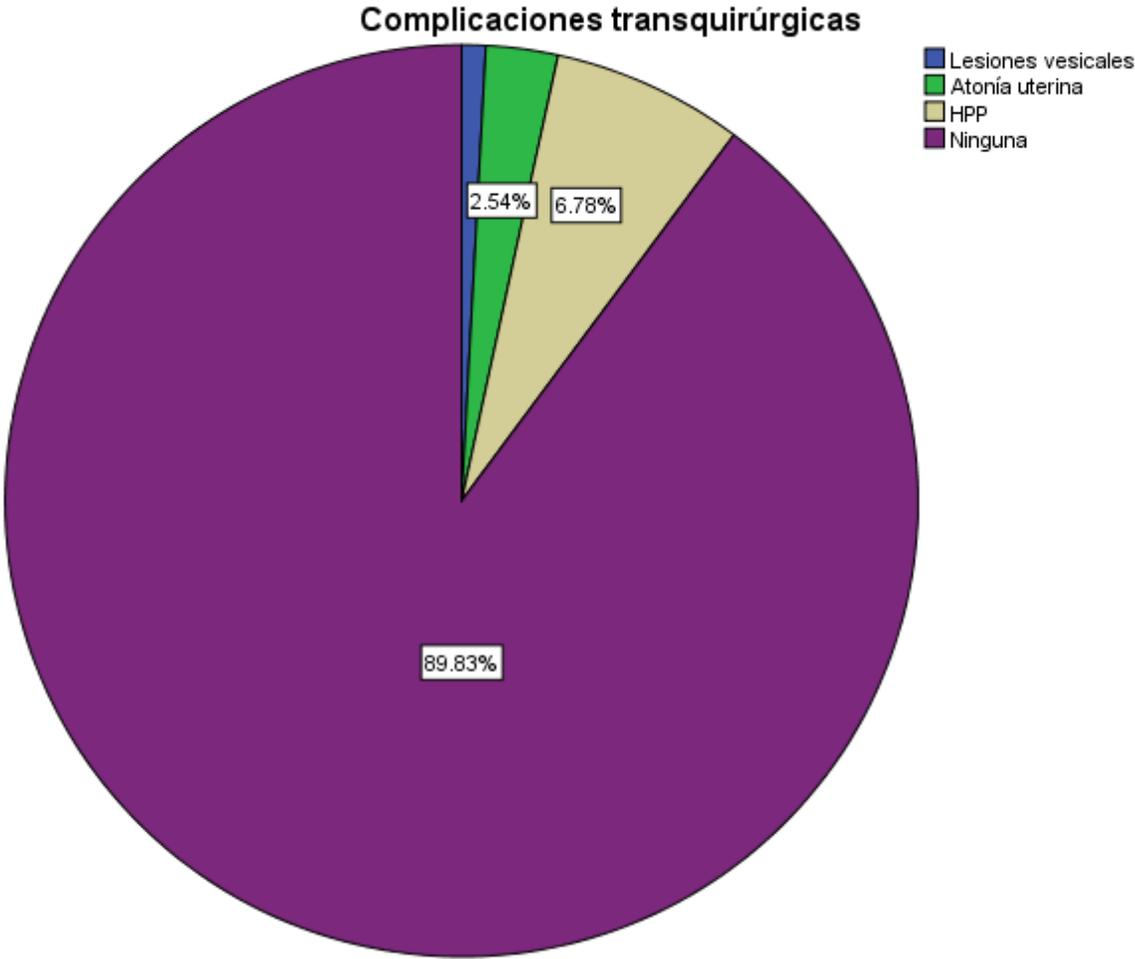
Fuente: Tabla No.24 Intervalo de tiempo decisión/incisión de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 25: Estancia intrahospitalaria post quirúrgica en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



