

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

Recinto Universitario Rubén Darío

Facultad de Ciencias Médicas



TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Comportamiento de Cesáreas Primitivas en Embarazadas Atendidas
en el Servicio de Obstetricia. Hospital Amistad Japón – Nicaragua.

Granada. Enero a Diciembre 2014.

Autores:

Br. Melissa Carolina Condega Sotelo

Br. Heysell de los Ángeles Muñoz Estrada

Tutor:

Dr. Eladio Meléndez A. MSSR

Epidemiólogo del Hospital Amistad Japón Nicaragua.

Granada, Nicaragua., 2015

DEDICATORIA

A Dios, quien ha sido mi principal fuente de sabiduría y quien me ha brindado su mano cuando sentía que no podía continuar.

A mis Padres, quienes han sido mi ejemplo y apoyo terrenal en los momentos más difíciles.

A ti, mi hijo lindo, porque al verte cada mañana al despertar me recuerda que todo lo hago es por ti y para ti. Porque mis logros también son los tuyos.

Heysell de los Ángeles Muñoz Estrada.

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía durante todo este largo camino y por darme las fuerzas para seguir adelante y no darme por vencida.

A mis Padres, quienes han sido mi gran apoyo y quienes me enseñaron a luchar por lo que quería.

A mi familia, quienes me daban palabras de aliento cuando sentí que no podía seguir.

Melissa Carolina Condega Sotelo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios infinitamente por guiar mi vida, por ser mi fiel amigo y por no desampararme en ningún momento.

A mis Padres, por enseñarme el valor de la vida y por inculcarme que con esfuerzo todo se logra. Sin ustedes no hubiese podido continuar, les estaré eternamente agradecida.

A mis Maestros y Tutor, por su dedicación y empeño a que seamos mejores cada día. Cada uno de ustedes es una fuente distinta de aprendizaje.

A ti, mi persona especial, porque estuviste conmigo apoyándome en todo momento.

A nuestros pacientes, porque sin ellos este estudio no hubiera sido posible y por ser el mejor libro de enseñanza que un médico puede tener.

Heysell de los Ángeles Muñoz Estrada.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ayudarme en todo momento y por darme la oportunidad de seguir adelante y cumplir una de mis metas propuestas.

A mis Padres, por ser mi inspiración y por su ayuda brindada durante estos largos años.

A mis Maestros, por brindarme sus conocimientos y por enseñarme a brindar amor a los pacientes.

Melissa Carolina Condega Sotelo

OPINION DEL TUTOR

Tengo a bien presentar el trabajo monográfico “Comportamiento de Cesáreas Primitivas en Embarazadas Atendidas en el Servicio de Obstetricia. Hospital Amistad Japón – Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2014.”

Las Br Melissa Carolina Condega Sotelo y Heysell de los Ángeles Muñoz Estrada, son las autoras de dicho trabajo. Ellas desde que iniciaron el proceso de investigación demostraron responsabilidad, creatividad, ética y sensibilidad para tratar el tema.

Entre los resultados se destacan:

Las mujeres con mayor número de indicación de cesárea primitivas fueron las que tenían un nivel escolar bajo, ama de casa, casi la mitad del total es población adolescentes que probablemente está más relacionadas al actual del personal médico sin causa justificada en 10.0% de los casos. Se conoce que la cesárea es una indicación que ayuda salvar a la madre y al niño, pero en este estudio queda demostrado realmente si se están realizando las cesáreas por esta condición.

En la actualidad podemos decir que la realización de parto por cesárea está siendo una epidemia de importancia, ya que es conocido que mientras más se sucedan aumenta el riesgo de morbilidad materna y perinatal. Las autoras del trabajo tienen el compromiso de dar a conocer los resultados a las autoridades de salud del hospital e informar debilidades encontradas como repuesta de mejoras, es deseable que el informe no sea uno más de la biblioteca de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua o del hospital Amistad Japón Nicaragua. A la vez que se tome en cuenta que fue realizado con las mejores intenciones por parte de ellas.

Felicito a las Bachilleras por su compromiso con el trabajo y le insto a seguir preparándose para dar un mejor servicio a la población que les demanda.

Dr. Eladio Meléndez A. MSSR

Epidemiólogo del Hospital Amistad Japón Nicaragua.

Granada

RESUMEN

Durante el siglo XX, la falta de confianza en la naturaleza y el exceso de confianza médica en la tecnología llevaron a la aplicación de una serie de prácticas que fueron caracterizando la obstetricia moderna, que de manera significativa como lo más correcto se apropió de nuevas conductas que han llevado a la deshumanización de un acto único vivido entre la familia y el nuevo ser humano por vivir. En la época reciente ha ocurrido un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, con lo que esta técnica operatoria pierde su enorme efecto benéfico de salvar vidas de madres y recién nacidos cuando está bien indicada.

En el Hospital Amistad Japón Nicaragua los indicadores de realización de cesárea conocidos históricamente han sobrepasado 35%. En el año 2013 es preocupante que las cifras fueron 37.8% en relación al total de nacimiento.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con el objetivo de conocer el comportamiento de la cesárea primitiva en dicho hospital reconocer las características generales de la población las condiciones previas e inclusive el diagnóstico los efectos a la madre como al recién nacido, esto durante todo el año 2014.

El universo fue conformado por todas las embarazadas atendidas entre enero a diciembre del 2014 que se les realizó cesáreas primitiva por diversas razones, fueron 256 mujeres en total las que se estudiaron.

Para la realización de este estudio; la fuente de información fue secundaria tomada de los expedientes clínicos. La información para su análisis se procesó en base de datos construida en el programa computarizado SPSS 21.0 para Windows y los resultados se presentan en tablas y gráficos que demuestran; La edad del 48.8% de las mujeres embarazadas que se les indicó cesárea por primera vez tenían

edades entre 12 a 19 años. Tienen un nivel primaria y 87.9% eran ama de casa, siendo 66.4% de la religión católica. Al investigar el tipo de cesárea se encontró que 71.4% (183) fue de urgencia mientras que 28.6% (73) fueron cesáreas electivas. En el caso de las cesáreas por urgencia se identificó que 5.5% tenían un 90% de cumplimiento de realización del partograma. De las cesáreas de urgencias el 1.6% tenían un compromiso con la vida materna y el 69.9% el compromiso era con la vida fetal. Mientras que las cesáreas electivas el 28.5% el compromiso era solo con la vida fetal. El 8.6% de las cesáreas de urgencia no estaban bien indicada la justificación mientras que el 1.6% de las electivas era de igual manera no bien indicada, el total fue 10.2% de cesárea que no estaban bien indicada.

Conclusión: Como efectos inmediato maternos por cesárea el promedio de estancia hospitalaria fue entre 1 a 2 días y el número de complicaciones para la madre como para el recién nacido que ocurrió en la mayorías de casos fue menor del 4%. Sin lugar a duda esta es una de la razones por lo que se ha visto con poco interés este problema.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	3
II.	ANTECEDENTES	5
III.	JUSTIFICACIÓN.....	8
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
V.	OBJETIVOS	10
	OBJETIVO GENERAL.....	10
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
VI.	MARCO TEORICO	11
	DEFINICIÓN	11
	INDICACIONES DE CESÁREA.....	11
	<i>Causas Maternas absolutas.....</i>	<i>12</i>
	<i>Causa Maternas relativas.....</i>	<i>12</i>
	<i>Causa Fetales absoluta</i>	<i>12</i>
	<i>Causa Fetales relativas.....</i>	<i>13</i>
	<i>Causa Ovulares absoluta</i>	<i>13</i>
	<i>Causa Ovulares relativas.....</i>	<i>13</i>
	CONTRAINDICACIONES.....	13
	TÉCNICA.....	13
	- <i>Apertura de la cavidad abdominal.....</i>	<i>13</i>
	- <i>Histerotomía.....</i>	<i>14</i>
	- <i>Extracción fetal y alumbramiento.....</i>	<i>14</i>
	- <i>Histerorrafia.....</i>	<i>14</i>
	- <i>Cierre de pared.....</i>	<i>14</i>
	COMPLICACIONES DE LA CESÁREA.....	15
	<i>Clasificación.....</i>	<i>15</i>
	MORTALIDAD MATERNA POST CESÁREA.....	16
	IMPACTO DE LA CESÁREA EN EL FUTURO OBSTÉTRICO – GINECOLÓGICO.....	16
	CAUSAS PROBABLES EN EL AUMENTO DE LA INCIDENCIA DE REALIZACIÓN DE CESÁREA FIGURAN:.....	17
	RECOMENDACIONES PARA REDUCIR LAS CESAREAS PRIMITIVAS.....	18
	CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LAS CESÁREAS.....	18
	ANÁLISIS DEL INCREMENTO DE CESÁREAS EN NICARAGUA.....	19
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	23
	7.1 TIPO DE ESTUDIO.....	23
	7.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	23
	7.3 UNIVERSO.....	23
	7.4 MUESTRA.....	23
	<i>Criterios de Inclusión:.....</i>	<i>23</i>
	<i>Criterios de exclusión.....</i>	<i>24</i>
	7.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	25
	7.6 OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	33

7.6.1 Fuente de información.....	33
7.6.2 Técnicas e Instrumento:.....	33
7.6.3 Procesamiento de la información	33
7.7 CRUCES DE VARIABLES	34
7.8 ASPECTO ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
VIII. RESULTADOS.....	35
IX. DISCUSIÓN	37
X. CONCLUSIONES	41
XI. RECOMENDACIONES.....	42
XII. BIBLIOGRAFIA	44
XIII. ANEXOS.....	47

Anexo 1. Instrumento de recolección de la información.

Anexos 2. Tablas de resultados.

Anexos 3. Gráficos de resultados.

INTRODUCCIÓN

La cesárea se considera la más antigua y a la vez la más moderna de las operaciones obstétricas, pues de todas ellas es la que tardíamente ha alcanzado la perfección. No debemos olvidar que al someter a la embarazada a esta operación se incrementa el riesgo de complicar hasta siete veces más que el parto normal, es por eso que la cesárea se considera actualmente la gran solución obstétrica para los problemas, pero no debemos abusar de su práctica. (John Essien, 2004)

Durante el siglo XX, la falta de confianza en la naturaleza y el exceso de confianza médica en la tecnología llevaron a la aplicación de una serie de prácticas que fueron caracterizando la obstetricia moderna, que de manera significativa como lo más correcto se apropió de nuevas conductas que han llevado a la deshumanización de un acto único vivido entre la familia y el nuevo ser humano por vivir. Métodos sofisticados para la detección temprana del sufrimiento fetal agudo y crónico contribuyeron en forma por demás importante al incremento en el uso de la operación cesárea que se observó en la década de los años sesenta en todos los países alrededor del mundo. (The John D. and Catherine T. MacArthur Fundati6n).

Sin embargo, en la época reciente ha ocurrido un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, con lo que esta técnica operatoria pierde su enorme efecto benéfico de salvar vidas de madres y recién nacidos cuando está bien indicada. Es una preocupación ampliamente demostrable por los sistemas de salud en cualquier parte del mundo, tratar de reducir al máximo la indicación cuando es evidente el uso desmedido de esta cirugía. (Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. México, 2002).

El Ministerio de Salud de Nicaragua muy interesado en mejorar la calidad de la atención al parto que permita reducir la morbilidad materna y perinatal a través de garantizar una atención prenatal con amplia cobertura y calidad; así como lograr brindar una atención institucional de parto limpio y seguro, no desvincula que la realización de cesárea sea la mejor opción cuando la práctica indiscriminada es un

problema universal que literalmente se traduce en una epidemia. El impacto de esta epidemia sobre la población y salud pública está relacionado con un aumento de la mortalidad materna 7 a 10 veces mayor, comparada con los nacimientos vaginales. Las incapacidades son obvias y el impacto económico sobre las familias en Nicaragua son inadmisibles. (Ministerio de Salud. Nicaragua , 2009).

El sistema de salud debe velar por el correcto uso de esta opción por nacer, que en su mayoría debe de ser beneficiosa. En el Hospital Amistad Japón Nicaragua los indicadores de realización de cesáreas conocidas históricamente han sido entre 25% a 27%. En el año 2013 es preocupante que las cifras fueron 37.8% en relación al total de nacimiento. Y aún más al reconocer que en el 2014 las cifras fueron mayores, y en todos estos años la realización de cesárea es por cesárea anterior.

Estos índice de cesarea no corresponde con la capacidad de resolución, ya que en el año 2013 y 2014 la mortalidad perinatal fue dos veces mas que los años anteriores. y las muertes materna se han dado posterior a la cesareas. Si la cesarea es realmente una opción para evitar morbi – mortalidad materna y perinatal el uso desmesurado e irracional puede en su defecto ser contraproducente. (Departamento de Epidemiología. HAJN - Granada , 2014).

II. ANTECEDENTES

A nivel internacional

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de gestantes que fueron sometidas al parto por cesárea primitiva para determinar su comportamiento y repercusión en el Hospital Ginecobstétrico Provincial Docente de Camagüey en el período comprendido desde enero a junio de 2000. El universo de estudio estuvo constituido por 493 embarazadas Predominaron las de más de 30 años, el 62.6 % no tenía experiencia de partos.

La hipertensión arterial crónica fue la enfermedad asociada más frecuente y de las dependientes, la ruptura prematura de membranas. La indicación operatoria más usual fue el sufrimiento fetal. El 36,6 % de los neonatos tuvieron pesos de entre 3000 y 3499 g, el 14,2 % de los niños presentaron bajo peso al nacer, 35 se encontraban deprimidos al primer minuto y 11 continuaban al quinto, de ellos seis pesaron menos de 2500 g. La morbilidad perinatal más relevante fue la prematuridad y la fiebre puerperal predominó en la morbilidad materna Se registró una muerte fetal en el total de las mujeres en estudio. (John Essien J. B., 2002).

