



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA  
CIES- UNAN Managua**



**Maestría en Administración en Salud  
Managua 2015- 2017**

**Protocolo de investigación para optar al título de  
máster en Administración en Salud.**

**CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON INDICACIÓN  
DE CESÁREA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA DE LA CLÍNICA MÉDICA PREVISIONAL  
ASUNCIÓN MINSA, JUIGALPA – CHONTALES, NICARAGUA.  
ENERO – DICIEMBRE 2016.**

**Autor:**

**Eric Iván Centeno Hernández**

**Lic. en Obstetricia y Perinatología**

**Tutor:**

**PhD. Sergio Gutiérrez.**

**Docente e investigador**

**Managua, Nicaragua, agosto 2017.**

## INDICE

RESUMEN.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACION.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO TEÓRICO.....	7
VII. DISEÑO METODOLOGICO.....	18
VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	23
IX. CONCLUSIONES.....	35
X. RECOMENDACIONES.....	36
ANEXOS.....	40

## RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar pacientes con indicación de cesárea atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia de la clínica médica previsional Asunción – MINSA, Juigalpa Chontales, Nicaragua ,2016.

**Diseño:** Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal. Está constituido por 161 mujeres que se les practicó cirugía vía cesárea, se recolectó la información de expedientes clínicos médico legales, del departamento de archivo, que cumplieron los criterios de inclusión correspondientes.

**Resultados:** El 86.96% se trataba de mujeres en el rango de edad entre 20-35 años, en un 72.05% de educación universitaria, el 54.04% laboraban de acuerdo a su formación profesional, 58.39% eran casadas y el 75.78% procedían del área urbana. De acuerdo a los factores gineco - obstétricos, las pacientes en el estudio no tenían antecedentes personales no patológicos hasta en un 96.89%, con embarazos de término hasta en 83.23%, 42.24% tenían cesáreas anteriores y hasta 72.05% no tenían antecedentes patológicos personales, el 100% recibió atención prenatal, el 86.34% recibió más de 4 atenciones prenatales. 43.48% no presentaron factores de riesgo durante su embarazo y 91.93% no tuvieron factores de riesgo durante el parto. La principal indicación de cesárea hasta en 36.65% precisamente fue cesárea anterior.

**Conclusiones:** Con respecto a las características sociodemográficas, todos estos factores no favorecieron a indicación absoluta de cesárea, no presentaron factores ginecológicos y obstétricos de relevancia que hayan favorecido su indicación absoluta de cesárea, la cual fue la principal causa de indicación para realizar interrupción del embarazo vía alta actual.

**Palabras claves:** Cesárea, embarazo, indicación, factores.

## **DEDICATORIA**

A **Dios** todo poderoso que en cada etapa de mi vida está conmigo, guiándome en todos los caminos que he decidido tomar, dándome fuerza en cada momento.

A mi mamá, papá, a mi esposa y mis bellas hijas.

***Eric Iván Centeno Hernández***

## **AGRADECIMIENTO**

A mi Dios todo poderoso que nunca me desampara y está conmigo en las buenas y malas.

A mi madre, padre, esposa, mis hijas bellas que son mi razón de vivir y hermanos por el apoyo incondicional en cada etapa de mi vida.

A todos mis Maestros que me han apoyado en mi formación integral como profesional de la salud.

Especial mención a mi Tutor Maestro Sergio Gutiérrez, por su valioso apoyo, comprensión y paciencia para la culminación del presente estudio, a pesar de la barrera de la distancia.

***Eric Iván Centeno Hernández***

## I. INTRODUCCION

En la última década ha habido una tendencia a un mayor número de partos abdominales a nivel mundial. La mayoría de países en desarrollo o desarrollados muestran índices de cesáreas por encima del 20%, que no es lo recomendado por la OMS.

La OMS refiere que el índice de cesáreas a nivel poblacional por debajo del 5% debe ser vista como necesidades insatisfechas en la asistencia del parto y afirma.

Además, la controversia entre lo clínico, lo legal y lo ético que se genera por este tipo de cirugía, ha causado en los especialistas mayor aceptación en su práctica, buscando reducir las probabilidades de complicaciones y aumentar los beneficios materno-fetales. (2)

En Nicaragua en 2006-2007 el índice de parto por cesárea era del 19.6% elevándose hasta 29.7% en 2011-2012 (INIDE, 2013) y del 60.0% (13, 033) de 21 577 partos atendidos en los establecimientos que brindan atención para el Instituto Nicaragüense de seguridad social de Nicaragua. ( INSS, 2015)

El sistema público Nicaragüense cuenta con un departamento de estadística e informática que refleja que en el sistema público la cesárea representó un 37% al año 2015. En el sistema privado de las instituciones prestadoras de servicios de salud, correspondería a un 66%.

En el municipio de Juigalpa, departamento de Chontales según datos estadísticos del MINSa el índice de cesárea es de 40%, para el año 2016 y en la clínica médica previsional del MINSa en el 2014, con un 78%, en el 2015 con un 72% y en el 2016 de 62%, el cual es un índice muy alto con relación al departamento y al país.

Por tanto, el objetivo de este estudio fue determinar las principales indicaciones de cesárea en pacientes del servicio de ginecología y obstetricia en la clínica médica previsional Asunción – MINSa, Juigalpa Chontales, Nicaragua ,2016.

## II. ANTECEDENTES

Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, Perú. Lincolth Talledo – Ulfe. Carlos I. Talledo Ulfe, Paul Pachas Yataco. De las 3311 pacientes gestantes atendidas en el hospital, en el año 2015, al 57,8% se les realizó cesárea. Dentro de estas, la cesárea de emergencia fue la más predominante con un 68,9%, siendo la mediana de edades fue de 22 años (rango intercuartílico: 20 – 24 años de edad). La mayor procedencia fue de Piura (53,7%), solo el 6,3% tenía un grado de instrucción superior técnico, y la convivencia se presentaba en un 70,1% de las pacientes.

Marín, 2014 en Nicaragua realizó un estudio en el Hospital Salud Integral con 167 mujeres con operación cesárea, 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, unidos a una paridad satisfecha.

Morgan & Castillo, 2014 presentan 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 maternas, predominando la cesárea anterior y luego el síndrome hipertensivo gestacional.

Briand y colaboradores 2012, realizaron un estudio de corte transversal en el que estudiaron 86,505 mujeres que dieron a luz entre el año 2007 y 2008 en 41 hospitales de referencia en Senegal y Mali (África). Encontrando una tasa de cesáreas del 19.8%, siendo más alta en Senegal (20.9%) que en Mali (18.5%). De estas cesáreas el 73% fue intraparto, 16% fue de emergencia y 11% fueron cesáreas electivas. Las indicaciones maternas fueron el 77% de todas las indicaciones para cesáreas. Se reportó también que los principales factores de riesgo materno fueron respectivamente: Cesárea anterior, referencia de otro centro asistencial y sospecha de DCP, sangrado vaginal, hipertensión arterial, RPM y cesárea anterior.

Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana Pavón León Patricia, Gogeoascoechea Trejo Ma. del Carmen, Ramírez Muro Miguel, Landa Ortiz Víctor. (Julio- Diciembre 2012) Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. Xalapa. Resultados. 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 céfalo pélvica (22.4%) y cesárea previa (15.2%).

Según revisión clínica realizados en Chile, M Farías, E Oyarzún - Medwave, 2012 - medwave.cl, la principal dificultad para esta disminución está en la gran cantidad de multíparas con cesárea anterior. Alrededor del 50% de las cesáreas en multíparas es por cesárea anterior. Especial hincapié debemos hacer en la primigesta, ya que 35-38% de causa de cesárea es la distocia.

En la clínica Médica Previsional del MINSA, no existe ningún estudio sobre este tema.

### III. JUSTIFICACION

Considerando que los riesgos de morbi /mortalidad materna severa se triplican al terminar el embarazo por vía cesárea y que el riesgo de óbito fetal y de mortalidad intraparto por ruptura uterina se duplican por cesárea anterior (Liu et al., 2011)

La presente investigación tiene como propósito analizar las indicaciones de cesárea en esta unidad en el período de estudio y de esta manera instar a una adecuada evaluación de las pacientes antes de decidir dicha indicación en la clínica médica previsional Asunción.

En la clínica médica previsional, no existe ningún estudio realizado en el cual se pretenda evaluar indicaciones de cesárea, identificando algunos factores que inciden directamente en indicar una cesárea, por eso se justifica plenamente el establecer e identificar dichas indicaciones, que permita una reducción de los nacimientos por vía cesárea en este servicio, permitiendo partos fisiológicos, reduciendo las complicaciones que tienen al realizar procedimientos invasivos como es el nacimiento por cesárea, se puede mencionar dehiscencia de la herida quirúrgica, evisceración, infección local o generalizada, sangrados y dolor local.

Se pretende evaluar las indicaciones, para mejorar el nivel de vida de las pacientes que acudan a esta unidad y no exponerlas a diferentes factores que ponen en peligro la vida del binomio y así garantizar atención de calidad, calidez, eficiencia, eficacia con carácter humanizado, creando un ambiente de confort mediante un parto fisiológico.

Este estudio brindará resultados para toma de decisiones estratégicas para valorar adecuadamente y de manera individual cada caso, implementar la posibilidad de un parto vaginal posterior a una cesarea en esta unidad de estudio, así como brindar la información a otras unidades con similar características funcionales y problemática y así aportar a la reducción de las indicaciones de cesárea en nuestros servicios de salud hospitalarios.

#### IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas cuatro décadas, de ser una cirugía obstétrica de urgencia la cesárea pasó a ser la segunda cirugía que se efectúa en frecuencia en la mayoría de las naciones. Los avances tecnológicos de la era industrializada trajeron consigo un elevado índice de cesárea y múltiples indicaciones.

El aumento desmesurado de la tasa de cesáreas no tendrá consecuencias inocuas, si bien las técnicas quirúrgicas y anestésicas han mejorado los resultados de las cesáreas, a este nivel contribuirán a un aumento de la morbilidad materna, que compara el riesgo de mortalidad materna de la cesárea con el parto (7).

El aumento no solo se ve en la morbilidad materna, también en la fetal ya que se ve un aumento de la morbilidad respiratoria en la cesárea electiva, a todas las edades gestacionales, incluso al término aunque es más ostensible antes de las 39 semanas (9).

Por tanto se hace la siguiente pregunta:

¿Cómo se caracterizan las pacientes con indicaciones de cesárea en el servicio de ginecología y obstetricia en la clínica médica previsional Asunción del MINSA, Juigalpa – Chontales, Nicaragua, 2016?

Asimismo algunas interrogantes son:

- 1- ¿Cómo se caracterizan socio demográficamente las pacientes sometidas a cesárea en el período en estudio?
- 2- ¿Qué antecedentes gineco – obstétricos presentan las pacientes en estudio?
- 3- ¿Cuáles son las principales indicaciones de cesárea considerados para realizar este procedimiento?

## **V. OBJETIVOS**

### **General**

Caracterizar pacientes con indicación de cesárea atendidas en el servicio de ginecología y Obstetricia en la clínica médica previsual Asunción – MINSA, Juigalpa Chontales, Nicaragua ,2016.