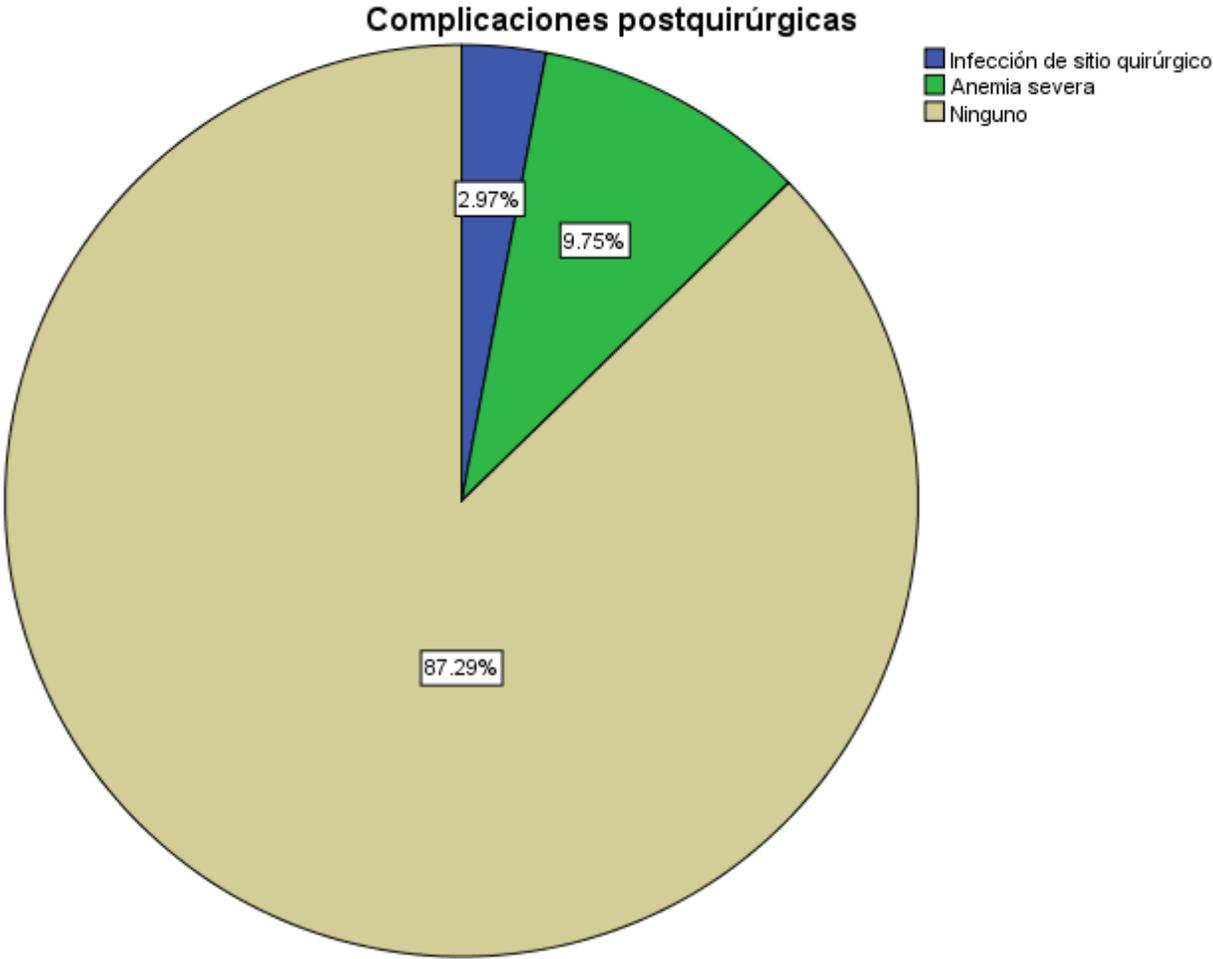
Fuente: Tabla No.25 Estancia intrahospitalaria de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 26: Complicaciones trans quirúrgicas en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



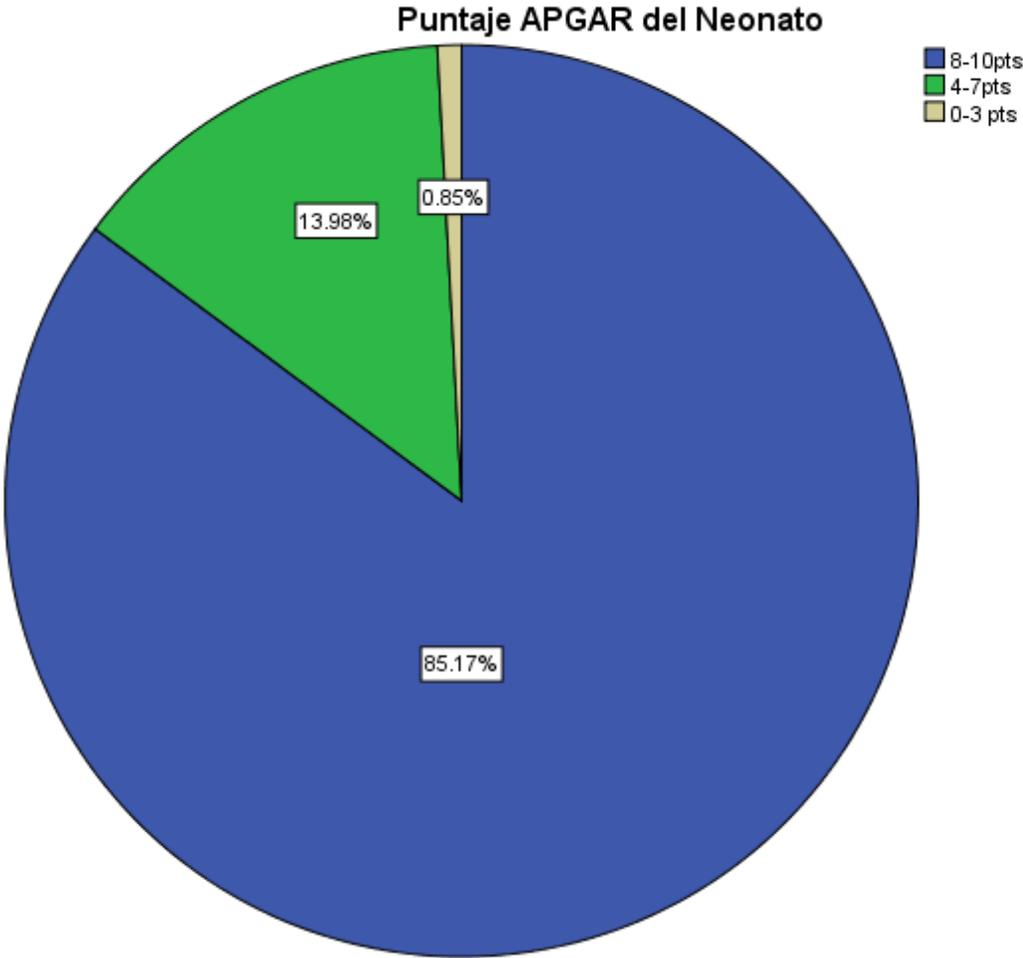
Fuente: Tabla No.26 Complicaciones trans quirúrgicas de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 27: Complicaciones postquirúrgicas en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



Fuente: Tabla No.27 Complicaciones postquirúrgicas de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista

Gráfico No. 28: Puntaje APGAR al 1er minuto de vida de bebés en embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista



Fuente: Tabla No.28 Puntaje APGAR al 1er minuto de vida en bebés de las embarazadas a término con indicación de cesárea urgente primitiva atendidas en el hospital Bautista