Se realizó un estudio de cohorte en el servicio de Obstetricia del Hospital General Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, en el periodo comprendido desde el 1ro. Enero hasta el 30 de junio de 2009, en pacientes a las que se les realizó cesárea por primera vez, con los objetivos de identificar el comportamiento de algunos factores perinatales asociados a esta intervención, mostrar la relación entre la paridad y edad materna, y además las patologías asociadas o propias del embarazo y las condiciones cervicales, identificar la relación entre la edad gestacional y el peso al nacer, así como la presencia de meconio y las condiciones cervicales.

Ocurrieron 2,122 nacimientos de los cuales 694 fueron cesáreas primitivas con un índice de 32,7 %. Del análisis univariado de las variables paridad previa y su relación

con la edad materna menor de 20 años se obtuvo asociación estadística ($p= 7,134E - 06$).

En relación a las patologías asociadas o propias del embarazo con las condiciones cervicales desfavorables encontramos el 35,88% del grupo estudiado. La relación entre la edad gestacional mayor de 40sg y el diagnóstico de macrosomía fetal obtuvo un nivel de asociación estadística de $p=0,0016$. En cuanto a la presencia de meconio con las condiciones cervicales desfavorables, la asociación estadística fue significativa ($p= 5,712E - 06$). Se concluye que los factores estudiados están asociados estadísticamente con la cesárea primitiva y son capaces de incrementar su índice. (Millán & Mendoza Arroyo, 2010).

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de la provincia de Ciego de Ávila, Cuba, en el período comprendido entre el 1ro de Enero al 31 de Diciembre del 2011. El universo estuvo constituido por 3001 partos que se realizaron y quedó conformada la muestra por 1048 pacientes operadas de cesáreas primitivas. Los datos se recogieron de las historias clínicas y del libro de parto. Las variables y clases a estudiar entre las cuales se encuentran: la edad gestacional al momento de la interrupción, enfermedades asociadas al embarazo y las que lo complican y las causas de la indicación de la cesárea.

Para el procesamiento de la información se empleó el software estadístico SPSS versión 15.0 del 2002. Resultados: En la distribución de la cesárea primitiva según la edad gestacional en el momento de la interrupción, se puede ver que el mayor número de pacientes se encontraron en el grupo de 37 a 41 semanas (a término) con un total de 906 mujeres para un 86.5%, Un elevado número de pacientes no presentaron enfermedades asociadas al embarazo (721 para un 68.8%), la enfermedad que más se presentó fue la anemia con 102 casos para un 9.73%, seguida del asma bronquial con 67 casos para un 6.39% y de la infección urinaria con 48 casos para un 4.58%, También un alto número de pacientes no tuvieron enfermedades que complicaran el embarazo (724 para un 69.08%) y de ellas la más

frecuente fue el oligohidramnios con 84 casos para un 8.01%. Las principales seis causas de las cesáreas correspondieron en orden de frecuencia al estado fetal intranquilizante con 378 pacientes para un 36.0%. Le siguió la desproporción cefalopélvica con 168 casos para un 16.0% y la presentación pelviana con 89 pacientes que representa el 8.49%. Le sigue el oligohidramnios con 79 pacientes para un 7.53%, la preeclampsia grave con 65 casos que representan el 6.20% y 25 pacientes con causas no obstétricas para un 2,39% según hallazgo reportado. (Gisel Díaz Díaz, 2015).

A nivel nacional

Según el Ministerio de Salud de Nicaragua, registra para el año 2013 un total de 108,547 partos institucionales; 36,551 cesáreas de las cuales el 64.03% son cesáreas primitivas y 35.9% iteradas. (Cajina, 2013).

Muy poco se ha estudiado en Nicaragua el comportamiento de cesárea primitivas, se ha estudiado más la indicación de cesárea de manera general.

En el departamento de Granada, se realizó 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 del Hospital Amistad Japón – Nicaragua, entre el periodo de Enero a Diciembre 2013. El universo fue conformado por todas las embarazadas en dicho periodo, por diversas razones el total de parto fue de 3,212 de estos el 37.8% (1215) el parto fue por cesárea. El 20.5% de las indicaciones de cesárea fue por cesárea anterior. (Jennifer Tatiana Ortiz Ebank, 2014). No se logra identificar cuanta de estas cesáreas se realizó producto de la continuidad por cesárea primitiva por causa específica que se pretende conocer.

III.JUSTIFICACIÓN

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 40 por ciento de los casos y a partir de la tercera supera el 60, representando un riesgo de muerte materna por hemorragia.

El Plan Nacional de Salud 2004-2015, Managua, Septiembre 2004, tomando como referencia el año 2003 con un índice de cesáreas en hospitales de 25.3%, planteó como indicador intermedio la reducción en el porcentaje de cesáreas a 23% en el 2005, 21% en el 2010 y 19% en el 2015. (Ministerio de Salud. Nicaragua , 2009). Pero se ha identificado que la indicaciones de cesareas por cesareas anterior es una de las que mas contribuyen a que no reduzca y posiblemente no se alcancen metas del plan nacional para el 2015. Si hay un problema por la frecuencia de cesárea por cesárea anterior es importanter reconocer que siempre se empieza por la primitiva donde se debe idenficar las razones de la misma para poder incidir en las indicaciones de la misma.

Con este estudio pretendemos dar a conocer los elementos científicos técnicos que están justificado la decisión de realizar cesárea a las embarazas por primera vez en su vida reproductiva, con un análisis objetivo de la atención que recibieron en el servicio de Obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua de Granada.

Investigar el resultado último de la realización de aquellos eventos de urgencia como de aquellos electivos. Esto permitirá reconocer aciertos y debilidades como una herramienta útil en toma de decisiones a nivel de la dirección del hospital, y así orientar como incidir en mejorar comportamiento al momento de establecer la vía del nacimiento de un producto. Y poder establecer conciencia en la racionalización de esta práctica por parte del personal médico de Obstetricia. Con orientación de un mejor funcionamiento institucional.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que la tasa de cesárea se eleva, de modo que su promedio aumenta de un 15 a un 33% en los últimos 25 años, los riesgos de morbilidad y mortalidad materna también se incrementan. El incremento injustificado de la cesárea no mejora la morbilidad ni la mortalidad materna, eleva los costos hospitalarios y puede comprometer el futuro obstétrico de la mujer por la existencia de una cicatriz en el útero.

Los resultados perinatales también se ven comprometidos por mayor incidencia de morbilidad respiratoria, metabólica e infecciosa. En general, los nacidos por cesárea tienen dos veces más probabilidad de morir en el periodo neonatal que los nacidos por parto vaginal. (Millán Vega & Mendoza Arroyo, 2010).

Hay indicadores de seguimiento pero en valores de frecuencia de número de cesárea primitiva que no permite establecer un análisis del comportamiento a pesar que las cifras actuales en cualquier hospital del país son elevada. En HAJN ya se ha tenido cifras que superan el 35% y muchas son por cesárea anterior obviamente que la primera segunda a la otra. De ahí la importancia que debe ser investigado.

¿Cuáles es el comportamiento de cesáreas primitivas en embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón – Nicaragua de Granada entre el periodo de Enero a Diciembre 2014?

V. OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar el comportamiento de cesáreas primitivas en embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón – Nicaragua de Granada entre el periodo de Enero a Diciembre 2014.

Objetivos Específicos.

1. Caracterizar a las embarazadas en estudio.
2. Identificar estado actual materno, previo y durante la cesárea.
3. Conocer los efectos inmediatos de la cesárea en las madres intervenidas.
4. Reconocer las condiciones del recién nacido y los efecto inmediato a su salud por la cesárea.

VI. MARCO TEORICO

Reportes en muchos países demuestra tasas de cesáreas mayores a 40%, incremento que tienen como base múltiples factores, tales como el avance tecnológico, cambios en los patrones culturales, aspectos profesionales y económicos y, por último, la práctica de una medicina a la defensiva por el temor a problemas legales. Aunque controversial, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología ha sugerido que es ético para un obstetra el realizar una cesárea electiva si considera que el parto por cesárea promueve la salud de la madre y el feto más que un parto vía vaginal. (Salazar, 2013).

Definición

Cesárea se define como la extracción fetal a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía). Su frecuencia varía según el centro pero está entorno al 16-17%.

Según el momento de su indicación diferenciamos:

- Según el antecedente obstétrico de la paciente: Primitiva es la que se realiza por primera vez. Previa es cuando existe el antecedente de cesárea anterior. Iterativa cuando se realiza en una paciente con dos o más cesáreas anterior.
- Cesárea programada: Se realiza antes del inicio del parto por razón materna y/o fetal.
- Cesárea intraparto: Se realiza ya iniciado el parto por razón materna y/o fetal.
- Cesárea urgente: Se realiza ante circunstancias vitales o accidentales, maternas o fetales, puede ser intra o anteparto. Presentan con mayor frecuencia complicaciones. (Fuentes, 2009).

Indicaciones de Cesárea.

Las indicaciones para ordenar la realización de una cesárea, se categorizan atendiendo si su causa primaria es de origen materno, fetal u ovular las cuales a su vez, pueden ser consideradas absolutas o relativas.

Causas Maternas absolutas

- Desproporción cefalopélvica (DCP) por pelvis estrecha
- Cirugía ginecológica previa (cirugía de Manchester, uretrocistopexia, miomectomía, etc.)
- Mioma (u otro tumor pélvico) obstructivo
- Fibrosis cervical • Herpes genital activo
- Virus del papiloma humano con lesiones obstructivas del canal de parto
- Inducción fallida
- Cesárea clásica (corporal) previa
- Cesárea previa complicada (infección, dehiscencia, etc.)
- Antecedente de dos o más cesáreas.
- Síndrome de Marfan
- Carcinoma de cérvix avanzado
- Aneurisma o malformación arteriovenosa cerebrales.
- Malformación de la pelvis ósea.

Causa Maternas relativas

- Distocia dinámica refractaria
- Una cesárea segmentaria previa no complicada
- Toxemia severa
- Embarazo postérmino.
- Cuello inmaduro
- Primigesta añosa
- Infección materna por virus de inmunodeficiencia humana.

Causa Fetales absoluta

- DCP por macrosomía fetal
- Situación transversa
- Presentación de pelvis
- Anomalías fetales como: meningocele, hidrocefalia, onfalocele o gastrosquisis
- Presentación de frente.

Causa Fetales relativas

- Presentación de cara Variedades posteriores persistentes
- Detención secundaria de la dilatación y el descenso
- Estado fetal insatisfactorio
- Restricción de crecimiento intrauterino
- Peso fetal < 1.500 g
- Peso fetal > 4.000 g
- Gestación múltiple.

Causa Ovulares absoluta

- Placenta previa oclusiva
- Prolapso de cordón.

Causa Ovulares relativas

- Abrupto Placentae con feto vivo
- Placenta previa no oclusiva sangrante
- Ruptura prematura de membranas con cuello desfavorable para inducción. (Romero & Müller).

Contraindicaciones.

No existen contraindicaciones absolutas, pero puesto que no es una técnica exenta de riesgos, la decisión debe estar fundamentada en la obtención de beneficios sustanciales para la madre y/o el feto. Si no existe una contraindicación para el parto vaginal, no está indicada la cesárea. (Sagbini, 2009).

Técnica

Se conocen unos criterios clásicos en cuanto a la técnica quirúrgica que han sido en parte modificados con vistas a disminuir la morbilidad materna por la intervención:

- Apertura de la cavidad abdominal.

Se suele llevar a cabo mediante la incisión de Pfannenstiel o la incisión de Joel-Cohen modificada (forma parte de la técnica de Mesgav- Ladach, una de las más extendidas en la actualidad). Tanto la apertura del tejido celular subcutáneo y del

músculo como del peritoneo parietal se llevará a cabo con una incisión con bisturí y posterior ampliación digitalmente, para así evitar la lesión de vasos y nervios.

- Histerotomía.

Antes de realizar la histerotomía, y para evitar lesionarla, con una torunda alejamos la vejiga del segmento uterino inferior. La histerotomía suele ser segmentaria transversa a nivel del segmento uterino inferior, de forma que se lesionen menos fibras musculares al estar el segmento más adelgazado.

Asimismo, la pérdida sanguínea será menor al incidir en las fibras musculares de forma paralela, y la cicatriz será más resistente que si la histerotomía fuese corporal. Para evitar lesión de vasos, ampliamos la incisión digitalmente.

- Extracción fetal y alumbramiento.

Una vez extraído el feto, se ha demostrado que el manejo activo en el alumbramiento disminuye la incidencia de hemorragia postparto. La placenta se extrae preferentemente de forma espontánea, ya que la extracción manual de la misma parece aumentar el riesgo de infección y la pérdida de sangre.

- Histerorrafia.

En la histerorrafia no parece haber diferencia en cuanto a la seguridad que ofrece el cierre mediante uno o dos planos; se suele hacer en un plano, ya que se acorta el tiempo quirúrgico y proporciona una cicatriz uterina con menor deformidad.

La extracción del útero para facilitar el cierre no aumenta la tasa de infecciones pero plantea la posibilidad de producir embolias gaseosas; no obstante no se ha podido demostrar que la exteriorización del útero ofrezca una mayor morbilidad materna, con lo que se considera una opción válida.

- Cierre de pared.

La ausencia del cierre del peritoneo no se asocia a una mayor morbilidad postoperatoria ni parece aumentar la tasa de dehiscencias posteriores, además acorta el tiempo de cirugía y el tiempo de íleo parálítico y disminuye la irritación peritoneal y la fiebre post cesárea. (Jorge Andrés Rubio Romero)

Complicaciones de la Cesárea.