### **Específicos**

1. Describir los aspectos sociodemográficos de las pacientes en estudio.
2. Establecer los factores Gineco – Obstétricos asociados a indicación de cesárea que presentan las pacientes en estudio.
3. Identificar las principales indicaciones de cesárea considerados para realizar este procedimiento.

## **VI. MARCO TEÓRICO**

La cesárea es un procedimiento quirúrgico antiguo: según los historiadores ya era conocido en el año 715 AC. La “Lex Cesárea”, ley romana dictada por Numa Pompilio, prescribía su uso como una manera de sacar al bebé del vientre de la madre, cuando ésta acababa de morir. La leyenda dice que el emperador Julio César nació mediante una operación en el año 100 AC y que en su honor deriva el nombre. La cesárea, que históricamente fue concebida para salvar la vida de la parturienta, se va convirtiendo en un procedimiento quirúrgico para salvar la vida del recién nacido. (27)

### **DEFINICIÓN DE CESÁREA**

Cesárea es una intervención quirúrgica para el nacimiento de un bebé. El bebé se saca a través de una incisión en el abdomen de la madre. Si el feto aún no es viable, el mismo procedimiento es denominado histerotomía.

La operación es relativamente segura para la madre y el niño. Sin embargo, es una cirugía mayor e implica riesgos. La cesárea también requiere un período de recuperación más prolongado que el parto vaginal. Cuando cicatriza la incisión puede dejar un área más débil en la pared uterina. Esto podría causar problemas para intentar partos vaginales en el futuro. Sin embargo, más de la mitad de las mujeres que tuvieron una cesárea pueden dar a luz con un parto vaginal luego de 24 meses posterior a una cesárea previa. (16)(17) Como resultado, este procedimiento ha generado una considerable discusión con respecto a sus indicaciones, técnica, costos, complicaciones y resultados a largo plazo.

### **CLASIFICACIÓN DE CESÁREA:**

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

#### ***Primaria:***

Es la que se realiza por primera vez.

**Iterativa:**

Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas.

Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación. En este período es adecuado porque se evita el riesgo de inmadurez pulmonar fetal y se minimiza el riesgo que implica un inicio espontáneo de trabajo de parto en estas pacientes.

En cuanto a la opción del parto vaginal después de cesárea previa, es deber del médico informarle a la paciente cuáles son sus opciones, y los riesgos y beneficios que cada una de estas tiene. Es la paciente quien toma la última decisión pero si el médico no está de acuerdo con esta, lo mejor es referirla a otro especialista.

Según indicaciones:

**Urgente:**

Es la que se práctica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

**Electiva:**

Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

Según el tipo de incisión:

**Corporal o clásica:** La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico – uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea postmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía.

**Segmento corporal:** Beck, la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación

pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas.

**Segmento arciforme o transversal:** Kerr, es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y 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 y así como pocas adherencias postoperatorias. (19)

#### **INDICACIONES DE CESAREA:**

- Absolutas
- Relativas
- Maternas
- Fetales
- Feto-Maternas
- Ovulares

#### **Indicación Absolutas:**

Desproporción céfalo pélvica materna + Desproporción céfalo pélvica fetal

Placenta previa parcial central o total

Situación transversa

Cáncer cervicouterino Invasor

Macrosomía fetal

Anomalías de la presentación (cara y frente)

Siameses monstruosos

**Indicaciones Relativas:** Todas las demás indicaciones

#### **Indicaciones Maternas:**

Patologías locales

Distocias óseas

Distocias dinámicas

Distocias de partes blandas

Tumores previos

Rotura uterina

Cesarea anterior e iterativa

Plastias vaginales

Herpes genital

Cicatrices uterinas

Patologías sistémicas:

Síndrome hipertensivo gestacional

Hipertensión arterial crónica

Nefropatías

Tuberculosis grave

Diabetes descompensada

Cardiopatía que contraindique parto vaginal

Cáncer

Enfermedades crónicas degenerativas

Fracaso de la inducción

**Indicaciones fetales:**

Colocaciones viciosas:

Situación transversa

- Cara
- Frente
- Pélvico
- Presentación compuesta

Macrosomía

Embarazo múltiple

Siameses

Vitalidad fetal comprometida:

- Sufrimiento fetal agudo
- C.I.U.R.
- Enfermedad hemolítica neonatal

- Muerte habitual del feto intrauterino

**Indicaciones Fetomaternas:**

Desproporción céfalo pélvica (DCP)

Parto detenido

Prueba de trabajo de parto negativa

Primigesta juvenil

Primigesta tardía

Multigesta tardía

Múltipara tardía

Primigesta Asimilada

I.T.S. Condilomatosis

Síndrome Hipertensivo Gestacional

**Indicaciones Ovulares:**

Placenta previa oclusiva total

Placenta previa marginal sangrante

Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI)

Procidencia y pro cúbito de cordón

Nudos de cordón

Brevedad de cordón

Circulares de cordón

**PRINCIPALES INDICACIONES**

De acuerdo con la comisión de Bioética de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) se acepta que existen indicaciones absolutas de cesáreas que no plantean problemas en la toma de decisiones por la evidencia de su necesidad; otras de justificación más discutible, son las que hoy proporcionan buena parte de la alta incidencia de cesáreas.

**INDICACIONES MATERNAS:**

**Síndrome Hipertensivo Gestacional:** En los casos de preeclampsia leve con embarazo a término se plantea la indicación de cesárea cuando no existe

respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal. En la preeclampsia severa, es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal, si no hay condiciones para parto vaginal, se optará por la vía abdominal, en especial si hay signos inminentes de eclampsia o de desarrollo del Síndrome Hellp o si se trata de restricción de crecimiento fetal o bebés de peso muy bajo.

**Complicaciones Médicas asociadas:** En la mayoría de las enfermedades asociadas a la gestación se elige la vía del parto de acuerdo a la complicación obstétrica. En algunos casos, como el herpes genital reciente o activo, salvo membranas rotas más de 4 horas y en el SIDA, la intervención es mandatoria y en otros, como la diabetes mellitus complicada, cardiopatía severa, cuadro de lupus eritematoso sistémico activo, madre con sensibilización Rh, entre otras.

## **INDICACIONES FETALES**

**Sufrimiento Fetal (SFA):** La Hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio es necesario el criterio clínico del médico gineco-obstetra, quién hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, para tomar la decisión más apropiada

## **Alteraciones de la presentación**

Los casos con feto en situación transversa en el parto o con presentación de cara mentón posterior o de frente son indicaciones de cesárea. También lo son las presentaciones cefálicas deflexionadas, cuando el progreso del parto es dificultoso, comportándose como desproporciones feto pélvico relativo. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pretérmino, principalmente si se estima un peso fetal muy bajo, por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento

de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta, por el riesgo de prolapso de cordón.

**Prematuridad:** La experiencia obstétrica y neonatológica indica que el feto prematuro tiene más riesgo de traumatismo obstétrico si nace por vía vaginal, más aún, si viene en podálica. Por tal motivo se recomienda que los fetos con peso menor o igual a 1500 g deban nacer por cesárea.

## **ANORMALIDADES DEL PARTO**

**Desproporción céfalo pélvico (DCP):** Es una indicación frecuente de cesárea. Así un bebé pequeño puede, durante el trabajo de parto, salvar la desproporción relativa, a menos que la deformidad pélvica sea extrema. Por otro lado, la pelvis aparentemente normal puede resultar pequeña para un bebé macrosómico o con la cabeza deflexionada. En caso de compromiso del estrecho medio, con bebé grande, la cesárea está indicada si la cabeza no desciende luego de una prueba de trabajo de parto.

**Distocia:** También se define como parto anormal el que al analizar las características de la gestante, no se presupone un parto vaginal seguro. La desproporción céfalo pélvica es una de sus causas. La distocia ha sido la primera razón de indicación de cesárea repetida. El partograma es el instrumento que ayuda a diagnosticar la inercia o la disfunción uterina.

**Inducción fallida del trabajo de parto:** En casos indicados de inducción por riesgo materno fetal puede haber falta de respuesta o, una vez iniciado el parto inducido, este no progresa, lo que requerirá la culminación del embarazo por cesárea.

## **INDICACIONES PLACENTARIAS**

**Hemorragia del tercer trimestre:** Los casos de hemorragia del tercer trimestre debidos a placenta previa tienen indicación de cesárea cuando el embarazo está a

término y persiste la obstrucción parcial o completa del canal cervical o cuando se presenta un sangrado importante en cualquier momento del embarazo.

Las pacientes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta moderada o severa deben ser sometidas a cesárea inmediatamente; cuando el desprendimiento es leve; se realizará la cesárea cuando el bebé está vivo y presenta signos de sufrimiento fetal; o cuando se considera que el parto va a demorar más de dos horas o el sangrado aumenta.

**Rotura prematura de membranas (RPM):** La rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto está asociada con corioamnionitis y prematuridad, así como con muerte materna y perinatal. Es por esto que, en un cuadro de rotura prematura de membranas (RPM), si no hay condiciones de parto vaginal después de las 24 horas de ocurrida la RPM, si falló la inducción, o ante la presencia de corioamnionitis o de sufrimiento fetal sin trabajo de parto, se prefiere terminar la gestación por vía alta, usándose profilaxis antibiótica o en el caso de corioamnionitis, antibioticoterapia de espectro amplio.

**Consideraciones no clínicas:**

Existen múltiples causas no clínicas o paramédicas que forman parte de las indicaciones de cesárea y que deben revisarse con cierta cautela:

**Edad materna:** Es casi constante en la bibliografía la observación de que la tasa de cesáreas aumenta a medida que avanza la edad materna.

**Volumen asistencial:** El volumen de partos asistidos en un centro puede justificar diferencias en las tasas probablemente por la infraestructura de que disponen.

**Características de los profesionales:** La capacitación de los profesionales puede marcar de forma muy ostensible su decisión quirúrgica.

**Cesárea a Demanda:** Cada vez es más frecuente que la propia paciente pida la realización de una cesárea, probablemente debido a la creencia muy difundida de que esta intervención es una práctica igual de segura para ella y el feto que el parto vaginal. Si se practica una cesárea a demanda teóricamente la mujer y el feto asumen los riesgos mientras que si no se hace la responsabilidad recae sobre el médico.

### **COMPLICACIONES:**

La cesárea, a pesar de su alta seguridad, no está exenta de complicaciones, algunas impuestas por la propia indicación para realizar el procedimiento (situaciones maternas de extrema urgencia), y otras derivadas de la técnica en sí. No es correcto ignorar el incremento de morbilidad neonatal y materna que se deriva de su práctica, por no mencionar el aumento de riesgo, de 2.8 a 6 veces más de muerte materna.

Las infecciones son más frecuentes que en el parto vaginal y en ocasiones fuerzan a terapéuticas muy agresivas (histerectomía). La necesidad de transfusión, con sus particulares complicaciones, se requiere del 1 al 6% de las ocasiones. Hay posibilidad de daño en órganos vecinos y en ocasiones se presentan cuadros de íleo paralítico que son muy raros en el parto vaginal. El hecho de requerir anestesia constituye otra fuente de eventuales complicaciones. El postoperatorio es mucho más molesto y prolongado, con mucho alto riesgo de tener que abandonar la lactancia materna. Su costo es también superior al del parto vaginal, llegando una cesárea sin complicaciones, a costar más del doble de los gastos generados por el primero. (2)

### **COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS.**

Se producen complicaciones relevantes en el 1 - 2% de los casos.

**Complicaciones infecciosas:** Las complicaciones infecciosas son la principal causa de morbilidad asociada a la cesárea, siendo esta última el factor de riesgo

más importante de infección materna posparto. La cesárea tiene entre 5 y 20 veces más riesgo de infección que el parto vaginal.

Las complicaciones infecciosas después de una cesárea incluyen: fiebre, infección de la herida quirúrgica y del tracto urinario, endometritis, bacteriemia e infecciones severas (absceso pélvico, tromboflebitis pélvica séptica y shock séptico).

Factores como la cesárea emergente, duración del parto, rotura de membranas, estado socioeconómico, exploraciones vaginales, monitorización interna, infecciones del tracto urinario, anemia, pérdida hemática severa, obesidad, diabetes, técnica quirúrgica y experiencia del cirujano están involucradas en la incidencia de tal complicación.

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

**Tromboflebitis pélvica séptica:** La incidencia de tromboflebitis pélvica séptica es en algunas series 10 veces más alta después de una cesárea. Es más frecuente en pacientes con anemia, rotura prematura de membranas, presencia de meconio y prolapso de cordón, siendo menos común en las cesáreas electivas.

**Infecciones del tracto urinario:** Son una complicación relativamente frecuente con incidencia variable entre el 2 y 16% y se relacionan fundamentalmente con la duración del sondaje vesical.

**Enfermedad tromboembólica:** Poco frecuente durante el embarazo, la tromboembolia venosa es una de las principales causas de muerte materna en el

mundo desarrollado, el riesgo de trombosis venosa profunda es entre 3 y 5 veces superior después de una cesárea que después de un parto vaginal. Además el parto por cesárea particularmente si es emergente, incrementa el riesgo de embolia pulmonar letal más de 10 veces en relación con el parto vaginal.

Uno de los estudios más significativo internacionalmente que reafirma lo encontrado a nivel nacional fue realizado por Casagrandí C, Pérez P, Areces D, et al.2007, Habana –Cuba, quienes realizaron una investigación titulada: Tendencias de Algunos Indicadores Relacionados con la Cesárea. En dicho estudio encontraron que el índice de cesáreas se incrementó (de 18,3% a 29,2%, en los años 1996 y 2005, respectivamente). Las indicaciones más frecuentes en 1996 fueron la desproporción céfalo pélvica (13,1 %) y la presentación pelviana (11,1 %), mientras que en el 2005 fueron el sufrimiento fetal agudo (15,1 %) y las afecciones médicas asociadas (12,1 %). (14)

## **VII. DISEÑO METODOLOGICO**

### **a. Tipo de Estudio**

Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal.

### **b. Área de estudio**

El estudio se realizó en Juigalpa-Chontales en la clínica médica previsional del MINSA, en el área de Gineco - obstetricia.

### **c. Población**

Está constituido por 161 mujeres que se les practicó cirugía vía cesárea en el servicio de ginecología y obstetricia registradas en la clínica médica previsional Asunción – MINSA, Juigalpa Chontales, Nicaragua, en el año 2016.

### **d. Muestra**

No hay muestra, se estudiarán la totalidad de los casos presentados.

### **e. Unidades de análisis**

Fueron los expedientes clínicos médico legal, del departamento de archivo y estadísticas central en la clínica médica previsional Asunción – MINSA, Juigalpa Chontales.

### **f. Criterios de Selección de inclusión y exclusión:**

#### **Criterios de Inclusión**

1. Pacientes a las cuales se les practicó interrupción del embarazo vía cesárea que se encuentren registradas en el libro de nacimientos de la clínica médica previsional Asunción – MINSA, Juigalpa Chontales.
2. Pacientes cuyos expedientes se encuentren en el área de archivo y estadística de la clínica médica previsional del MINSA, Juigalpa-Chontales.
3. Pacientes las cuales se les haya realizado interrupción del embarazo vía cesárea durante periodo determinado de estudio.

### **Criterios de Exclusión**

1. Pacientes que no se les practicó interrupción del embarazo vía cesárea y que no se encuentren registradas el libro de nacimientos de la clínica médica previsional del MINSA. Juigalpa-Chontales.
2. Pacientes las cuales no se encuentre expediente en el área de archivo y estadística central en la clínica médica previsional Asunción – MINSA, Juigalpa Chontales.
3. Pacientes las cuales se les interrumpió embarazo vía cesárea fuera del periodo de estudio.
4. Pacientes con expediente incompleto registrado.

### **g. Variables de estudio**

#### **Para el objetivo 1:**

Describir los aspectos socio demográficos de las pacientes en estudio.

1. Edad Materna.
2. Escolaridad.
3. Ocupación.
4. Estado civil.
5. Procedencia.

#### **Para el objetivo 2:**

Establecer los factores gineco – obstétricos asociados a indicación de cesárea que presentan las pacientes en estudio.

### **Factores antes del embarazo**

1. Embarazos anteriores
2. Abortos anteriores
3. Partos anteriores
4. Cesáreas anteriores
5. Período Intergénésico

6. Antecedentes patológicos personales
7. Antecedentes personales no patológicos

### **Durante el embarazo**

1. Edad gestacional.
2. Recibió atención prenatal.
3. Número de atención prenatal.
4. Factores de riesgo durante el embarazo.
5. Factores de riesgo durante el parto

### **Para el objetivo 3:**

Identificar las principales causas de indicación de cesárea considerados para realizar este procedimiento.

1. Sospecha/pérdida de bienestar fetal.
2. DPPNI.
3. Placenta previa.
4. Cesárea anterior.
5. Sufrimiento Fetal Agudo.
6. Anomalía de la presentación.
7. Síndrome Hipertensivo Gestacional.
8. Desproporción Céfalo pélvica.
9. Inducción Fallida.
10. Polisístolia.
11. Trabajo de parto detenido u Obstruido.
12. Macrosomía Fetal.
13. Ruptura prematura de membranas.
14. Anomalías del líquido amniótico

#### **h. Fuente de obtención de Información**

La fuente de información fue secundaria, ya que se recolectó a través de los expedientes médicos legales, del departamento de archivo y estadísticas en la clínica médica previsional Asunción – MINSA, Juigalpa Chontales.

#### **i. Técnica de Recolección de Información**

La técnica que se utilizó consistió en la revisión de los expedientes clínicos médicos legales, archivados y registrados en la clínica médica previsional Asunción – MINSA, Juigalpa Chontales, en el periodo comprendido del 2016, esta actividad se realizó por el mismo investigador.

#### **j. Instrumento de recolección de Información**

El Instrumento de recolección de la información lo constituyó una ficha de vaciamiento, previamente elaborada, en la que se reflejan los datos de interés del estudio y que aparecen en cada expediente médico-legal relacionados a las pacientes que se les practico cesárea.

#### **k. Procesamiento de la información**

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa SPSS versión 20, para presentar una distribución de frecuencia expresada en cifras absolutas y porcentajes.

Los resultados y las tablas de salida para las diferentes variables, las mismas fueron analizados por el investigador para proceder a la elaboración del informe final.

#### **l. Consideraciones éticas**

La información fue manejada confidencialmente y solo para efecto del estudio. Se obtuvo autorización para la realización de este estudio por partes de las autoridades correspondientes de la clínica médica previsional Asunción del nivel central.

### **m. Trabajo de campo**

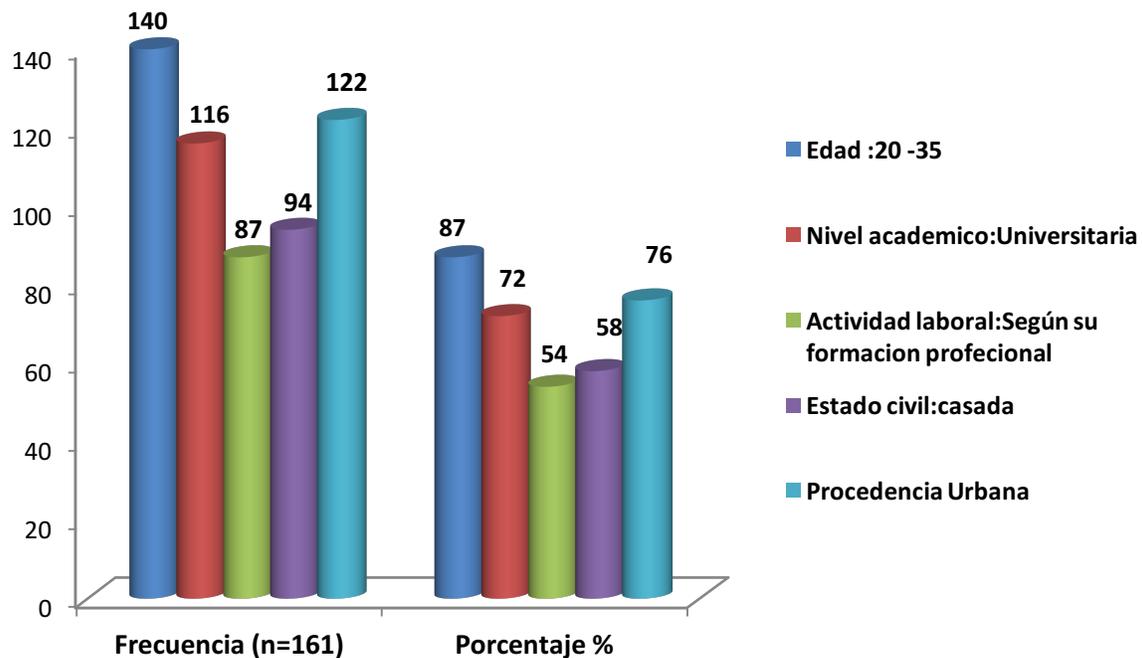
Para el presente estudio, se solicitó permiso al coordinador del departamento de estadística y archivo, para lo cual se autorizó la revisión de los expedientes médicos legales.

La recolección de la información se realizó en horarios vespertinos, coincidiendo con el horario en que se encuentran los expedientes sin utilización, para un total de 11 expedientes por día en 30 días laborales.

## VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

**Objetivo N° 1:** Describir los aspectos sociodemográficos de las pacientes en estudio.

**GRÁFICO # 1 Aspectos Socio demográficos de las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa-Chontales. Nicaragua, 2016**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

La población objeto de estudio estuvo conformada por 161 pacientes, la edad está en el rango de 20 a 35 años que equivale a 86.96%. El nivel académico 72.05%, se trataban de universitaria y un 22.36% alcanzaron terminar la secundaria, solo 3.11% tenían una carrera técnica. Con respecto a la actividad laboral 54.04% eran profesionales, laborando de acuerdo a su formación universitaria, seguido de mujeres que laboraban en negocios propios para subsistir en un 33.54% y sólo el 9.94% eran amas de casa. Con relación al estado civil en mayor proporción son casadas, con 58.39%, seguidas de 29.19% las pacientes unión de hecho y 12.42% mujeres solteras. En este gráfico también se puede observar que la mayor cantidad

de pacientes que se les practico cesárea, que fue objeto de estudio, es de área urbana con 75.78% y en menor proporción las del área rural con 24.22%. Ver anexo 5 (Tabla 1).