La cesárea, como todo procedimiento quirúrgico, no está exenta de complicaciones, aun en manos experimentadas. La mortalidad asociada al procedimiento es en la actualidad muy baja , siendo de aproximadamente el 5,8 x 100.000 nacimientos, aunque se evidencia que la operación cesárea aislada de otras complicaciones del embarazo representa un riesgo relativo de 5 para mortalidad comparada con el parto vaginal y éste es mayor cuando el procedimiento se realiza de manera no electiva. Esta premisa es igualmente válida para la morbilidad materna, ya que se aprecia una tasa mayor de complicaciones intra y posparto en las pacientes sometidas a este procedimiento, comparadas con aquellas pacientes que tienen su parto por vía vaginal. (Jorge Andrés Rubio Romero)

Durante muchos siglos, la cesárea ha conllevado una alta mortalidad materna. Actualmente, y gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y principios de XX con la utilización de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente.

Clasificación

1. Complicaciones Anestésicas:
 - a. Hipotensión.
 - b. Cefalea post punción dural.
 - c. Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, parada cardiorrespiratoria, Síndrome de Mendelson)
2. Complicaciones Quirúrgicas:
 - a. Desgarro de la histerotomía
 - b. Lesiones vasculares
 - c. Lesiones en el tracto urinario
 - d. Lesión del intestino
 - e. Lesiones nerviosas
3. Complicaciones infecciosas:
 - a. Endometritis

- b. Infección del tracto urinario
 - c. Infección de la herida quirúrgica
 - d. Tromboflebitis séptica pélvica
 - e. Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante)
4. Complicaciones Hemorrágicas Post Parto.
5. Complicaciones Tromboembolicas:
- a. TVP
 - b. TEP. (Salazar, 2013)

Mortalidad Materna Post Cesárea.

En ocasiones es difícil evaluar si la muerte materna tras la cesárea se debe a la intervención o a la causa que motivó la misma, sobre todo si la causa fue una enfermedad materna que impedía el parto vía vaginal (DM complicada, Pre eclampsia, alteración cardiaca o renal.)

Actualmente, gracias a los progresos en las técnicas anestésicas, a la disponibilidad de una profilaxis antibiótica eficaz y a las técnicas para reposición de volemia, las complicaciones que conllevaban con mayor frecuencia a la mortalidad materna (complicaciones anestésicas, infecciones y hemorragias) son mucho menos frecuentes.

Sí es cierto que la mortalidad materna es mayor en el parto por cesárea que en el parto vía vaginal, incluso de 5 a 7 veces superior.

Impacto de la Cesárea en el futuro Obstétrico – Ginecológico.

La cesárea anterior supone un mayor riesgo de complicaciones importantes en futuras gestaciones. Se producirán con mayor frecuencia:

- Rotura uterina y dehiscencia de cicatriz uterina.
- Inserciones anómalas de la placenta (placenta ácreta, placenta previa, - Realización de nueva cesárea, por la aparición de un condicionante adicional en la nueva gestación (macrosomía, presentación podálica, gestación

gemelar, endometritis o rotura uterina en parto anterior, cesárea anterior en prematuro) que se añade a una cicatriz uterina longitudinal media o a 2 o más segmentarias transversas.

- Complicaciones intraoperatorias, debido a las adherencias producidas por la intervención previa. Y una intervención, por lo tanto, más complicada.
- Histerectomía obstétrica.

El futuro ginecológico de la mujer también se ve influenciado por:

- Síndromes adherenciales dolorosos.
- El aumento del riesgo quirúrgico pudiendo verse condicionada la vía de acceso para una intervención quirúrgica.

El adelanto tecnológico en el cuidado del bienestar fetal ha posibilitado la detección temprana de las alteraciones del intercambio de nutrientes entre la madre y el feto incrementando la indicación de la cesárea. La presentación pelviana como indicación de cesárea continúa en ascenso, ya que los índices de morbilidad y mortalidad materno-fetales son menores que los informados cuando la resolución es vaginal.

Un factor importante es la pérdida de habilidad del médico para su intervención por vía vaginal, tanto que en unos años no va a haber quien las aprenda, sino que tampoco tendremos quien las enseñe.

Teniendo en cuenta que el incremento de la tasa de cesárea más allá del límite de sus beneficios se convierte de solución, en problema. (La Fontaine, La Fontaine, Natercia, & Cutiño, 2006).

Causas probables en el aumento de la incidencia de realización de cesárea figuran:

1. Una mentalidad de obstetras y neonatólogos, que justifica la cesárea como elemento directo para reducir la morbilidad y mortalidad neonatales.
2. El valor social de la cesárea, la cual da *status* en diferentes clases sociales.
3. Las demandas medico legales, es decir, los médicos utilizan el preceder cesárea como vía de escape, para no verse cuestionados por malos

resultados perinatales. Muchas de las demandas formuladas, generalmente se basan en el hecho de realizar la cesárea tardíamente; pero nunca cuando se practica precozmente.

4. El aumento de los honorarios médicos. En países donde se practica la medicina privatizada el aumento de la cesárea ha contribuido al enriquecimiento de los médicos, lo cual puede compararse con lo que significó la industria abortista, que llegó a estar entre las primeras causas de aumento de los honorarios.
5. El retroceso cada vez más en las últimas décadas en cuanto a las habilidades manuales del obstetra para asistir a las interpretaciones adecuadas de las desviaciones del trabajo de parto y a la realización de maniobras.
6. La pérdida de la sistematicidad en el uso del método clínico y utilización excesiva de tecnología poco precisa y mal interpretada en muchos casos. (Napoles & Piloto, 2012).

Recomendaciones para reducir las cesareas primitivas.

El cumplimiento de ciertas líneas de trabajo ayuda a disminuir la indicación de cesárea primitiva, por ejemplo:

- a) El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo por monitoreo y su gráfica.
- b) Considerar la inducción del parto si el cuello no está maduro, excepto que una causa materna o fetal lo justifique.
- c) Considerar la vía vaginal como alternativa del parto en pelviana.
- d) Desechar indicaciones médicas incluyendo la solicitud materna no justificada o la oportunidad para realizar esterilización tubárica,

Consideraciones éticas de las cesáreas.

En la controversia sobre el aumento del número de cesáreas no parece éticamente lícito que sólo criterios de costos económicos, o de orden "naturalista" participen decisivamente en la elección de la vía de parto. En la decisión debe primar siempre el criterio clínico: la vía que asegure un mejor resultado para los dos pacientes y en

los casos de perplejidad, sería también válida la consideración de la autonomía de la madre.

Actualmente con la progresiva disminución de las complicaciones de la operación cesárea, la manera adecuada para disminuir la frecuencia de esta operación debe ser implementando medidas que fortalezcan el deseo de la paciente y del médico por obtener un parto normal. (Besio., 1999).

Análisis del incremento de cesáreas en Nicaragua.

En entrevista realizada a tres expertos en Ginecobstetricia en Nicaragua por el tema y debate del día que hace canal de noticia. El doctor Esquivel tiene varias explicaciones al incremento de cesárea en nuestro país. En principio, mencionó, el gran porcentaje se debe a las cesáreas previas. “Hasta un 80%”, detalló el médico. “Hay un axioma que dice ‘cesárea hoy, cesárea siempre’, sin embargo eso no es tan así. Puede darse prueba de trabajo de parto (en las mujeres que antes tuvieron una cesárea), pero sabiendo previamente qué motivó la cesárea anterior, porque no se puede exponer a la parturienta”.

Otra opinión expresada por el doctor Norlan Cajina, con diez años de experiencia en esta especialidad, coincidió en este punto: “Cuando cumplís veinte requisitos te dan oportunidad de que tu parto sea normal después de una cesárea, pero está el riesgo de que la herida del útero se te abra y si eso pasa, a esa hora toca correr al quirófano, ¿quién se va a arriesgar? Ni la paciente ni el doctor”.

Cajina anotó que en la actualidad “hay muchos medios diagnósticos que nos están dando más oportunidad de conocer factores de riesgo en las embarazadas y en el bebé, lo que nos lleva a tomar la decisión de realizar una cirugía por el bienestar materno-fetal”. Como ejemplo puso el ultrasonido doppler fetal, que “determina si el bebé está en condiciones de salir vía vaginal o vía abdominal”.

La ginecóloga Martha Montenegro es presidenta de la Asociación Médica Nicaragüense y cuando se le consultó en qué momentos está indicada la cesárea, enumeró por lo menos diez situaciones.

“Si es una paciente que tiene cesárea anterior, desde el primer momento ya sabemos que tiene indicación de cesárea. Si tiene antecedentes de una cirugía uterina, como una resección de un mioma en un término menor de un año, también”. Si tiene antecedentes de herpes genital o “de un virus que vaya a dañar al bebé al momento de nacer”, la indicación es la misma: cesárea.

“Uno hace sus análisis con los ultrasonidos y las clínicas y puede ver si no hay presencia de anormalidad en el embarazo, si la condición del producto es estable, si la posición es adecuada y si no viene de cabeza. Si viene con uno, o dos, o tres circulares de cordón no vamos a esperar el trabajo de parto para indicar la cesárea”, continuó Montenegro.

La médica dijo que si en el transcurso del embarazo “te das cuenta que hay estrechez de la pelvis en relación a la cabeza del producto, no va a poder nacer; y si la pelvis es normal y el niño muy cabezón, tampoco va a poder salir”.

“Uno estudia el canal del parto para que desde antes se haga un buen diagnóstico. Decidimos según las condiciones, pero si ya está en trabajo de parto y presenta alteración en las contracciones del útero o es un trabajo de parto prolongado, o el cuello no se puede abrir bien, el trabajo de parto se detiene y esa es otra indicación de cesárea. Y si todo está bien pero el niño entra con alteraciones de la frecuencia cardiaca, puede entrar en sufrimiento fetal”, entonces se indica lo mismo: cesárea.

Hace referencia a lo siguiente: La Organización Mundial de la Salud, OMS, estima en 15% la tasa de cesáreas que deben practicarse. Mercedes Piloto Padrón y Danilo Nápoles Méndez explican en su estudio “Consideraciones sobre la cesárea primitiva”, publicada en la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología en su edición trimestral de enero a marzo de 2014, que entre 1970 y 2011 se observó que en la isla caribeña el porcentaje de cesáreas varió de 3.7 a 30.4%.

En Nicaragua, el Anuario del INSS 2013 reveló que en las 36 Proveedoras de Servicios de Salud, IPSS, privadas y clínicas médicas previsionales (estas últimas

son administradas por el Ministerio de Salud) que hay a nivel nacional, se registraron 12,507 cesáreas, de un total de 21,092 nacimientos.

Es decir, el 59.29% de los partos sucedieron vía cesárea. “Durante el período de 1997-2013, se han atendido 222,060 partos, los cuales se han producido mayoritariamente por vía cesárea”, agregó el mismo documento oficial.

Otra opinión, para la investigadora y ginecóloga Ana María Pizarro, el abuso en la práctica de la cesárea es una forma de “violencia obstétrica”.

“Es una forma de violencia obstétrica porque en la medida en la que el tiempo de los médicos y las médicas, especialmente en la medicina privada, cuesta cada vez más, el tiempo que le dedican a una usuaria en trabajo de parto se multiplica”, reveló.

Pizarro sostuvo que “programar una cesárea es muy cómodo porque se elige la hora, el lugar, las condiciones y el tiempo que vas a emplear. A lo sumo te vas a llevar una hora y media o dos horas, dependiendo de los cuidados y las recomendaciones que los doctores quieran brindar a las usuarias”.

“Es importante saber que la cesárea es más costosa y lógicamente a los dueños de las clínicas previsionales les conviene que haya más cesáreas que partos. En el sistema público uno se pregunta: ¿y a quién le conviene?”, prosiguió Pizarro.

La especialista agregó que “los últimos reportes de Endesa 2006 hablan de un 30% de cesáreas a nivel nacional, pero si las mujeres tienen educación superior llegan al 47%. Tenemos otro elemento, ¿las mujeres que tienen educación superior tienen embarazos de riesgos más que las analfabetas? Eso no es así, es exactamente al revés”.

Hay el elemento. Cuando la paciente lo pide.

A este aspecto el doctor Norlan Cajina habló con claridad. Dijo que existe algo que se denomina “medicina del miedo” y ocurre cuando la paciente es también una futura demandante.

“Hay pacientes que te vienen pidiendo la cesárea de entrada. Ponele que no le hacés cirugía, vas a un parto vaginal y de casualidad sale mal el niño. Son casos contados, pero sí existe eso y se conoce como la medicina del miedo. En esos casos yo prefiero operar”, confesó Cajina.

Si la mujer está convencida de no ir a trabajo de parto —indicó por su parte la doctora Ana María Pizarro—, hay que tomarlo muy en cuenta. “Una mujer que no colabora, que no participa, puede ponerse y poner al feto en riesgo. Eso pasa por ejemplo con las adolescentes, el embarazo en adolescentes es extremadamente riesgoso”.

En ese sentido, el doctor José Esquivel argumentó que el embarazo en adolescentes es otra causa que incrementa la cantidad de cesáreas.

El estudio Estado de la Población Mundial 2013, titulado “Maternidad en la Niñez” y publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, revela que Nicaragua es el país latinoamericano con el porcentaje más alto de mujeres entre 20 y 24 años que asegura haber dado a luz antes de los 18. Afirmaron 12,507 cesáreas se practicaron en 2013 en Nicaragua. 11,345 se practicaron en 2012. (Esquivel, Cajina, Montenegro, & Pizarro, 2015).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio.

Fue observacional. Descriptivo de corte transversal.

7.2 Área de estudio.