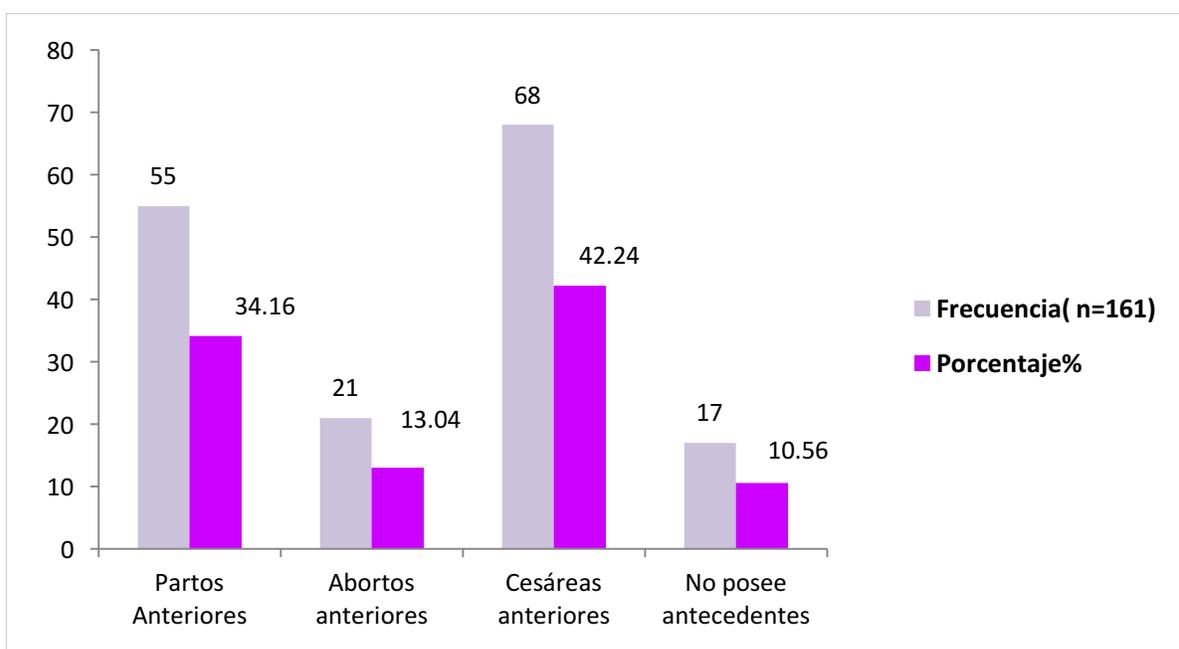
Al hablar de las características sociodemográficas de las pacientes estudiadas se encontro que la edad predominante fue de 20 a 35 años, la cual es óptima para lograr un embarazo de bajo riesgo, según la OMS, este dato es similar a estudios realizados en Perú por Lincolth Talledo en 2015, donde la media de edad de las mujeres estudiadas a las cuales se les indicó cesárea fue entre 20-24 años, este mismo hallazgo fue relevante en estudio realizado en Masaya en el año 2014 por Morgan y Castillo cuya edad fue entre 21-25 años. Otro dato importante encontrado fue que 75.78% de las pacientes estudias procedían del área urbana al igual que estudio relizado en Perú en 2015 que fue de 53.7%, con mayor posibilidad de acudir a unidades de salud de mayor resolución para la atención de su embarazo y parto ante complicaciones presentadas, a diferencia del estado civil, se encontró que 58.34% eran casadas, mientras que en estudio del 2015 el estado civil predominante era unión de hecho, además de la variable nivel académico casi en su totalidad eran mujeres con educación universitaria, mientras que en estudios previos encontramos se trataban de mujeres con educación técnica. Estos datos encontrados respaldan se trataban de pacientes con bajo riesgo de complicación materno fetal y no respaldan indicación absoluta de cesárea.

## Para el objetivo 2:

Establecer los factores Gineco – Obstétricos asociados a indicación de cesárea que presentan las pacientes en estudio.

### GRÁFICO # 2

**Factores antes del embarazo asociados a indicación de cesárea en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016.**



**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

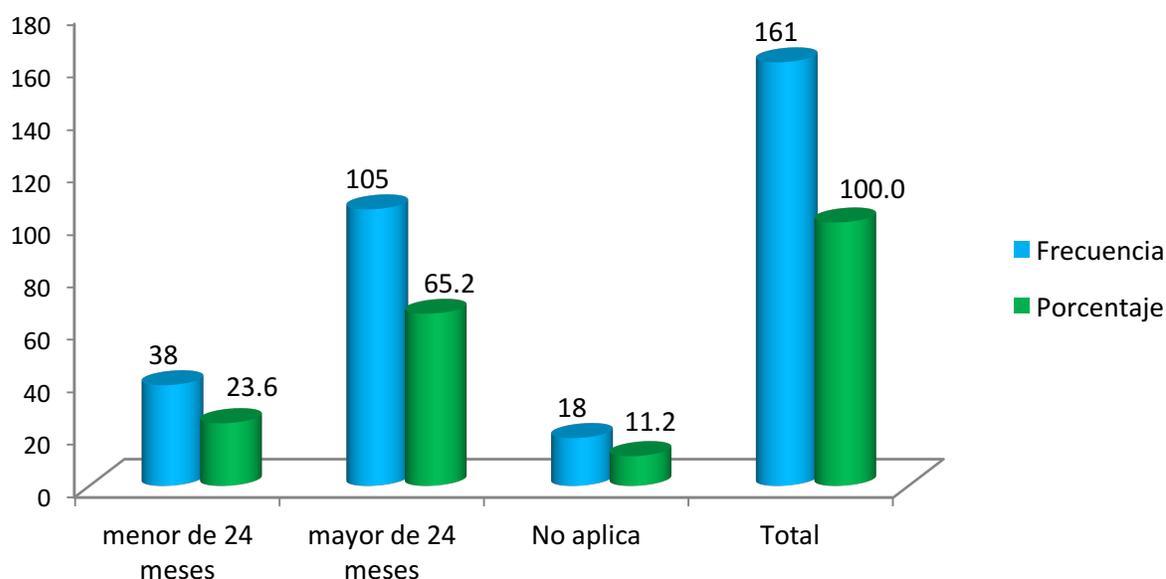
Las pacientes estudiadas ya habían presentado cesárea anterior en un 42.24% y 34.16% ya había tenido parto vaginal, 13.04% abortos anteriores y solo 10.56% no poseía antecedentes obstétricos. Ver anexo 5 (Tabla 8).

Al comparar los hallazgos de este estudio, con estudios previos relacionados encontramos relación en resultados en nuestro país, estudio realizado en Masaya 2014 por Morgan y Castillo encuentran también como antecedente cesárea anterior, hallazgo también encontrado en el año 2012 en África. Factor de gran

relevancia, ya que en unidades de salud de nuestro país, el antecedente de cesárea, casi nos obliga a realizar cesárea nuevamente.

### GRÁFICO # 3

**Periodos intergésico en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016.**

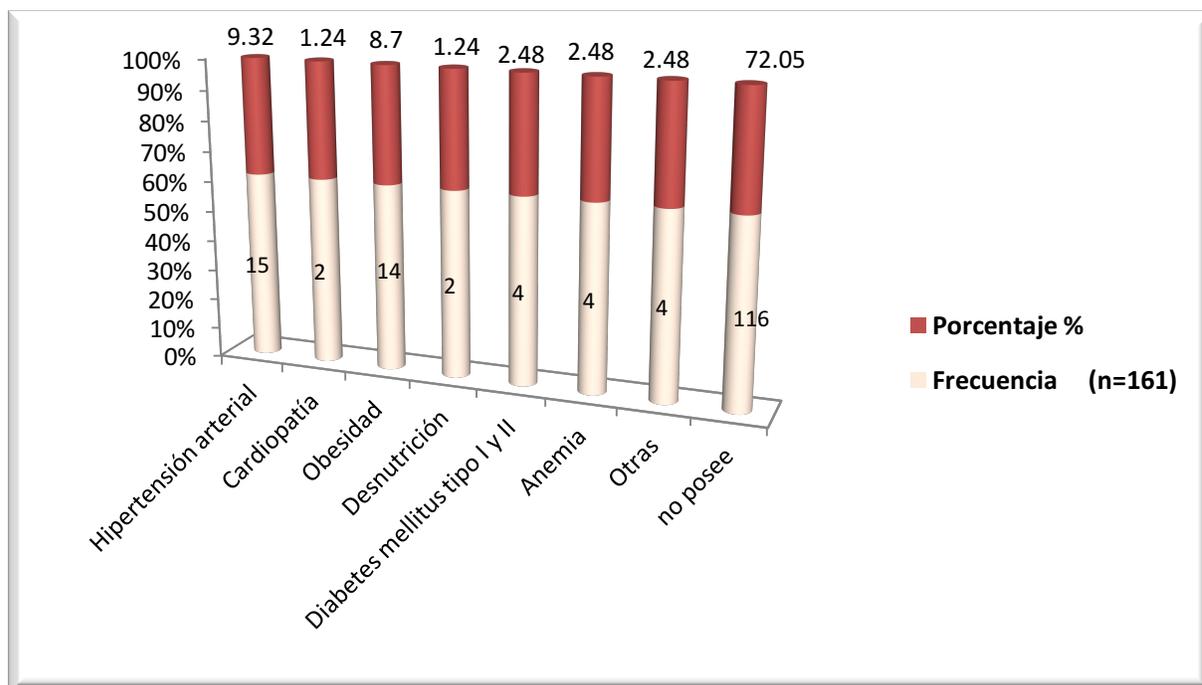


**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

Con relación al período intergésico de las pacientes un 65.2%, eran mujeres que tenían antecedentes por más de 18 meses su último parto ya sea por cesárea o parto vaginal, el 23.6% tenían menos de 18 meses y el 11.2% de las pacientes eran primigestas. Es evidente que el 65.2% de las pacientes que se les practicó cesárea no se les dió oportunidad para que se diera un parto vaginal, según la norma 011 de atención de embarazo de alto y bajo riesgo obstétrico, indica que pacientes mayor de 24 meses se le puede dar oportunidad para que su parto sea por vía vaginal con monitoreo estricto por el riesgo de ruptura uterina.