El estudio se realizó en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada ubicado en el km 44^{1/2} carretera Masaya – Granada. El hospital tienen una cobertura en atención poblacional de 213.000hab que proceden de los cuatro municipios que conforman el departamento y son Nandaime, Diriomo, Diría y Granada.

7.3 Universo.

Fueron todas las embarazadas atendidas entre enero a diciembre del 2014 que se les realizó cesáreas por primera vez, en su vida reproductiva y por diversas razones. El total de parto en el año 2014 fue de 4,120 de estos el 37.8% (1557) el parto fue por cesárea. (HAJN-Granada, MINSA , 2014)

7.4 Muestra.

Fue por conveniencia, se incluyó a todas las mujeres que durante el periodo de estudio su parto fue cesárea por primera vez. Se estableció de esta manera por inconvenientes para obtener todo los expedientes o por los criterios de inclusión que debió cumplir teniendo en cuenta que muchos de los expedientes presentaban vicios, ilegibles y manchones principalmente que dificultó tomar la información, fueron incluidos en el estudio 256 expedientes del total de mujeres en esta situación.

Criterios de Inclusión:

- Todos los expedientes de mujeres embarazadas que ingresaron al hospital específicamente por un evento obstétrico y fueron intervenida quirúrgicamente por primera vez en su vida reproductiva para evacuar su útero grávido (cesárea) ya sea a término 37 a 40 semana de gestación o pre o post termino.

- Independientemente que ella o su producto haya sufrido complicaciones o fallecido por la cesárea.
- Se incluyeron embarazadas que procedían de los cuatro municipio, ya señalado, independientemente que procedían del área urbana o rural de los diferentes extracto sociales, religión, escolaridad y estado civil.

Criterios de exclusión

- Se excluyeron los expedientes que tenían vicios como manchones enmendadura con letra ilegible, páginas rota que dificultaron el acceso a la información o aquellos que no cumplían con los criterios de inclusión.

7.5 Operacionalización de Variables

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala/ Valor
Edad Materna	Tiempo que lleva existiendo la mujer embarazada hasta ese momento en que se realizara la cesárea.	Años.	13 – 15 16 – 20 21 – 30 31 – 40 41 – 45
Municipio y área de Procedencia	Área geográfica del departamento de Granada donde habita o vive la mujer que llevo para ser atendida en el hospital	Municipio	Granada Nandaime Diriomo Diría Urbano Rural
Escolaridad	Nivel educativo de la embarazada al momento de ser atendida.	Nivel escolar	Analfabeta Alfabetizada Primaria Secundaria Universitario
Ocupación	Actividad, empleo u oficio que se dedica o realiza la embarazada al momento de su atención.	Empleo u Oficio	Ama de casa Estudiante Comerciante Otra
Religión	Creencia de Dogma relacionado con la espiritualidad de la persona en este caso de la embarazada	Creencia	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otra
Estado Civil	Estado emparentado legalmente o condición social en relación a otra persona	Condición social	Casado Soltero Acompañada Viuda

Diferencia de Tiempo de indicación en relación al tiempo en que realizo la cesárea	En el tiempo demorado entre la indicación y el inicio de la realización de la cesárea	Horas	< 1hr. 2 a 4 6 a 10 11 a 24 + de 24
Días de realización de la cesárea	Corresponde identificar el día en la semana que se realizó la cesárea	Días de la semana	Lunes – Viernes Sábado – domingo
Tipo de cesárea	El tipo indicación relacionado al compromiso de la vida de la madre o del hijo en el momento de decidirlo	Indicación	Urgente Electiva
Tipo de anestesia aplicada	La aplicación de anestesia utilizada en la madre para entrar al útero y evacuarlo de acuerdo a su necesidad	Aplicación	General Bloqueo Epidural Ambos
Partograma bien elaborado e interpretado	El partograma es la herramienta designada por el Ministerio de Salud para la vigilancia del trabajo de parto independiente de la vía de nacimiento que debe cumplir con la buena elaboración e interpretación	Porcentaje Bien elaborado	Cumplido \pm 90 Incumplido – 90 No aplica Si/No No aplica
Indicación de cesárea actual	Criterio medico establecido identificado por el clínico que implicaba la realización de cesárea por el beneficio de la madre o el hijo	Causa Absoluta Maternas	-Desproporción cefalopélvica (DCP) -Cirugía ginecológica previa (cirugía de Manchester, uretrocistopexia, miomectomía, etc.)

			<ul style="list-style-type: none"> -Mioma (u otro tumor pélvico) obstructivo -Fibrosis cervical - Herpes genital activo - VPH con lesiones obstructivas del canal de parto -Inducción fallida -Cesárea clásica (corporal) previa -Cesárea previa complicada (infección, dehiscencia, etc.) -Antecedente de dos o más cesáreas. -Síndrome de Marfan -Carcinoma de cérvix avanzado -Aneurisma o malformación arteriovenosa cerebrales. -Malformación de la pelvis ósea.
		Causa Maternas relativas	<ul style="list-style-type: none"> -Distocia dinámica refractaria -Césárea segmentaria previa no complicada -Toxemia severa -Embarazo postérmino.

			<ul style="list-style-type: none"> -Cuello inmaduro -Primigestante añosa -Infección materna por virus de inmunodeficiencia humana.
		<p>Causa absoluta Fetales</p>	<ul style="list-style-type: none"> -DCP por macrosomía fetal -Situación transversa -Presentación de pelvis -Anomalías fetales como: meningocele, hidrocefalia, onfalocele o gastrosquisis -Presentación de frente.
		<p>Causa relativas fetales</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación de cara Variedades posteriores persistentes -Detención secundaria de la dilatación y el descenso -Estado fetal insatisfactorio -Restricción de crecimiento intrauterino -Peso fetal < 1.500 g -Peso fetal > 4.000 g

		<p>Causa Ovulares Absoluta</p> <p>Causa Ovulares Relativa</p>	<p>-Gestación múltiple.</p> <p>-Placenta previa oclusiva</p> <p>-Prolapso de cordón.</p> <p>-Abrupto Placentae con feto vivo</p> <p>-Placenta previa no oclusiva sangrante</p> <p>-Ruptura prematura de membranas con cuello desfavorable para inducción.</p>
Valoración del Compromiso con la Vida	Presencia o no de amenaza para la vida Materna y Fetal, la que está estrechamente relacionada a la urgencia o no de realizar la operación cesárea.	<p>Comprometida la vida materna</p> <p>Comprometida la vida fetal</p>	<p>Si/no</p> <p>Si/no</p>
Cesárea bien indicada / Bien Justificada	Corresponde sí la cirugía debió realizarse por el compromiso de la vida materna y/o fetal que determinó la indicación de la cesárea o bien como resultado de la vigilancia del trabajo de parto por las interpretaciones de los elementos del partograma que tradujeran invariablemente que se debía llevar a cabo esta operación como urgencia	Bien Justificada	Si/No

Tiempo transcurrido desde Indicación a Inicio de Cesárea	Momento que permite establecer si hubo o no correlación entre la premura de cesáreas, si ésta fue urgente y con la indicación/justificación de la cirugía.	Minutos	≤15 m 16 a 30m 31 a 60 m >60m
Persona que indicaron la realización de la cesárea	Se establece por las razones que fuera que existe un equipo un especialista que debe indicar por el bien de la madre y el producto la realización de la operación	Equipo Multidisciplinario Solo un gineobstetra Equipo de gineobstretas	Si/No
Edad gestacional del RN	Permite establecer por los indicadores de Capurro que determina el grado de madurez biológica del recién nacido que se da por forma de la oreja, tamaño de la glándula amarilla tamaño del pezón, textura de la piel y los pliegues plantares que de acuerdo a la inspección determinar la sumatoria de puntos	Se suma 204 + Puntaje Parcial de la observación y se divide entre 7	Pre termino extremo Pre termino Moderado Pre termino Leve A termino Post termino
Peso del recién nacido	Volumen de masa corporal que tienen el recién nacido al momento de salir del útero materno	Gramos	< 1000 < 1500 < 2500 2500 a 3999 > 4000
Numero de feto	La relación que refiere si el parto fue único o múltiple	Numero	Único Múltiple
Puntuación APGAR al minuto y los 5 minutos	Grado de bienestar del recién nacido relacionado con el tono muscular, esfuerzo respiratorio,	Asfixia severa Depresión moderada Depresión Leve Normal	0 a 3 4 a 6 7 a 8 9 a 10

	frecuencia cardiaca, reflejo y color de la piel. Tanto a minuto de vida como paso 5 minuto después estableciendo una puntuación de 0 a 10		
Requirió reanimación	De acuerdo a la valoración del APGAR el recién nacido recibió técnicamente maniobra de sobrevivencia por el facultativo que lo atendió según el número de producto que nacieron	Reanimación	Si/No No aplica
Facultativo que atendió al recién nacido	Relacionado al grado académico que puede establecer el grado de respuesta que puede dar al recién nacido al momento de requerirlo	Facultativo	Pediatra Médico general Médico interno Enfermera
Efecto inmediato en la madre	Son elementos clínico que demuestra efecto de la realización de la cesárea grave o leve que causan a la madre de manera inmediata	Efecto Quirúrgica	Lesión en vejiga Lesión en uréter Hematoma Lesión vasculares Readmisión hospitalaria Hematoma retroperitoneal Dehiscencia de la herida Histerectomía Desgarro cervical Lesión de intestino Hipotonía Hemorragia Anemia

			<p>Distensión abdominal persistente</p> <p>Dolor Perineal</p> <p>Necesidad de transfundir</p> <p>Incontinencia fecal</p> <p>No tener más hijos</p> <p>Hiper e hipotensión arterial</p> <p>Dolor lumbar</p> <p>Cefalea</p> <p>Dolor en pierna</p> <p>Dolor de pecho</p> <p>Bloqueo incompleto</p> <p>Muerte materna</p> <p>Infección de la herida</p> <p>IVU</p> <p>Endometritis</p> <p>Fiebre</p> <p>Tos</p> <p>Trombo embolismo</p>
Efecto inmediato el recién nacido	Son elementos clínico que demuestra efecto de la realización de la cesárea grave o leve que causan al recién nacido	Hallazgo de lesión.	<p>Nacimiento prematuro</p> <p>Depresión</p> <p>Fractura de extremidades</p> <p>Lesión del plexo braquial</p> <p>Herida por incisión uterina</p> <p>Síndrome de distress respiratorio</p>

7.6 Obtención de la información.

7.6.1 Fuente de información

Fue secundaria; los datos se tomaron de los expedientes clínicos de las pacientes que estaban en el área de archivo del hospital.

7.6.2 Técnicas e Instrumento:

Para cumplir con el objetivo del estudio se formuló un instrumento de recolección de la información basado en indicadores de cada uno de los objetivos específicos planteados que se esperan alcanzar, contienen preguntas sobre datos generales de las gestantes, Datos de la cesárea actual. Efectos inmediatos a la salud de la madre por la cesárea realizada, datos del Recién Nacido y los efectos inmediatos a su salud por la cesárea.

Para validar el instrumento se revisaron 10 expediente, de los utilizados para la realización del estudio, cumpliendo satisfactoriamente con la recolección de datos de manera adecuada e identificando que la información solicitada se encontraban en los expedientes. Se solicitó por escrito el permiso a la directora del hospital para que permitiera la realización de este estudio, también a la responsable de archivo para acceder a los expedientes de las pacientes que tuvieron su primera cesárea en el año 2014. La información fue recolectada por las mismos investigadores y se realizó en 8 semanas.

Los datos fueron introducidos en una base electrónica construida en el sistema estadístico de ciencias sociales SPSS 21.0 para Windows.

7.6.3 Procesamiento de la información

Para el análisis de la información se establecieron tabla de frecuencia por cada variable, posteriormente cruces de variables que permitió relacionar los datos generales de la madres con los datos de la cesárea primitiva actual, De igual manera estos datos con la alteración a la salud de ella, y la del recién nacido. Los resultados se presentan en tablas y gráficos elaborados en Excel y Power Point del programa Microsoft office.

7.7 Cruces de variables

- 1) Tiempo entre la indicación/realización de cesárea según el tipo de cesárea.
- 2) Hora en que se realizó la cesárea según el tipo de cesárea efectuada
- 3) Tipo de anestesia aplicada en las embarazada según el tipo de cesárea
- 4) Porcentaje de cumplimiento de realización de partograma según el tipo de cesárea
- 5) Razones de cesáreas según el tipo de cesárea que les realizaron
- 6) Estado Actual materno según el tipo de cesárea que les realizaron.
- 7) Tiempo transcurrido desde la indicación y el inicio de la Cirugía según el tipo de cesárea que les realizaron.
- 8) Efectos inmediatos en la salud de la madre según razón de cesárea.
- 9) Datos del recién nacidos y efectos inmediato a su salud según razón de cesárea.

7.8 Aspecto Ético de la Investigación.

Para la obtención de la información se tomaron de los expedientes clínicos solicitando previamente el permiso a la dirección del Hospital y la responsable de Archivo.

En la investigación se omitió nombre de las embarazadas como de los médicos que atendieron a las pacientes. Se conservó la información de igual manera que se tomó en los expedientes clínicos y la información es con el objetivo exclusivo de la investigación y es meramente académica.

VIII. RESULTADOS

La edad del 48.8% de las mujeres embarazadas que se les indicó cesárea por primera vez tenían edades entre 12 a 19 años, procedentes del municipio de Granada, el 68.8% y eran del área urbana 57.0%. Otras características que se investigó; la escolaridad 62.1% tienen un nivel primaria y 87.9% eran ama de casa, siendo 66.4% de la religión católica. De ellas 66.0% su estado civil era acompañadas. (Ver tabla 1).

Al investigar el tipo de cesárea se encontró que 71.4% (183) fue de urgencia mientras que 28.6% (73) fueron cesáreas electivas. De las cesáreas de urgencia encontramos que el tiempo entre la indicación y la realización 2.7% y 3.1% tenían una diferencia menor 30 minutos y de 30 a 59 minutos. Se logró identificar que desde la 8:00am hasta la 2:00pm, se da el mayor número de cesárea el 50.4% realizando 32.8% de las cesáreas que fueron urgentes. Se logra identificar que hubieron cesáreas electiva el 4.7% de la 10:00pm a 7:00pm. El tipo de anestesia utilizada en 94.5% fue bloqueo epidural en las cesárea de urgencia como las electivas.

En el caso de las cesáreas por urgencia se identificó que 5.5% tenían un 90% de cumplimiento de realización del partograma. La indicación de cesárea primitiva el 24.2% fue por Taquicardia fetal seguido del 14.5% de sufrimiento fetal agudo, en ambos casos la cesáreas en su mayoría fue de urgencia. Las cesáreas electivas el 9.4% fue por Desproporción céfalo pélvica, La Distocia de presentación fue en el 6.6%, seguido de macrosomía fetal en 5.5% respectivamente. (Ver tabla 2).

De las cesáreas de urgencias el 1.6% tenían un compromiso con la vida materna y el 69.9% el compromiso era con la vida fetal. Mientras que las cesáreas electivas el 28.5% el compromiso era solo con la vida fetal.

El 8.6% de las cesáreas de urgencia no estaban bien indicada la justificación mientras que el 1.6% de las electivas era de igual manera no bien indicada, el total fue 10.2% de cesárea que no estaban bien indicada.

Se logró identificar que el tiempo de la indicación al inicio de la cesárea para las urgencias 3.1% tardó de 16 a 30 minutos, el 36.7% la indicación fue por el mismo médico Ginecologista que la realizó. Solo el 6.6% de las cesáreas de urgencia fue indicada por equipo multidisciplinario. (Ver tabla 3)

De los efectos inmediatos a la salud de la madre según la razón de las cesáreas encontramos que el promedio de estancia hospitalaria en la mayoría de los casos fue 5.8% de las PE Grave más de 4 días, el 4.7% de los que tuvieron cesárea por taquicardia o bradicardia fetal el tiempo de estancia hospitalaria fue 1 a 2 días. La HPP se identificó en el 0.4% de los casos de DCP y PE Graves. Pero la necesidad de transfundir después de la cesárea fue en 0.4% de las taquicardia y bradicardia fetal y también en el caso de macrosomía y trabajo de parto detenido. (Ver tabla 4 y 5)

El 3.1% de las mujeres que se les indicó cesárea por taquicardia fetal tuvieron recién nacidos prematuros, con bajo peso al nacer. El 2.0% de las mujeres con PE Grave su recién nacido fue pretérmino con bajo peso al nacer. Se identificó que el 0.8% de los niños nacidos de madre con taquicardia fetal presentaron APGAR de 0 a 3 puntos es decir significativo de asfixia y ese mismo porcentaje se le brindó reanimación neonatal. De las madres que presentaron bradicardia y macrosomía fetal solo el 0.4% tuvieron asfixia. (Ver tabla 6 y 7).

IX. DISCUSIÓN

La población de mujeres intervenidas por cesárea primitiva en este estudio demuestran características socio demográficas precarias como es; su bajo nivel de escolaridad, ama de casa, y una buena proporción son adolescentes, comúnmente contrario a lo que refieren otro estudio a nivel nacional e internación donde el grupo de mujeres que pueden realizarse este procedimiento son mujeres con característica más pudiente o relacionado a una discusión de estética o de temor de someterse al dolor del parto, es decir complaciente muchas veces. (Daira A. Patiño Mora. Andrea P. Pineda Monge, 2011)

Es importante mencionar que aunque las complicaciones encontradas en este grupo de estudio son muy poco el costo económico que genera la cesárea en relación al parto son mayores dejando de provisto la posibilidades de dar repuesta a otras necesidades y a otra población. (Ministerio de Salud. Nicaragua , 2009). De cierta manera nos referimos al uso no racional de los recursos institucionales basado principalmente en una falta de control gerencial, según la característica al tipo de cesárea de urgencia los diagnósticos o las razones para realizar cesárea muchas pueden se sujeta a la falta objetiva de valoración clínica y parte de esto que mencionamos es debido a la indicación directa solo por el medico Ginecobstetra que realizo la cirugía.

Si la transculturización de otros países con la modernización de los sistemas de salud hace que en Nicaragua el personal médico, apunte de manera no consiente y objetiva de las repercusiones que tienen las cesáreas, porque el número de complicación de las mujeres y los recién nacidos no fue algo que llamara mucho la atención independiente que la indicación no fue adecuada, se puede pensar que la posibilidad de realizar la cesárea es justifica razones no muy convincentes y esto sea producto de complacencia a la paciente. Con esto no se quiere decir que no existiera justificación en toda pero si hay una buena proporción que posiblemente pudieron haber parido normalmente.

Recordemos que el momento mismo en que se realiza una cesárea por primera vez, si la mujer se embaraza antes de 2 años, todas serán cesárea por cesárea anteriores. Hay estudio que señalan como complicación de cesárea los parto pre – términos y el porcentaje que se encontró en este estudio es poco pero existe y no se les da la importancia que requiere porque al final no sucede nada con el recién nacidos. Todo esto lo mencionamos porque es evidente en el caso de la cesáreas de urgencia solo el 5.5% tenían cumplimiento de partograma en más 90.0% y no existe nada que respalde la justificación de cesárea. Se puede pensar que obviamente estamos cayendo en detrimento de un sistema de formación académica médica de la deshumanización a la atención del parto.

No es el hecho de que se pueda pagar o no lo que debe justificar la cesárea si no estar claro de la necesidades vitales de la madre y el producto. En nuestro estudio se evidencia que el 10.2% de las cesáreas no estaban bien indicadas ni eran justificadas. Se evidencia cesaría por trabajo de parto detenido, Sin elementos que lo justifiquen, si no llenaron adecuadamente el partograma y es el mismo porcentaje del número de partograma inadecuado en relación a este diagnóstico.

Hay estudio como el realizado en las clínicas previsionales de Managua en el 2000 donde también ahí quedó demostrado la misma situación; solo el 1.6% de las cesáreas les habían realizado el partograma, (Nubia, Abraham, & Albani., 2003) claro que esto deja a juicio de duda, bajo qué criterio puede ser considerado un parto detenido. Y hay otra situación que se analiza cómo es 8.6% (22) de las indicaciones de cesárea se debió por macrosomía fetal pero solo 15 recién nacidos tuvieron un peso mayor o igual de 4000grs. De igual manera se indicaron 14.5% cesárea por sufrimiento fetal y al nacimiento no hubo indicio de asfixia o de otro daño en el recién nacidos demostrable, según se observa la complicaciones encontrada son pocas.

Es preocupante que el número de cesárea por urgencia sea mayor que la electiva, ya esto da pauta directa que existe la posibilidad de sobre estimación de los caso que requieren de verdaderas cesárea que al final la vemos cómo es la realización

por PE graves, las distocias de presentación y las DCP que el número de electiva es mayor que las de urgencia.

El 10.2% de cesáreas que no fueron bien indicadas ni justificadas, más de la mitad de este valor fueron consignadas como de urgencia. Seguimos demostrando las razones injustificada y ahora lo demostramos con el tiempo entre la indicación y la realización de la cesárea e inclusive con el tiempo mínimo para empezar a realizar el procedimiento una vez indicado que es urgente, como bien se conoce que la operación cesárea para considerarse urgencia según el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. (Salazar, 2013) la categoría sobre implicaciones tanto de la madre como del niño y en el caso aunque no haya implicación en la vida de la madre como de su producto, pero que es necesario la realización de cesárea bien establecidas. El tiempo promedio entre la indicación y el tiempo cuando se inició la cesárea no corresponde con el término de urgencia, la mayoría tiene más de una y dos hora.

Se dice que en la cesárea urgente el tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no deberá superar los 30 minutos (estándar internacional). En el caso de cesárea urgente o emergente el tiempo entre el diagnóstico y el inicio de la intervención no debería ser superior a los 15 minutos. (Salazar, 2013).

No logramos encontrar la razón de la anemia en 23 mujeres, ya que no se consigna que hayan tenido hemorragias en el transquirurgico o posteriormente. Hay estudio que señalan que la anemia se debe en parte al procedimiento quirurgico considerado mas en este caso, ya que las indicaciones de cesarea en su mayoría no fue por factores como placenta previa, desprendimiento prematuro de membrana normo inserta en la población estudiada, que fueron ubicadas en otras causa de cesarea en las tabla de resultados, que en numero no eran muy significativo no corresponde con el hecho que puede ser causa de anemia, se piensa en la posibilidad que sean mujeres con hematócrito bajo y la realización de la cesarea le provoque mayor descenso.

Las infecciones de vías urinaria que presentaron 15 mujeres como complicación de la cesarea llaman la atención y se puede considerar que existe la posibilidad que exista una mala técnica en la colocación de la sonda vesical ante de la cirugía o la falta de un análisis exhaustivo que permita identificar que la paciente no tiene infección de vías urinaria previa a la cirugía, que lógicamente su frecuencia se debe a los cambios fisiológico que causa el embarazo sobre los órganos genito urinario.

X. CONCLUSIONES

1. Las mujeres con mayor número de indicación de cesárea primitivas fueron las que tenían un nivel escolar bajo, ama de casa, casi la mitad del total es población adolescentes que probablemente está más relacionadas al actual del personal médico sin causa justificada en 10.0% de los casos. La indicación de cesárea primitivas por urgencia es de 71.4% más casi tres veces más que las cesáreas electiva sin justificación de las cesáreas por parto detenido el sufrimiento fetal agudo, una buena parte macrosomía fetal.
2. Casi la mitad de las cesáreas realizadas fueron indicada por el mismo Ginecobstetra que la realizo e incluso interviene muy poco el equipo multidisciplinario en la decisión de las cesáreas de urgencias. a pesar que se reconoce que ese mismo porcentaje tenían compromiso de la vida fetal y relativamente poco compromiso materno. Sin embargo cómo se ha referido la justificación no fue demostrable. ya que solo el 5.5% de las cesáreas de urgencia les cumplimiento más 90.0% del partograma.
3. Como efectos inmediato maternos por cesárea el promedio de estancia hospitalaria fue entre 1 a 2 días y el número de complicaciones para la madre como para el recién nacido que ocurrió en la mayorías de casos fue menor del 4% Sin lugar a duda esta es una de la razones por lo que se ha visto con poco interés este problema.
4. Los efecto en el recién nacido relacionado en los caso de cesáreas por Taquicardia fetal y Bradicardia como por DCP fueron quienes presentaron pre termino y el bajo peso al nacer, lo que no se justifica la razón de extraer el producto como forma absoluta de urgencia. Estos caso no correspondía a la evidencia que el recién nacido presentara algún daño o bien asfixia, a la vez que el tiempo transcurrido entre su diagnóstico y la realización de la misma en la mayoría de los caso se realizaron en más de 1hrs y hasta más de 2hrs según datos consignado en los expedientes.

XI. RECOMENDACIONES.

1. A nivel del SILAIS.

Establecer a través de las unidades primarias el empoderamiento de las mujeres gestante que permita reconocer su riesgo y los beneficios del parto humanizado, pudiendo reconocer la falta de ética del personal médico en la realización de cesárea no justificada ni necesaria, así como el mal proceder que pudieran tener producto de la cesárea no justificada.

2. A nivel de la gerencia hospitalaria.

Garantizar la vigilancia a través de análisis exhaustivos sobre las indicaciones de cesárea que permita garantizar el fiel cumplimiento a los que esta descrito como indicaciones de urgencia así como de las cesáreas electivas incluyendo la elaboración y el análisis del partograma.

También analizar semanalmente las razones de las complicaciones que pueden evidenciarse con la realización de cesárea y más principalmente; las electivas.

3. A nivel de la Subdirección del Hospital.

Establecer plan operativo entre la subdirección médica la jefatura del servicio de Ginecobstetricia y sala de operaciones que verifiquen las condiciones de cesárea de urgencia en relación al tiempo estimado de inicio de la cesárea. Permitiendo considerar como pauta para identificar el correcto proceder de la indicación. y la valoración conjunta del equipo multidisciplinario para las cesáreas de urgencia.

Garantizar que el médico responsable del servicio de neonatología contribuya en identificar efectos en los recién nacidos de las posibles indicaciones de cesárea y elabore informe semanalmente, donde refiera la cantidad de caso y los efecto de las indicaciones.

XII. BIBLIOGRAFIA

- Besio., M. (6 de Julio de 1999). http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900014. Recuperado el 2 de Mayo de 2014
- Cajina, J. C. (2013). Las Cesárea. OPS - OMS.
- Daira A. Patiño Mora. Andrea P. Pineda Monge, D. N. (2011). Estudio Descriptivo de Prevalencia y Correlación Clínico - Quirúrgico de Cesárea en el Hospital “José Carrasco Arteaga” Año 2010. Tesis previa a la obtención del título del médico , Cuenca. Ecuador.
- Departamento de Epidemiología. HAJN - Granada . (2014). Muerte maternas sucedidas en los últimos 3 años. Granada.
- Esquivel , J., Cajina , N., Montenegro , M., & Pizarro , A. M. (2 de Marzo de 2015). Cesáreas se han Cuadruplicado en el país. (V. C. Noticias, Entrevistador)
- Fuentes, M. G. (2009). Complicaciones de la cesárea. Mexico .
- Gisel Díaz Díaz, Y. S. (2015). http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol21_no1_15/pdf/T12.pdf. Recuperado el Mayo de 2015
- HAJN-Granada, MINSA . (2014). Estadísticas vitales de Salud . Granada : MINSA .
- Jennifer Tatiana Ortiz Ebank, C. V. (2014). Indicación considerada para cesarea en las embarazadas atendidas del servicio de Ginecobstetricia. Hospital Amistad Japón Niagaragua. Enero - Diciembre 2013. Managua: UNAN - MANAGUA.