#### GRÁFICO # 4

**Antecedentes patológicos personales asociados a indicación de cesárea en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**



**Fuente: Ficha de recolección de datos**

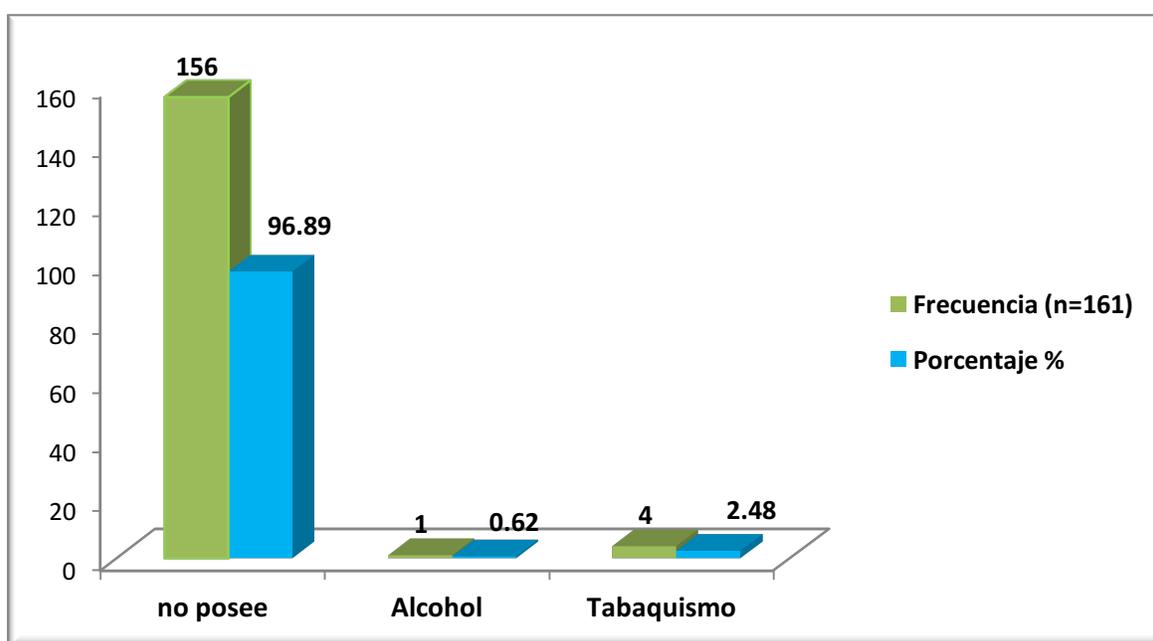
En la evaluación de antecedentes patológicos personales que pudieron favorecer el hecho de indicación de cesárea encontramos que el 72.05% no poseía ninguna alteración previa al embarazo actual, pero entre las patologías presentadas se encontraron más comúnmente hipertensión crónica en 9.32% y obesidad en 8.7%, otras alteraciones encontradas fueron Diabetes Mellitus y anemia en un 2.48% correspondientemente, en resto en menor proporción. Ver anexo 5 (Tabla 10).

En estudios previos realizados que se evaluarán no hay registro de revisión de antecedentes patológicos presentados por las pacientes en estudio, pero debemos recalcar el alto riesgo que presentan las pacientes con enfermedades crónicas que

ante datos de descompensación, podrían causar daño fetal y obligar al médico a realizar interrupción del embarazo vía alta de urgencia.

## GRÁFICO # 5

**Antecedentes personales no patológicos asociados a indicación de cesárea en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP-MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

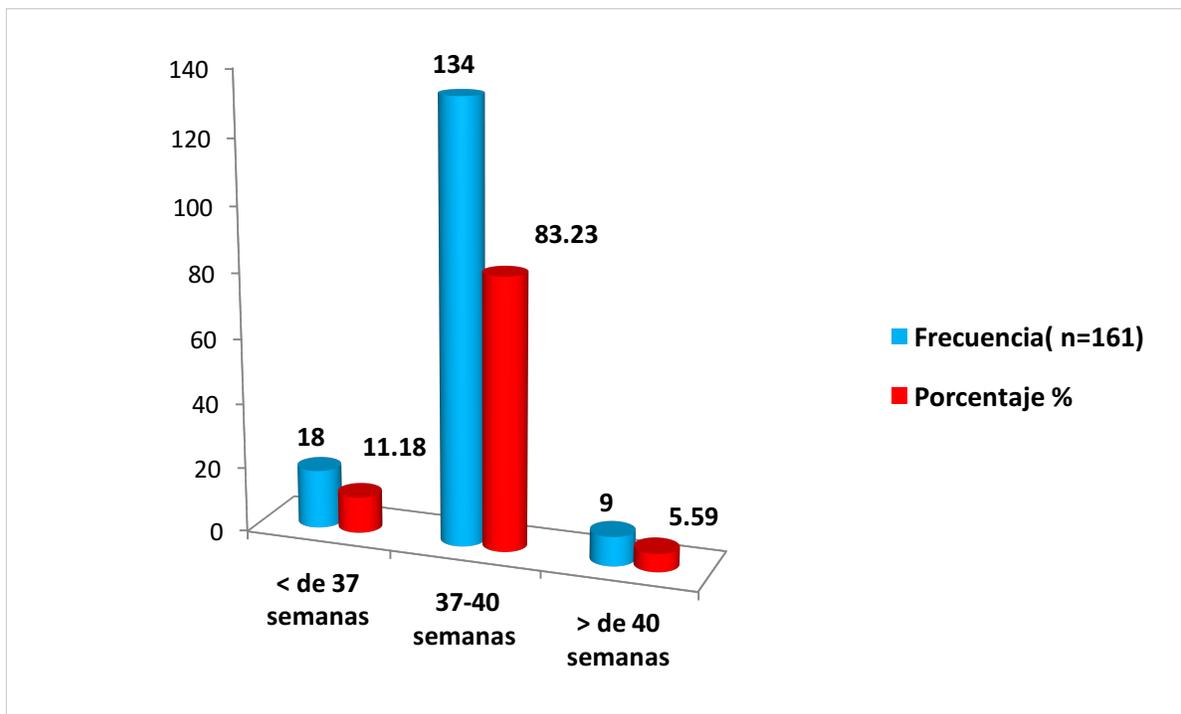


**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

Con relación a los antecedentes personales no patológicos, el 96.89% no tienen ningún hábito personal inadecuado, el 2.48% eran fumadoras y solo 0.62% eran alcohólicas. Ver anexo 5 (Tabla 6). Estos factores son de gran importancia ya que pueden provocar alteraciones maternas fetales, que pondrían en riesgo el bienestar fetal y así tener que realizar interrupción vía alta.

## GRÁFICO # 6

**Factores del embarazo asociados a indicación de cesárea en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos.

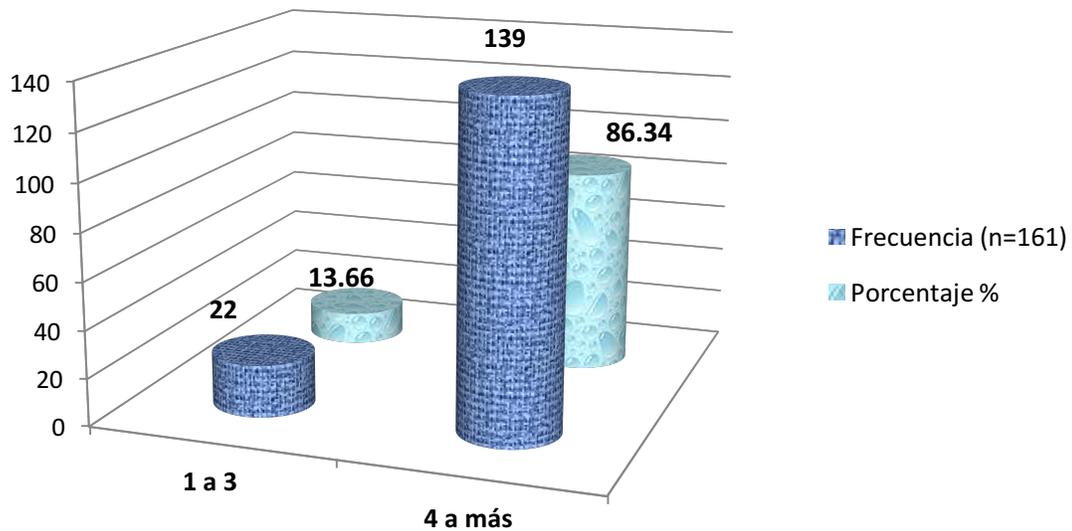
De estas pacientes estudiadas 83.23% tenían embarazos entre 37-40 semanas de gestación, 11.18% tenían embarazo menor de 37 semanas y solo 5,59% se trataban de embarazos por encima de las 40 semanas de gestación. Ver anexo 5 (Tabla 7). Hallazgo de relevancia ya que en su mayoría los embarazos culminarón en semanas óptimas para evitar complicaciones fetales. Pero también daba opción para valorar dar preferiblemente opción de parto vía vaginal.

**Variable:** Recibió atención prenatal

Es de gran importancia en este estudio demostrar que en su totalidad las pacientes estudiadas acudieron a nuestra unidad de salud a realizarse atención prenatal.

## GRÁFICO # 7

**Número de atenciones prenatales en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

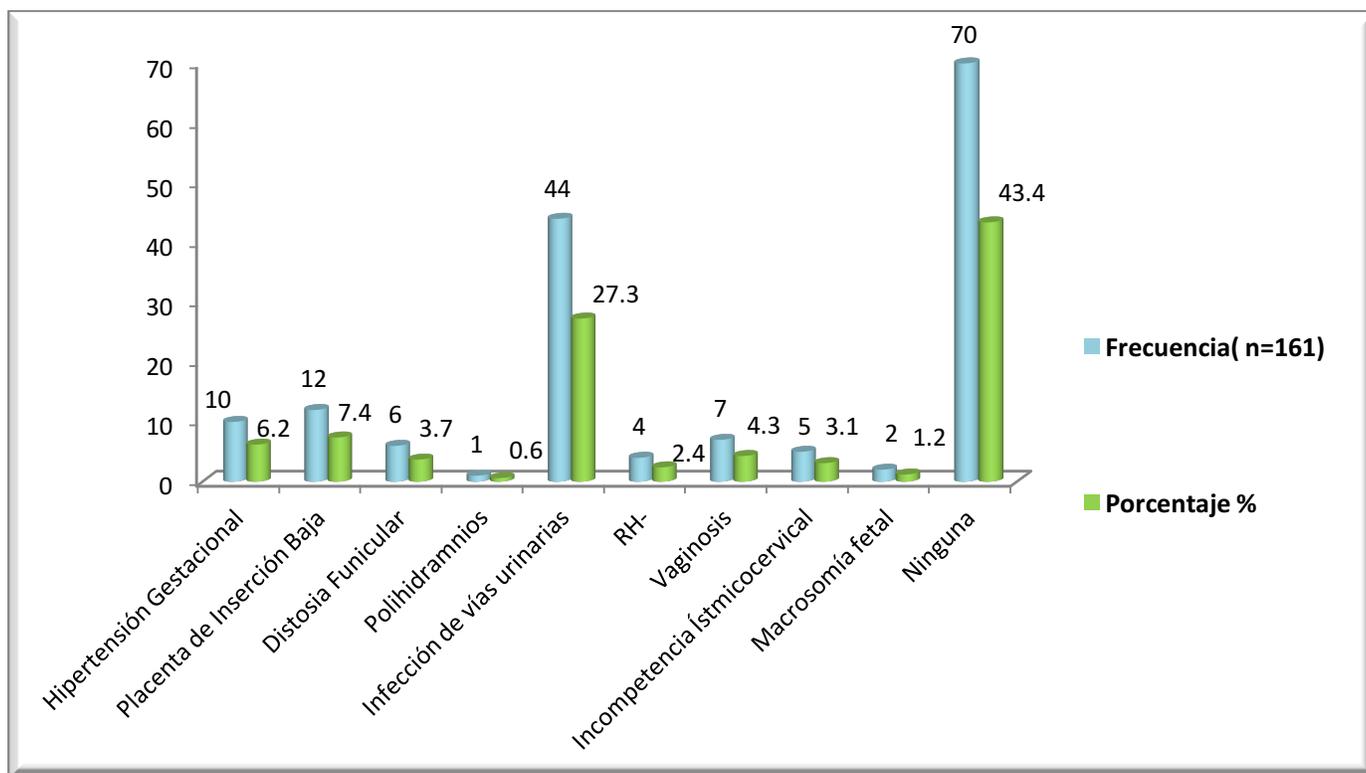


**Fuente: Ficha de recolección de datos**

Con respecto a la cantidad de atenciones realizadas durante el embarazo, el 86.34% de las pacientes recibieron 4 ó mas atenciones prenatales, cumpliendo lo planteado en protocolo de atención de embarazo de bajo riesgo, y solo 12.66% recibió de 1 a 3 atenciones prenatales. Ver anexo 5 (Tabla 11).

## GRÁFICO # 8

**Factores de riesgo durante el embarazo asociados a indicación de cesárea en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSAsunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016.**

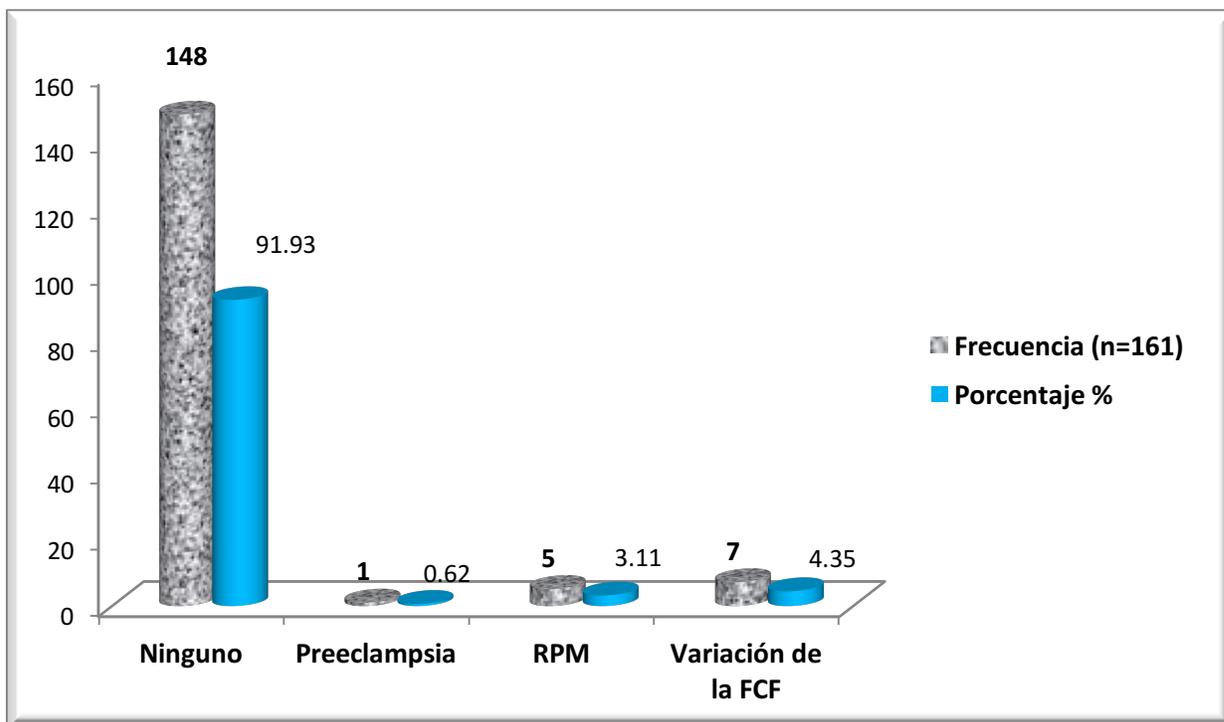


### Fuente: Ficha de recolección de datos

Con respecto a a patologías durante el embarazo 43.4% no presentaron ningún factor, pero entre los factores de menor proporción que se presentaron fueron infección de vías urinarias en un 27.3%, placenta de inserción baja 7.4% e hipertensión gestacional en 6.2%. Además de vaginosis en 4.3%, distosia funicular en un 3.7% y incompetencia ístmico-cervical en 3.1%, el resto de patologías como RH – en 2.4%, macrosomía fetal 1.2% y polihidramnios en 0.6%. Ver anexo 5 (Tabla 12).

## GRÁFICO # 9

Factores de riesgo durante el parto asociados a indicación de cesárea en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016



**Fuente:** Ficha de recolección de datos

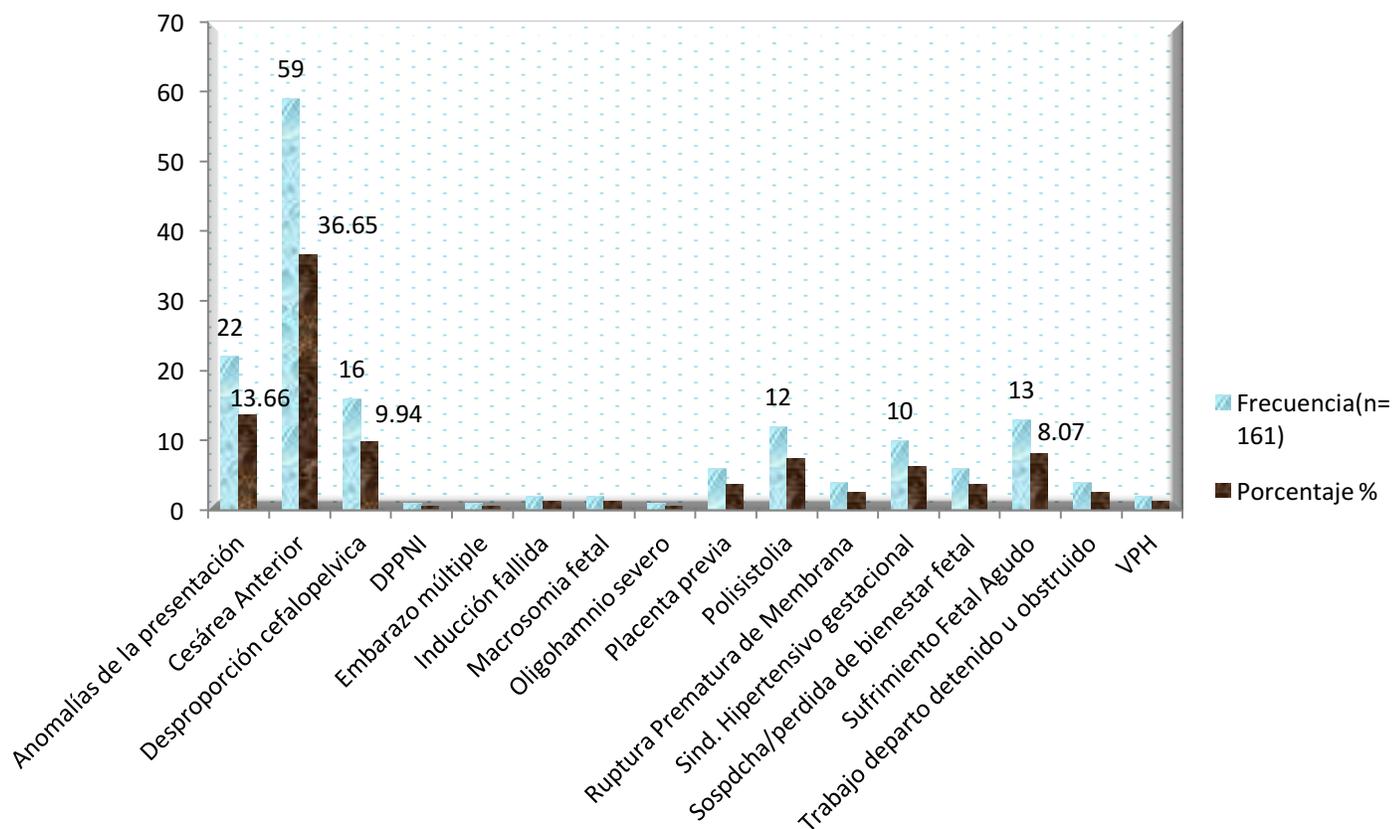
Durante el parto el 91.93% de las pacientes no presentó ninguna alteración, el 4.35% presentó variación de la frecuencia cardíaca fetal, y 3.11% ruptura prematura de membranas, solo el 0.62% presentó preeclampsia durante el parto. Ver anexo 5 (Tabla 13). podemos observar que de los factores de riesgo durante el parto el 91%, no posee ningún antecedente.

### Para el objetivo 3:

Identificar las principales indicaciones de cesárea considerados para realizar este procedimiento.

### GRÁFICO # 10

Indicaciones de cesárea en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016



Fuente: Ficha de recolección de datos

La principal indicación de cesárea fue cesárea anterior con un 36.65% del total de casos, seguido de anomalías de la presentación con 13.66%, DCP en 9.94%, SFA con 8.07%, polisístolia con 7.45% y SHG con 6.21%. Otras causas de indicación en

menor porcentaje fueròn sospecha o pérdida del bienestar fetal en 3.73%, trabajo de parto detenido u obstruido en 2.48%, VPH, inducción fallida y macrosomía fetal se presentarán en 1.24% respectivamente, el resto de indicaciones descritas en un muy bajo porcentaje. Ver anexo 5 (Tabla 14)

El porcentaje mayor con respecto a causa de indicación de cesárea en las pacientes estudiadas, precisamente fue cesárea anterior , indicación no modificable ya que frente a evento quirúrgico en embarazo anterior, debe realizarse una nueva interrupción del embarazo vía cesárea por el alto riesgo de ruptura uterina, no esta demás mencionar otras indicaciones de relevancia como son anomalías de la presentación fetal, desproporción cefalopélvica. Otras indicaciones fueròn sufrimiento fetal agudo y polisistolia que ponían en alto riesgo al producto, el resto de las indicaciones son baja proporción.

El alto porcentaje de cesárea encontrado coincide con estudios previos realizados en el año 2014 en hospital Salud Integral, donde la indicación principal de cesárea fue precisamente cesárea anterior, seguido por Ruptura prematura de membranas, que en este estudio no fue una indicación muy frecuente. Morgan y Castillo en Hospital de Masaya, también encontraron que más de la mitad de casos estudiados se les indico cesárea por cesárea anterior, dato también encontrado 2012 por Briand y colaboradores en África, al igual que DCP, que fue la tercera causa de cesárea en este estudio, pero en África es la segunda causa de cesárea.