- John Essien, J. B. (2002). Cesárea Primitiva, Comportamiento en nuestro medio . Archivo médicos de Camaguey .
- John Essien, J. B. (Agosto de 2004). <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117790002.pdf>. Recuperado el Diciembre de 2014
- Jorge Andrés Rubio Romero, E. Á. (s.f.). <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/19/9789584476180.16.pdf>. Recuperado el 16 de Abril de 2014
- La Fontaine, E., La Fontaine , J. C., Simba , N. P., & Cutiño , M. (2006). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211118136003>. Archivo Médico de Camagüey, 10(3).
- Leticia Suárez López, L. C. (30 de Noviembre de 2013). <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55s2/v55s2a20.pdf>. Recuperado el 2 de mayo de 2014
- Millán , M. V., & Mendoza Arroyo, A. (Julio de 2010). Factores relacionados con la cesárea primitiva. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 36(3), 360.
- Millán Vega, M. M., & Mendoza Arroyo, A. (2010). Factores relacionados con la cesárea primitiva. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.
- Ministerio de Salud. Nicaragua . (2009). Propuesta de la Guia para la vigilancia y reducción de cesárea innecesaria en los Hospitales del Ministerio de Salud . Managua .
- Napoles , D., & Piloto , M. (Septiembre de 2012). danilon@medired.scu.sld.cu. Recuperado el Febrero de 2015

- Nubia, O. H., Abraham, V. S., & Albani., M. F. (aGOSTO de 2003). <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t336/t336.htm>. Recuperado el 1 de Mayo de 2014
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Estudio multicéntrico prospectivo sobre los riesgos y beneficios del parto por cesárea en América Latina. Washington.
- Romero, J. A., & Müller, E. Á. (s.f.). Operación Cesárea . En Obstetricia Integral Siglo XXI (pág. 301). Universidad Nacional de Colombia .
- Sagbini, G. V. (Noviembre de 2009). <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf>. Recuperado el 18 de Abril de 2014
- Salazar, G. G. (1 de Junio de 2013). <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/cmas131aj.pdf>. Recuperado el 1 de mayo de 2014
- Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. México,. (2002). <http://www.nuevelunas.org.mx/Leyes,%20Normas%20e%20Iniciativas/CESAREA%20SEGURA.pdf>. Recuperado el 14 de Abril de 2014
- The John D. and Catherine T. Macarthur Fundación . (s.f.). <http://www.nuevelunas.org.mx/PARTOHUMANIZADO.pdf>. (I. N. Mexico, Ed.) Recuperado el 14 de Abril de 2014

XIII. ANEXOS



ANEXOS I
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD DE MEDICINA

Instrumento de recolección de la información

Comportamiento de cesárea primitivas en Embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.

Nota. La información será recolectada de los expedientes clínicos por las mismas investigadoras.

I. Datos Generales.				
Ficha no.	Expediente:			
Edad materna: (años)	Procedencia. Granada ____ Nandaime ____ Diriomo ____ Diría ____ Rural ____ Urbano ____			
Escolaridad	Ocupación:	Religión:	Estado Civil	
II. Datos de la Cesárea Actual				
Cesárea Indicada	Hora:	Fecha:		
Cesárea Realizada	Hora:	Fecha:		
Tipo de Cesárea	Urgencia:	Electiva:		
Anestesia	Bloqueo Epidural	A. General	Ambas	
Partograma bien elaborado e interpretado	% de cumplimiento:	No	NA	
Indicación Cesárea Actual				
Compromiso de vida	Materno:	Fetal:		
Cesárea bien indicada / Bien Justificada	Si	No		
Tiempo transcurrido desde Indicación a Inicio de Cesárea (sólo en Urgencias)	≤15 m	16 a 30m	31 a 60 m	>60m
Quienes indicaron la cesárea	Equipo multidisciplinario	Solo el Ginecobstetra que la realizo	Equipo de ginecobstetra el servicio	
III. Efectos inmediatos por la cesárea en la salud de la madre				
Estadía hospitalaria 1 a 2 días ____ 3 a 4 días ____ más 4 días ____				
Admisión en UCI si/no: Estadío en UCI 1 a 2 días ____ 3 a 4 días ____ más 4 días ____				
QUIRURGICO	Lesión en vejiga si/no	Lesión en uréter si/no	Hematoma si/no	

Alteraciones por estructuras vecina y útero			
	Lesión vasculares si/no	Seroma si/no	Readmisión Hospitalaria si/no
	Hematoma retroperitoneal si/no	Dehiscencia de la herida si/no	Histerectomía si/no
	Desgarro Cervical si/no	Lesión de intestino si/no	Hipotonía si/no
	Hemorragia si/no	Anemia si/no	Distensión abdominal persistente si/no
	Dolor Perineal si/no	Necesidad de transfundir si/no	Incontinencia fecal si/no
	No tener más hijos si/no		
ANESTESICA	Elevación de la presión arterial si/no	Hipotensión si/no	Dolor Lumbar si/no
	Cefalea persistente si/no	Dolor en la pierna si/no	Dolor en el pecho si/no
	Bloqueo incompleto si/no	Muerte materna si/no	
INFECCIOSAS	Infección de la herida quirúrgica si/no	IVU si/no	Endometritis si/no
INESPECIFICA	Fiebre si/no	Tos si/no	Tromboembolismo si/no

IV. Datos del Recién Nacido y los efecto inmediato a su salud por la cesárea										
Edad Gestacional Capurro:	A término			Pre término			Post término			
Peso del Recién Nacido	<1000 grs	<1500 grs	<2500 grs	2500 a 3999 grs		≥4000 grs				
No de Fetos	Único			Múltiple						
Puntuación de APGAR al minuto	0 a 3	4 a 7		8 a 9						
Puntuación de APGAR a los 5 minutos	0 a 3	4 a 7		8 a 9						
Requirió reanimación	RN1	Si	No	RN2	Si	No	RN3	Si	No	
Se brindó reanimación	Si			No			NA			
Quién atendió al RN	Esp			MG		MI		Enf		
Nacimiento prematuro si/no	Depresión si/no		Fractura de extremidades si/no			Lesión del plexo Braquial si/no				
Herida por incisión uterina si/no	Sdm de distres respiratorio de RN si/no									

ANEXOS 2

RESULTADOS

Tabla No. 1

Características Generales de las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.

n=256		
Datos Generales	frec	%
Edad		
12 a 19	125	48.8
20 a 37	131	51.2
Departamento		
Granada	176	68.8
Nandaime	34	13.3
Diriomo	33	12.9
Diría	13	5.1
Procedencia		
Rural	110	43.0
Urbana	146	57.0
Escolaridad		
Analfabeta	69	27.0
Primaria	159	62.1
Secundaria	1	0.4
Secundaria incompleta	20	7.8
Universitaria	7	2.7
Ocupación		
Ama de casa	225	87.9
comerciante	9	3.5
estudiante	16	6.3
Otros	7	2.7
Religión		
Católica	170	66.4
Evangélica	66	25.8
Ninguna	19	7.4
Testigo de Jehová	1	0.4
Estado Civil		
Casada	59	23.0
Soltera	26	10.2
Acompañada	169	66.0
Viuda/o	2	0.8

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Tabla No. 2

Estado Actual materno previo según el tipo de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.

n=256

Estado actual materno	Tipo de Cesárea					
	C. Urgencia n = 183		C. Electiva n = 73		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tiempo entre la indicación/realización de cesárea.						
< 30 min	7	2.7	-	-	7	2.7
30 a 59min	8	3.1	1	0.4	9	3.5
1 a 2hr	134	52.3	39	15.2	173	67.6
3 a 5hrs	23	9.0	21	8.2	44	17.2
> 5hrs	11	4.3	12	4.7	23	9.0
Hora en que se realizó la cesárea						
8am a 2pm	84	32.8	45	17.6	129	50.4
3 a 9 pm	71	27.7	16	6.3	87	34.0
10pm a 7am	28	10.9	12	4.7	40	15.6
Tipo de Anestesia						
Bloqueo Epidural	173	67.6	69	27.0	242	94.5
Anestesia General	8	3.1	3	1.2	11	4.3
Ambas	2	0.8	1	0.4	3	1.2
% de cumplimiento de realización de partograma						
< 90%	14	5.5	7	2.7	21	8.2
> 90%	9	3.5	1	0.4	10	3.9
No lo realizaron	3	1.2	-	-	3	1.2
Diagnostico sin justificación	157	61.3	65	25.3	222	86.7
Razones de cesárea						
Bradycardia Fetal	20	7.8	-	-	20	7.8
Circular de cordón al cuello	1	0.4	5	2.0	6	2.3
DCP Materno	4	1.6	24	9.4	28	10.9
Distocia de presentación	3	1.2	17	6.6	20	7.8
Macrosomía fetal	8	3.1	14	5.5	22	8.6
Placenta Madura	5	2.0	-	-	5	2.0
Pre eclampsia grave	18	7.0	-	-	18	7.0
SFA	37	14.5	-	-	37	14.5
Taquicardia Fetal Agudo	61	23.8	1	0.4	62	24.2
Trabajo de parto detenido	9	3.5	5	2.0	14	5.5
Otras	17	6.6	7	2.7	24	9.4

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Tabla No. 3

Estado Actual materno previo según el tipo de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.

n=256

Estado actual materno	Tipo de Cesárea					
	C. Urgencia n = 183		C. Electiva n = 73		Total	
	n	%	n	%	n	%
Compromiso de la vida						
Materna	4	1.6	-	-	4	1.6
Fetal	179	69.9	73	28.5	252	98.4
Cesárea bien indicada/justificada						
Si	161	62.9	69	27.0	230	89.8
No	22	8.6	4	1.6	26	10.2
Tiempo transcurrido desde la indicación y el inicio de la cesárea						
menor igual a 15 m	1	0.4	2	0.8	3	1.2
16 a 30 m	8	3.1	1	0.4	9	3.5
31 a 60 m	31	12.1	5	2.0	36	14.1
mayor de 60 m	143	55.9	65	25.4	208	81.3
Quien indico la cesárea						
Equipo multidisciplinario	17	6.6	5	2.0	22	8.6
Ginecoostetra que la realizo	94	36.7	31	12.1	125	48.8
Equipo de ginecoostetras	72	28.1	37	14.5	109	42.6

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Tabla No. 4

Efectos inmediatos en la salud de la madre según razón de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.

Efectos inmediatos por la cesárea en la salud de la madre	Razón de cesáreas							
	Taquicardia fetal n = 62		Sufrimiento fetal agudo n = 37		DCP n = 28		Bradicardia fetal n = 20	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estadía hospitalaria								
1 a 2 días	12	4.7	16	6.3	14	5.5	12	4.7
3 a 4	4	1.6	17	6.6	12	4.7	4	1.6
más 4	4	1.6	4	1.6	2	0.8	4	1.6
Hematoma	-	-	-	-	1	0.4	-	-
Readmisión hospitalaria	1	0.4	-	-	1	0.4	-	-
Histerectomía	-	-	1	0.4	1	0.4	-	-
Hipotonía	-	-	-	-	-	-	1	0.4
Anemia	5	2.0	2	0.8	3	1.2	2	0.8
Necesidad de transfundir	1	0.4	-	-	-	-	1	0.4
IVU	5	2.0	3	1.2	2	0.8	1	0.4

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Tabla No. 5

Efectos inmediatos en la salud de la madre según razón de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.

N=256

Efectos inmediatos por la cesárea en la salud de la madre	Razón de cesáreas							
	Macrosomía fetal n = 22		Distocia de presentación n = 20		P/E grave n = 18		Trabajo de parto detenido n = 14	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estadía hospitalaria								
1 a 2 días	11	4.2	12	4.7	1	0.4	1	0.4
3 a 4	10	3.9	6	2.3	2	0.8	8	3.1
más 4	1	0.4	2	0.8	15	5.8	5	2.0
Admisión en UCI	-	-	1	0.4	16	6.3	-	-
Hematoma retroperitoneal	-	-	-	-	1	0.4	-	-
Histerectomía	-	-	-	-	1	0.4	-	-
Hemorragia	-	-	1	0.4	1	0.4	-	-
Anemia	1	0.4	2	0.8	4	1.6	4	1.6
Dolor Perineal	1	0.4	-	-	-	-	-	-
Necesidad de transfundir	1	0.4	-	-	1	0.4	1	0.4
IVU	1	0.4	2	0.8	1	0.4	-	-
Fiebre	-	-	-	-	2	0.8	-	-

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Nota: Los casos señalados de Pre Eclampsia Grave permanecieron la mayoría 3.5% de 1 a 2 días de estancia en UCI.

Tabla No. 6

Datos del recién nacidos y efectos inmediato a su salud según razón de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.

Datos del recién nacido y efectos inmediatos a su salud	Razón de cesáreas							
	Taquicardia fetal n = 62		Sufrimiento fetal agudo n = 37		DCP n = 28		Bradicardia fetal n = 20	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad gestacional								
A Terminó	54	21.1	37	14.4	28	10.9	19	7.4
Pre – terminó	8	3.1	-	-	-	-	1	0.4
Post – terminó	-	-	-	-	-	-	-	-
Peso del recién nacido								
<2500grs	8	3.1	1	0.4	2	0.8	2	0.8
2500 a 3999 grs	51	19.9	35	13.6	25	9.7	18	7.0
>4000grs	3	1.2	1	0.4	1	0.4	-	-
Puntuación APGAR al minuto								
0 a 3	2	0.8	-	-	-	-	1	0.4
Puntuación APGAR a los 5 minutos								
0 a 3	2	0.8	-	-	-	-	1	0.4
Se le brindo reanimación	2	0.8	-	-	-	-	1	0.4

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Tabla No. 7

Datos del recién nacido y efectos inmediato a su salud según razón de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.