## **IX. CONCLUSIONES**

1. Con respecto a las características sociodemográficas, casi en su totalidad las pacientes en estudio, se encontraban en edad de 20 – 35 años, procedían del área urbana, mujeres casadas, con estudios superiores universitarios y trabajaban de acuerdo a su formación profesional, todos estos factores no favorecieron a indicación absoluta de cesárea.
2. Las pacientes estudiadas se les finalizó su embarazo en período de término, no presentaban antecedentes personales no patológicos que complicaran el embarazo, la mitad de las pacientes tenían cesárea previa, lo que conllevó a una nueva indicación de cesárea, no presentaban antecedentes patológicos personales, habían realizado atenciones prenatales según protocolo nacional de atención del embarazo, no presentaban factores de riesgo durante el embarazo y tampoco presentaron riesgos durante el parto, pero tenían más de 24 meses de parto previo lo que podía dar la opción de un parto vía vaginal actual.
3. Cesárea anterior fue la principal indicación para realizar interrupción del embarazo vía alta en las pacientes estudiadas, una indicación no modificable, por el alto riesgo de complicación materno fetal que podría llevar a riesgos mayores en lugar de beneficios al binomio madre e hijo.

## **X. RECOMENDACIONES**

### **A gerencia general CMP-Asunción:**

- Revisión de los resultados de nuestra unidad por comisión médica externa. Con esta evaluación, podría ser suficiente para determinar muchos problemas inherentes a la realización de las cesáreas así intervenir adecuadamente, ante indicaciones no justificadas de interrupción del embarazo vía cesárea.
- Cambios educacionales en los equipos. En primer lugar ha de haber un cambio cultural significativo entre los profesionales y presentar sus propios resultados, su evolución o los cambios en sus tendencias a modo de autoevaluación de forma periódica.

### **A médicos Gineco-obstetras:**

- Evaluar de manera individual cada paciente con cesárea anterior y que cumplan según protocolo el intervalo intergésico de más de 18 meses, para determinar la posibilidad que se dé el parto vía vaginal, posterior a evento quirúrgico.
- Valorar de manera integral cada uno de los casos de pacientes que por primera vez esté indicando interrupción del embarazo vía cesárea, agotando todas las posibilidades de parto vía vaginal, antes de decidir su interrupción del embarazo vía alta.

### **A departamento de Calidad CMP-Asunción:**

- Organización de un programa dedicado a la disminución de las cesáreas, como por ejemplo las sesiones clínicas de discusión de los casos, o incluso el análisis por pares de todos los casos, aparte de que exista una supervisión general por parte de la comisión de control de calidad.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Besio M. Cesárea versus parto vaginal.: Una perspectiva ética. Rev Médica Chile. 1999; 127(9):1121-5.
2. Uzcátegui UO, Cabrera C. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2010;70(1):47-52.
3. De la Fuente RC, Lima JMC. Cesárea o parto vaginal. Una perspectiva bioética. Acta Médica Grupo Ángeles. 2006;4(4):253.
4. Hirsch L. Cesáreas. [Sitio en internet]. Consultado en: 06 de Mayo de 2012. Disponible en: [http://kidshealth.org/parent/en\\_espanol/embarazo/c\\_sections\\_esp.html#](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/c_sections_esp.html#).
5. Abalos E. Técnicas y materiales alternativos para cesárea, Abril 2009. Disponible en: [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663\\_abalose\\_com/es](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_abalose_com/es)
6. Departamento de Epidemiología del Hospital “San José” del Callao. Registro N 139 –2012 –GRS –UEPISA –HSJ
7. Rubio M, Ángel M. Operación Cesárea. En: Orlando P, Angel M. Obstetricia Integral Siglo XXI. Bogotá-Colombia: Albarracín García; 2009.302.
8. Manzano E. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 -2009. [Tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2011.
9. Chávez R. Análisis estadístico de los factores de riesgo que influyen en el médico para la operación por cesárea a pacientes atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal –2002. [Tesis para optar el grado de Licenciado en Administración en Establecimientos en Salud] Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.
10. Oshiro E. Cesárea, tasa, indicaciones y factores de morbimortalidad materno perinatal asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2007.
11. Santiago E. Factores asociados a complicaciones post operatorias en sometidas a cesárea. [Tesis para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2011.60.

12. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes. [Sitio en internet]. Consultado : 15 Mayo 2012. Disponible en: [http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista\\_1502\\_Esp\\_03.pd](http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_1502_Esp_03.pd)
13. Puente A. Incidencia y Factores asociados al riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer en mujeres con cesárea iterativa, Centro Médico Naval 2008 [Tesis para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Lima, Perú. Universidad de San Martín de Porres; 2009.
14. Gonzales J, Gonzales R. Indicaciones de cesárea segmentaria en adolescentes; Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona. Estado Anzoátegui en el año 2007. [Tesis para optar el grado de Médico Cirujano] Barcelona, España. Universidad de Oriente; 2009.
15. Saucedo D. La adolescencia ¿es un factor de riesgo para cesárea? [Tesis para optar el grado de Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia] Colima, México. Universidad de Colima; 2006.
16. Villaverde R. Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. [Tesis para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia] Zaragoza -España. Universidad de Zaragoza; 2009.
17. Casagrandi C, Perez P. Areces D, et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007; 33(3): 1
18. Lugones M. La cesárea en la historia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001; 27(1): 53-6.
19. Medline Plus. Cesárea. [sitio en internet]. Consultado: 11 de agosto de 2012. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesareansection.html>.
20. Moreno O, Félix C. Cesárea. En: Bravo A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia 4° ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2006. 366-7.
21. Echeverry J. Operación Cesárea. En: Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo. 6° ed. Medellín, Colombia: Distribuna; 2008. 687-61.
22. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la cesárea segura. [sitio en internet]. Consultado: 11 mayo de 2011. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>.
23. Pacheco J, Saona P. Cesárea. En: Pacheco J. Ginecología Obstetricia y Reproducción. 2° ed. Lima, Perú: Rep; 2007. 1322-24.

24. Cabero L, Cabrillo E. Finalización del embarazo con cesárea. En: Cabero, Saldivar. Operatoria Obstétrica: una visión actual. 5 edición. Chapultepec, México: Editorial Médica Panamericana; 2009.231-5.
25. Schwarcz, Sala, Duverges. Operación, Cesárea. Obstetricia. En: Schwarcz. Obstetricia. 6°ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.703-8.
26. Moreno O, Félix C. Cesárea. En: Bravo A. Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia. 4° ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2006.388.
27. Diccionario Mosby Pocket de medicina y ciencias de la salud. 2°ed. Madrid: Harcourt; 2002.
28. Organización de las Naciones Unidas. Guías de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. [sitio en internet] Consultado: 10 de mayo de 2011. Disponible en: [http://www.onu.org.pe/upload/documentos/MINSA\\_Guia\\_Atencion-emergencias-Obstetricas.pdf](http://www.onu.org.pe/upload/documentos/MINSA_Guia_Atencion-emergencias-Obstetricas.pdf).
29. Análisis de la Situación de Salud (ASIS) 2012. Unidad de. Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital San José. Callao. Lima 2013.
30. M Farías, E Oyarzún - Medwave, 2012 - medwave.cl

## **ANEXOS**

## Anexo 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Objetivo N° 1** Describir los aspectos sociodemográficos de las pacientes en estudio

Variable	Definición Operativa	Indicador	Valores o unidad de medida	Escala de medición
Edad	Es el número de años cumplidos hasta el momento de su cesárea.	% según años cumplidos.	Años	14-19 20-35 Más de 35
Escolaridad	Es el nivel académico alcanzado por la paciente hasta el momento de su cesárea.	% según Nivel académico	Analfabeta Alfabeta Primaria Secundaria Técnico superior Universitaria	
Ocupación	Actividad laboral a la que se dedicaba la paciente hasta el momento de su cesárea.	% según lo referido en el expediente	Ama de casa Estudiante Según formación Profesional Ingresos propio	
Estado civil	Situación conyugal en la que se encuentra la paciente hasta su cesárea.	% según estado civil	Soltera Unión de hecho Casada	
Procedencia	Lugar geográfico de donde habita la paciente	% según procedencia.	Rural Urbana	

**Para el objetivo 2:**

Identificar factores Gineco – Obstétricos asociados a indicación de cesárea que presentan las pacientes en estudio.

Variable	Definición Operativa	Indicador	Valores	Escala de medición
Embarazos anteriores	Número de veces que estuvo embarazada antes del actual	% según Embarazos referidos en el expediente	0 1 2 3 4 ó más	Nominal
Abortos anteriores	Número de interrupciones de embarazos antes de las 20 semanas presentadas por la paciente hasta su cesárea.	% según Abortos referidos en el expediente	0 1 2 3 4 ó más	Nominal
Partos anteriores	Cantidad de gestaciones presentadas y llegadas a término por la paciente hasta su cesárea.	% según Partos referidos en el expediente	1 2 3 4 ó más	Nominal
Cesáreas anteriores	Número de intervenciones quirúrgicas provocadas por el	% según Cesáreas referidas en el expediente	0 1 2 3	Nominal

	embarazo		4 ó más	
Período Intergénésico	Tiempo transcurrido entre la fecha de último parto de la paciente hasta la fecha de su última regla.	% según tiempo transcurrido en Meses	< 24 >24 Ninguno	Nominal
Antecedentes patológicos personales	Alteraciones clínicas o quirúrgicas que ha padecido la paciente	% según lo referido en el expediente	HTA Cardiopatía Obesidad Desnutrición DM tipo 1,2 Anemia Infecciones de transmisión sexual No posee	Nominal
Antecedentes Personales No patológicos	Se denomina hábito a toda conducta que se repite en el tiempo de modo sistemático.	% según lo referido en expediente	Tabaquismo Alcohol Ninguno	Nominal
Edad Gestacional	Semanas de gestación de su embarazo al momento de su cesárea.	% según lo referido en expediente	Menos de 37 37-40 Más de 40	Nominal
Recibió	Es el proceso por	Atención	Si	Nominal

atención prenatal en el embarazo	el cual se lleva registro de evolución adecuada del embarazo.	prenatal.	No	
Número de atención prenatal	Número de atenciones medicas prenatales que recibió en el actual embarazo	% según controles.	1-3 4 ó más Ninguno	Nominal
Factores de riesgo durante el embarazo	Son aquellos presentados durante el embarazo que podrían llevar a una indicación de cesárea.	% según lo referido en el expediente	RPM IVU Preeclampsia ITS Corioamnionitis Vaginosis Incompetencia ístmicocervical Polihidramnios Oligoamnios Macrosomía fetal Ninguna	Nominal
Factores de riesgo durante el parto	Manifestaciones clínicas objetivas patológicas presentadas durante el trabajo de parto.	% según lo referido en el expediente	Ruptura prematura de membranas. Preeclampsia Variación de la FCF Ninguna	Nominal

**Para el objetivo 3:**

Determinar las principales indicaciones de cesárea considerados para realizar este procedimiento.