Datos del recién nacido y efectos inmediatos a su salud		Tipo de Cesárea							
		Macrosomía fetal n = 22		Distocia de presentación n = 20		P/E grave n = 18		Trabajo de parto detenido n = 14	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Edad gestacional									
A Termino		22	8.6	20	7.8	13	5.1	12	4.7
Pre – termino		0	-	-	-	5	2.0	2	0.8
Post – termino		0	-	-	-	-	-	-	-
Peso del recién nacido									
<<2500grs		1	0.4	3	1.2	5	2.0	2	0.8
2500 a 3999 grs		14	5.5	16	6.3	12	4.7	11	4.3
>4000grs		7	2.7	1	0.4	1	0.4	1	0.4
Puntuación APGAR al minuto									
0 a 3		1	0.4	-	-	-	-	-	-
Puntuación APGAR a los 5 minutos									
0 a 3		1	0.4	-	-	-	-	-	-
Se le brindo reanimación		1	0.4	-	-	-	-	-	-

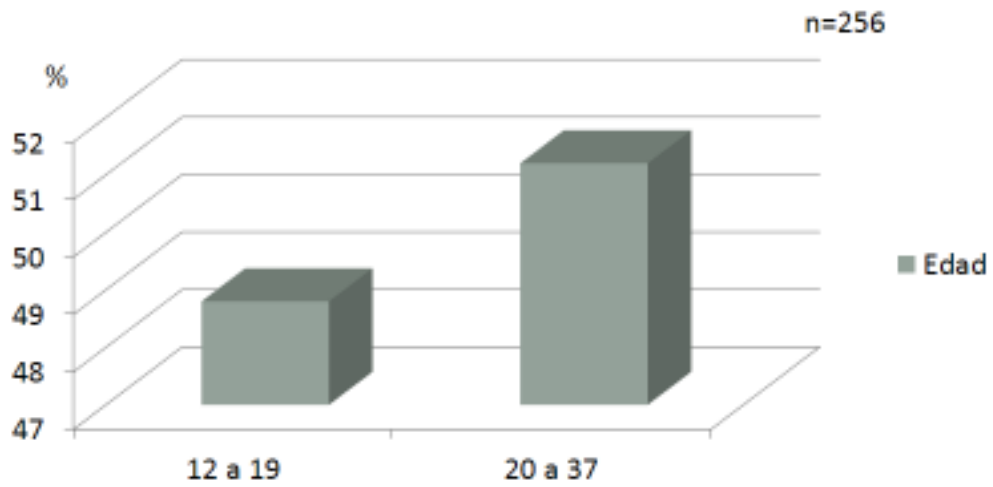
Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos

Anexos 3.

Resultados

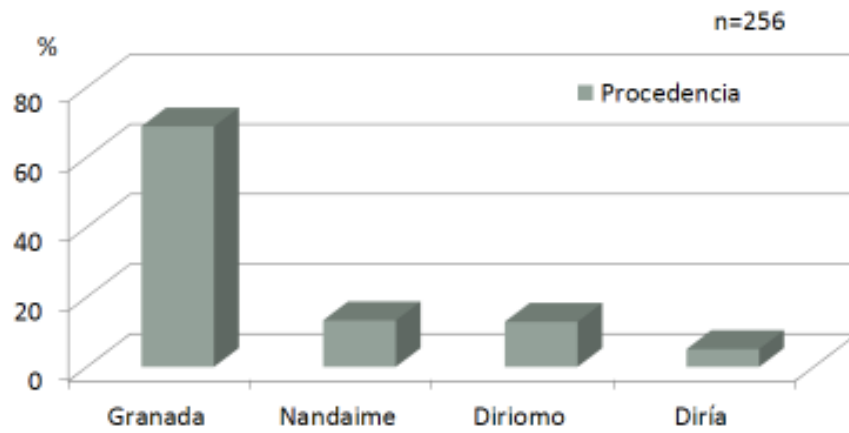
Gráficos 1.

Edad de las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 1.

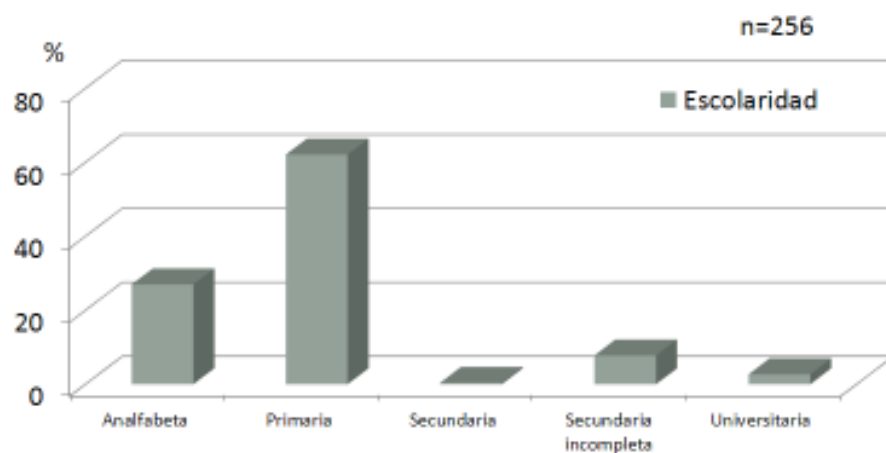
Gráficos 2.
Procedencia de las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 1.

Gráficos 3.

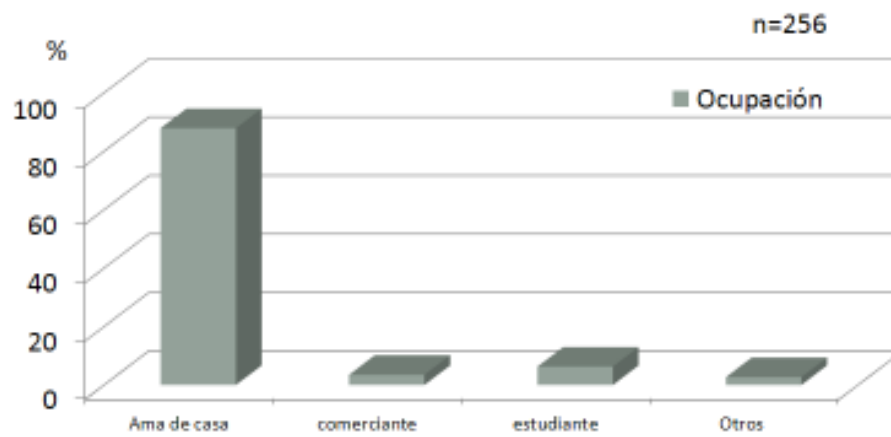
Escolaridad de las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 1.

Gráficos 4.

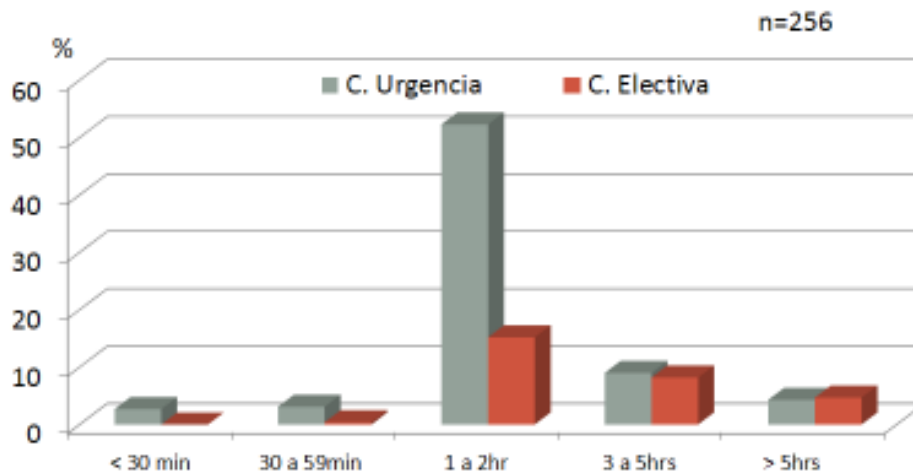
Ocupación de las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 1.

Gráficos 6.

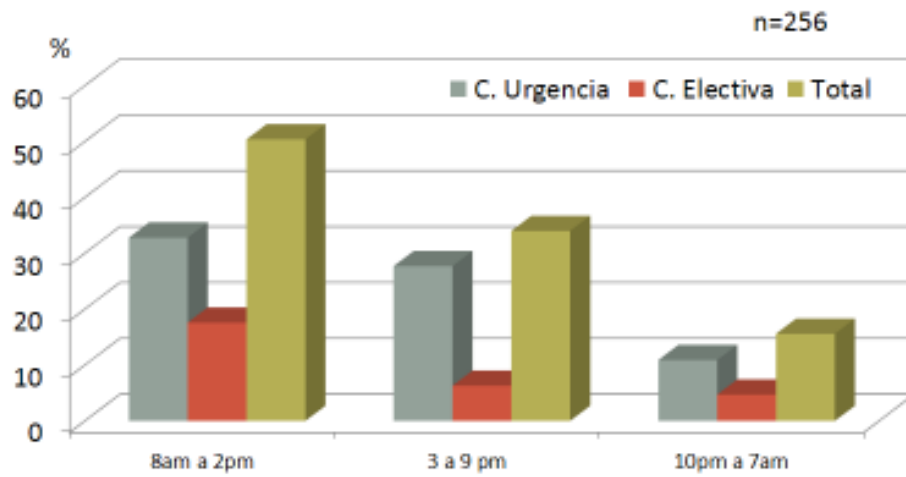
Tiempo entre la indicación/realización de cesárea según el tipo de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 2.

Gráficos 7.

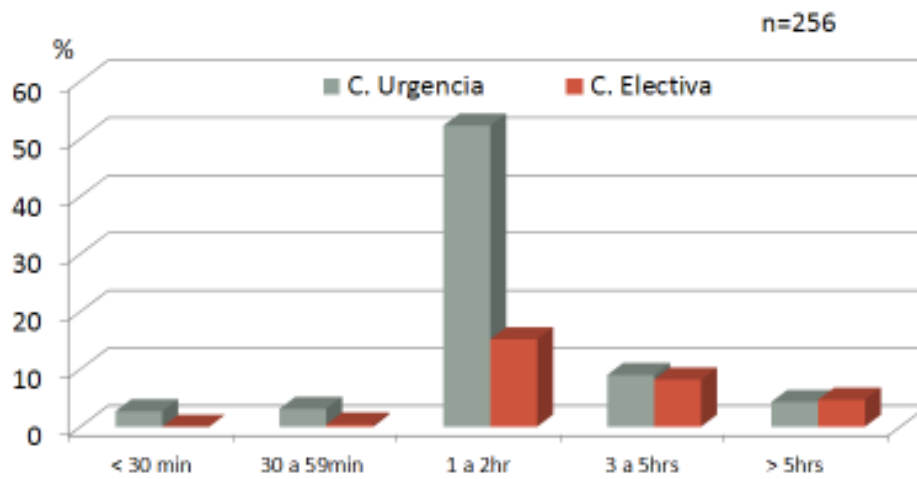
Hora en que se realizó la cesárea según el tipo de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 2.

Gráficos 6.

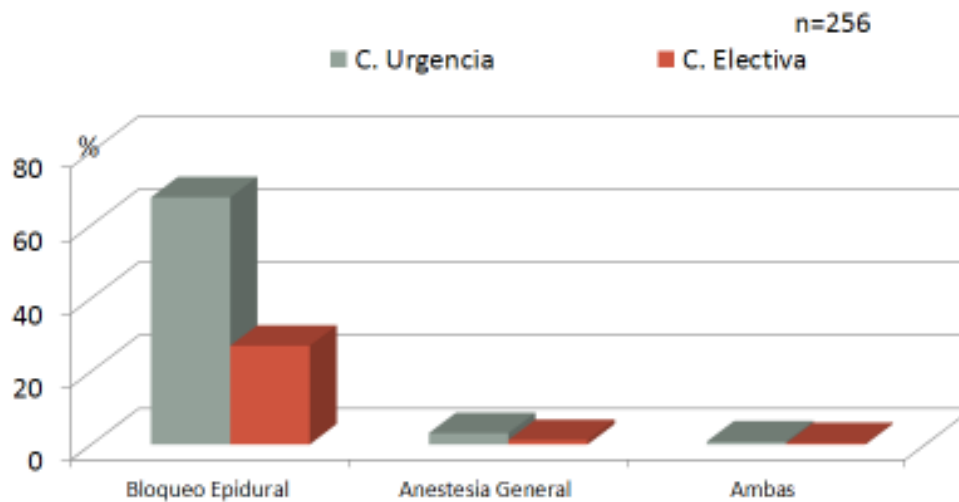
Tiempo entre la indicación/realización de cesárea según el tipo de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua, Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 2.

Gráficos 8.

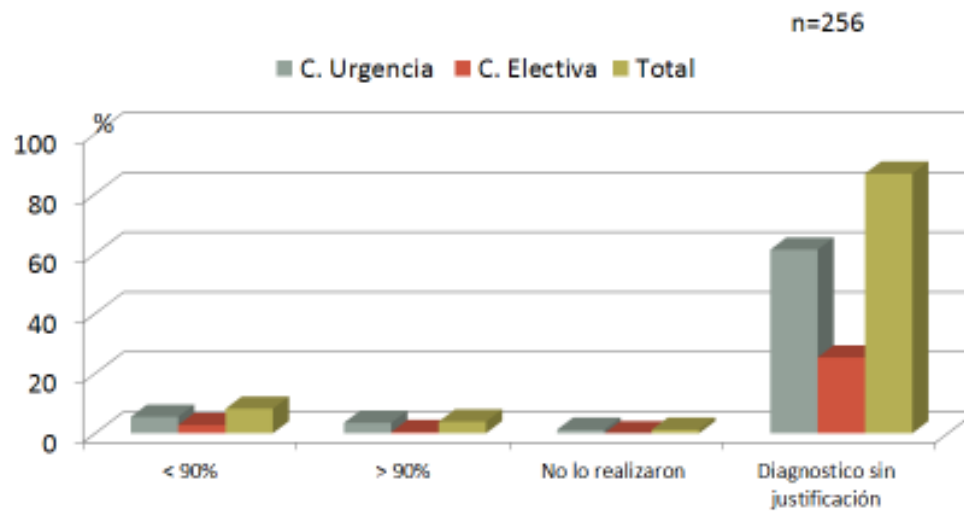
Tipo de anestesia aplicada en las embarazada según el tipo de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 2.

Gráficos 9.

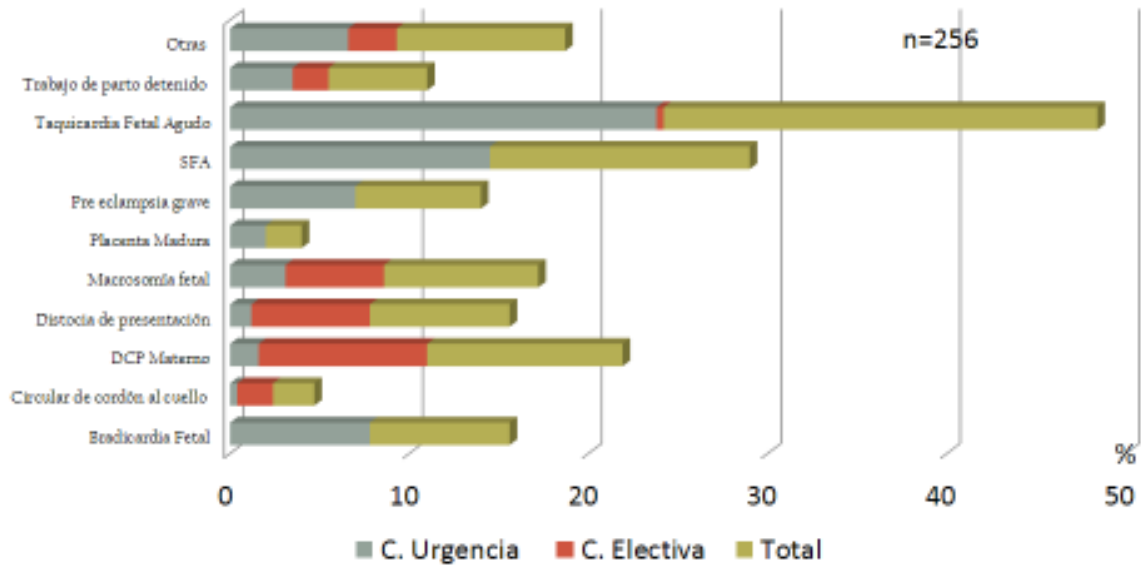
Porcentaje de cumplimiento de realización de partograma según el tipo de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua, Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 2.

Gráficos 10.

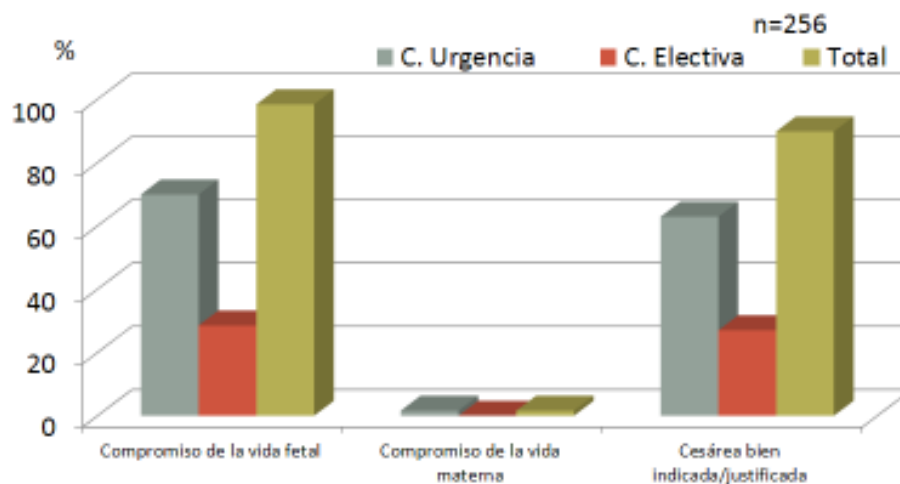
Razones de cesáreas según el tipo de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 2.

Gráficos 11.

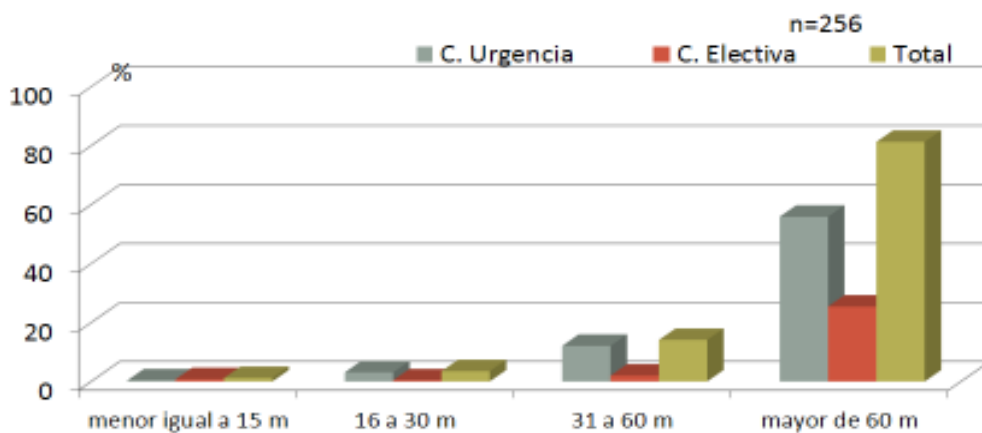
Estado Actual materno según el tipo de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 3.

Gráficos 12.

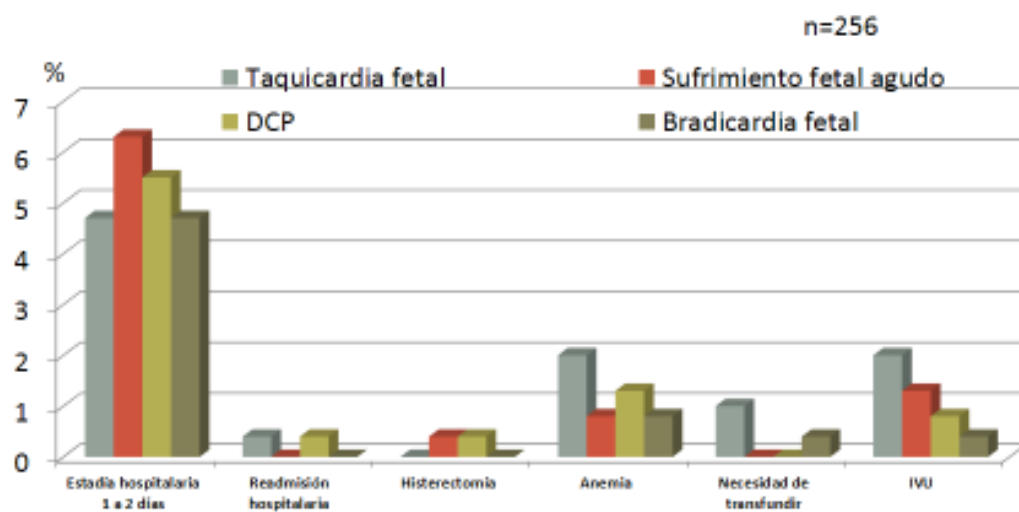
Tiempo transcurrido desde la indicación y el inicio de la Cirugía según el tipo de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 3.

Gráficos 13.

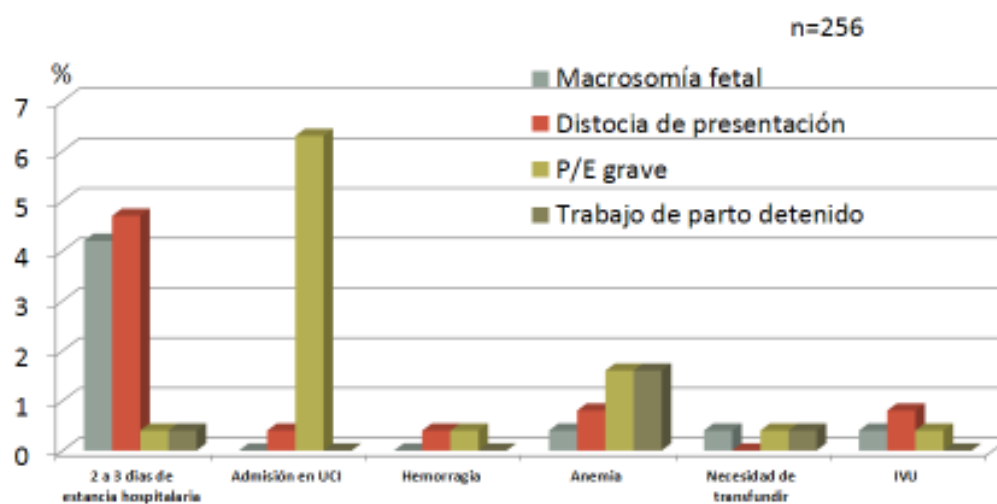
Efectos inmediatos en la salud de la madre según razón de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 4.

Gráficos 14.

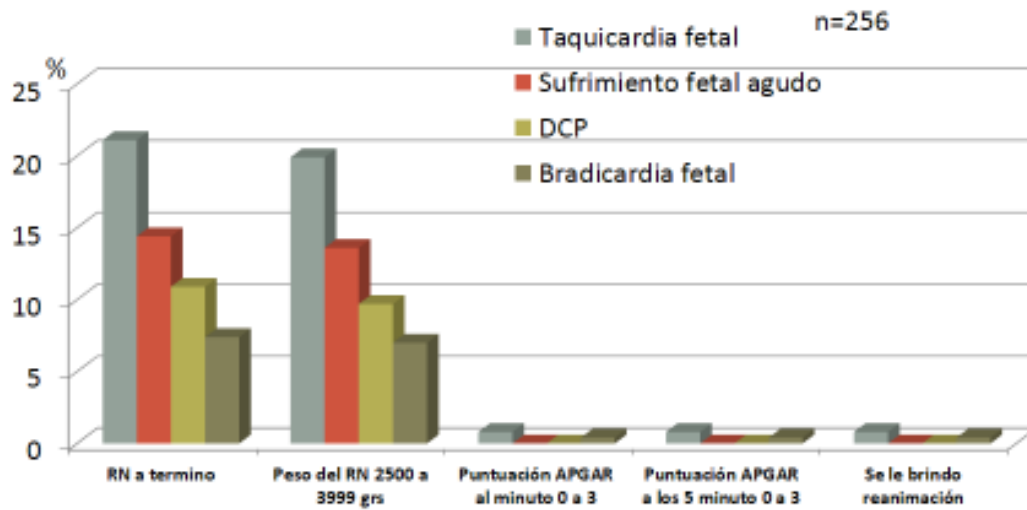
Efectos inmediatos en la salud de la madre según razón de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 5.

Gráficos 15.

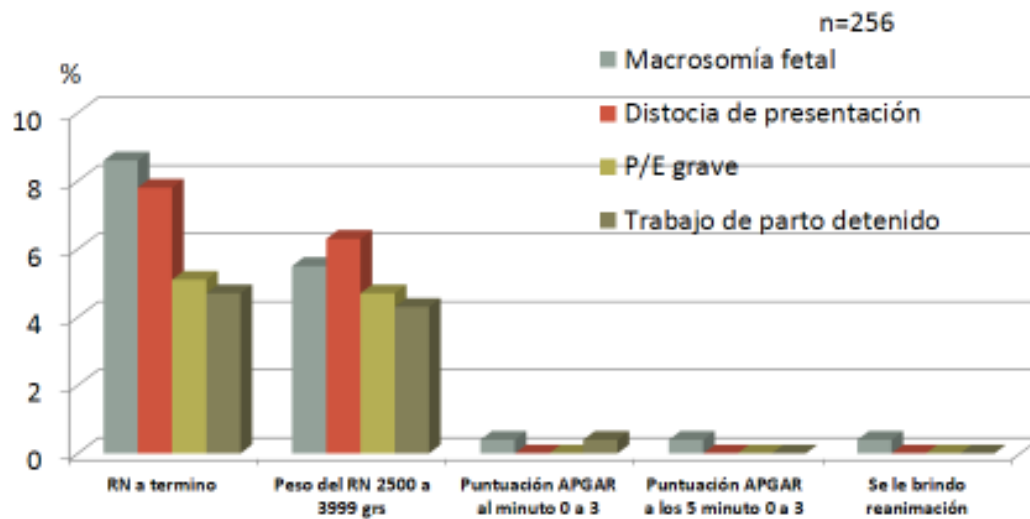
Datos del recién nacidos y efectos inmediato a su salud según razón de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 6.

Gráficos 16.

Datos del recién nacidos y efectos inmediato a su salud según razón de cesárea que les realizaron a las embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua. Enero a Diciembre 2014.



Fuente: tabla 7.