Variable	Definición Operativa	Indicador	Valores	Escala de medición
SPBF	Cualquier alteración en la frecuencia cardíaca fetal que nos pueda llevar a terminar en sufrimiento fetal.	% según lo referido en el expediente	Si No	Nominal
DPPNI	Proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total, antes del parto, de una placenta que, a diferencia de la placenta previa, esta insertada en su sitio normal.	% según lo referido en el expediente	Si No	Nominal
Placenta Previa	Es la implantación de la Placenta en el segmento inferior del útero. Cercano al orificio cervical interno	% según lo referido en el expediente	Si No	Nominal
Cesárea Anterior	Es la extracción anterior del producto de la concepción, por vía abdominal y por medio de una histerotomía (corte en el útero) con un feto que pesa más de 500gs o	% según lo referido en el expediente	Si No	Nominal

	más de 20 semanas de gestación.			
SFA	Perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal.	% según lo referido en el expediente	Si No	Nominal
Anomalías de la presentación	Cualquier alteración en la variedad de posición o presentación del producto al momento del nacimiento, que nos obligue a una interrupción vía cesárea.	% según lo referido en el expediente	Si No	Nominal
SHG	Es la aparición de HTA, Edema y proteinuria después de las 20 semanas de embarazo hasta la finalización del puerperio.	% según lo referido en el expediente	Hipertensión Gestacional Preeclampsia moderada Preeclampsia grave Eclampsia	Nominal
DCP	Incapacidad del feto para pasar a través de la pelvis materna por una relación desproporcionada entre la	% según lo referido en el expediente	Materna del producto	Nominal

	cabeza fetal ya sea por tamaño o posición y el espacio pélvico.			
Inducción Fallida	Se define como la no respuesta a oxitócicos luego de aplicar dosis adecuada para favorecer el inicio del trabajo de parto	% según lo referido en el expediente	Si No	Nominal
Polisístolia	Se caracteriza por aumento exagerado de frecuencia contráctil. Elevación tono Disminución de intensidad	% según lo referido en el expediente	Si No	Nominal
Trabajo de parto detenido u obstruido	Es cuando la embarazada después de estar en trabajo de parto efectivo que ha provocado modificaciones cervicales y avance en el proceso de encajamiento y descenso de la presentación, tiene como resultado el progreso insatisfactorio o no progresión del trabajo de parto	% según lo referido en el expediente	Si No	Nominal
Macrosomía Fetal	Se define cuando el producto de la concepción sobrepasa los 4200gr de	% según lo referido en el expediente	Si No	Nominal

	peso antes del nacimiento.			
RPM	Salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas. Por al menos 1 hora. Espontáneamente y antes que haya iniciado T de Parto.	% según lo referido en el expediente	Si No	Nominal
Anomalías del líquido amniótico	Cualquier alteración en la cantidad del líquido amniótico intrauterino que pueda poner en riesgo el bienestar fetal	% según lo referido en el expediente	Oligoamnios Polihidramnios Anhidramnios	Nominal

**Anexo 2: Instrumento de Recolección de Información**

**CLINICA MÉDICA PREVISIONAL ASUNCIÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_

No. Expediente: \_\_\_\_\_

Nº Ficha: \_\_\_\_\_

---

- **Descripción sociodemográfica de la paciente.**

**Edad**

14 – 19 años \_\_\_\_\_ 20-35 años \_\_\_\_\_ Mayores 35 años \_\_\_\_\_

**Procedencia**

Urbano \_\_\_\_\_

Rural \_\_\_\_\_

**Estado civil**

Soltera \_\_\_\_\_

Unión de hecho \_\_\_\_\_

Casada \_\_\_\_\_

Ninguna \_\_\_\_\_

**Escolaridad**

Analfabeta \_\_\_\_\_

Alfabeta \_\_\_\_\_

Primaria \_\_\_\_\_

Secundaria \_\_\_\_\_

Técnica Superior \_\_\_\_\_

Universitaria \_\_\_\_\_

**Ocupación**

Ama de casa \_\_\_\_\_

Estudiante \_\_\_\_\_

Profesional \_\_\_\_\_

Ingresos propios \_\_\_\_\_

- **Identificar factores Gineco – Obstétricos asociados a indicación de cesárea que presentan las pacientes en estudio.**

- **Antecedentes no patológicos**

Alcohol \_\_\_\_\_

Cigarrillos\_\_\_\_\_

Ninguno\_\_\_\_\_

➤ **Antecedentes Obstétricos**

Gestas: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_ Legrado: \_\_\_\_\_ C/A: \_\_\_\_\_ , Ninguna\_\_\_\_\_.

➤ **Enfermedad patológico personales**

HTA\_\_\_\_. Cardiopatía\_\_\_\_. Obesidad\_\_\_\_. Desnutrición\_\_\_\_\_.

DM tipo 1,2\_\_\_\_. Anemia\_\_\_\_. Ninguna\_\_\_\_. Otras\_\_\_\_\_.

➤ **Embarazo actual**

Recibió Atención prenatal: SI\_\_ NO\_\_

Nº de CPN: \_\_\_\_\_. S/G: \_\_\_\_ FUP: \_\_\_\_\_

➤ **Factores de Riesgo durante el embarazo**

Anemia\_\_\_\_. RPM\_\_\_\_. IVU\_\_\_\_. Hipertensión Gestacional\_\_\_\_. ITS\_\_\_\_\_.

Corioamnionitis\_\_\_\_. Vaginosis bacteriana\_\_\_\_. Incompetencia ístmico cervical\_\_\_\_\_.

Polihidramnios\_\_\_\_. Oligoamnios\_\_\_\_. Macrosomía fetal\_\_\_\_\_.

Otras\_\_\_\_\_

➤ **Factores de Riesgo durante el Parto**

Ruptura de membranas\_\_\_\_. Preeclampsia\_\_\_\_\_.

Hipodinamia uterina\_\_\_\_. Variación de la FCF\_\_\_\_\_.

Inducción del trabajo de parto\_\_\_\_\_.

Conducción del trabajo de parto\_\_\_\_\_.

Otros\_\_\_\_\_. Ninguna\_\_\_\_\_.

- **Especificar las principales causas de indicación de cesárea considerados para realizar este procedimiento.**

➤ **Indicación de cesárea**

Sospecha/pérdida de bienestar fetal\_\_\_\_ DPPNI\_\_\_\_\_

Placenta previa\_\_\_\_ Cesárea anterior\_\_\_\_ Sufrimiento fetal agudo\_\_\_\_\_

Anomalía de la presentación\_\_\_\_\_

Síndrome hipertensión gestacional \_\_

Desproporción céfalo pélvica \_\_ Inducción Fallida \_\_

Polisístolia \_\_ Trabajo de parto detenido u obstruido \_\_

Macrosomía fetal \_\_ Ruptura prematura de membrana \_\_

Alteraciones del líquido amniótico \_\_

### Anexo 3: Solicitud a estadística y archivo para autorización

#### SOLICITUD

**Lic. Nadian Madriz**

**Responsable del servicio de estadística y admisión  
CMP-Filial Asunción.**

**Estimada Lic. Madriz.**

Le saludo esperando éxito en sus labores diarias, el motivo de la presente es para pedirle autorización, que me permita realizar revisión de 161, expedientes clínicos de puerperas del 2016, con el objetivo de recoger información, con un instrumento previamente revisado según mis objetivos el estudio consiste en identificar los factores asociados al índice de cesárea en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia clínica médica previsional Asunción- MINSA, Juigalpa - chontales; Nicaragua, enero – diciembre 2016.

Cabe mencionar que mi objetivo es meramente académico y que se mantendrán los principios éticos sin perjudicar al servicio y mucho menos a la institución.

Sin más que hacer referencia me despido esperando una respuesta positiva a mi solicitud.

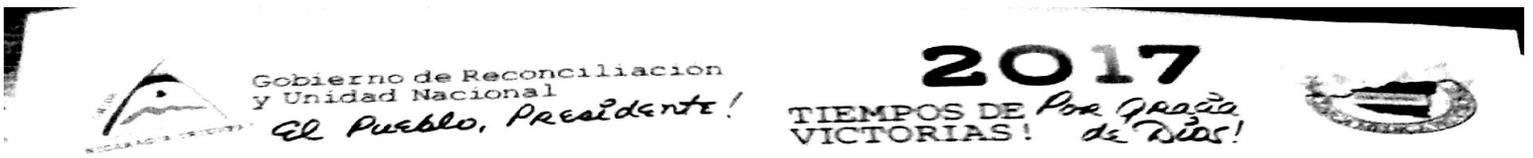
Atentamente.

Responsable de la investigación: Lic. Eric Iván Centeno Hernández

*Nadian Madriz*  
*Responsable*  
*Admisión y Archivo*



Anexo #4. Carta de aprobación



Managua, 14 de Julio de 2017  
CMP-MINSA-DG-XSM-0370-14-07-2017

Licenciado  
**Eric Iván Centeno Hernández**  
Sus manos

Estimado Licenciado Centeno:

Reciba saludos cordiales. Mediante la presente se le autoriza la realización de estudio de Alto Índice de Cesárea en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, en la Clínica Médica Previsional Asunción-Minsa, Juigalpa Chontales, por el periodo de Enero a Diciembre 2016.

Atentamente,

  
**Dra. Xinia Saballos Medal**  
Gerente General  
CMP-MINSA



Cc. Archivo



**MINISTERIO DE SALUD/CLINICAS MEDICAS PREVISIONALES**  
Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios"  
Costado oeste Colonia Iro Mayo, Managua Nicaragua.  
PBX (505) 22899430 WEB. [www.minsa.gob.ni](http://www.minsa.gob.ni)

**CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA**

## Anexo # 5 Tablas

Tabla # 1

**Características sociodemográficas de las pacientes, asociados a indicación de cesárea en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSAsunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

No	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS PACIENTES	Frecuencia (n=161)	Porcentaje %
1	Edad :20 -35	140	87
2	Nivel academico:Universitaria	116	72
3	Actividad laboral: Según su formación profesional	87	54
4	Estado civil: casada	94	58
5	Procedencia Urbana	122	76

**Fuente: Ficha de recolección de datos**

Tabla # 2

**Nivel Académico en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSAsunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

	Frecuencia (n=161)	Porcentaje
Válidos		
Primaria	4	2.48
Secundaria	36	22.36
Técnica superior	5	3.11
Universitaria	116	72.05
Total	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla # 3**

**Actividad Laboral pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

		<b>Frecuencia(n=161)</b>	<b>Porcentaje</b>
Válidos	Según formación Profesional	87	54.04
	Ingresos propios	54	33.54
	Ama de casa	16	9.94
	Estudiante	4	2.48
	Total	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla # 4**

**Estado Civil en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

		<b>Frecuencia(n=161)</b>	<b>Porcentaje</b>
Válidos	Casada	94	58.39
	Soltera	20	12.42
	Unión de hecho	47	29.19
	Total	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla # 5**

**Lugar de Procedencia en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

	<b>Frecuencia(n=161)</b>	<b>Porcentaje</b>
Válidos Rural	39	24.22
Válidos Urbana	122	75.78
Total	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla # 6**

**Antecedentes personales no patológicos en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

	<b>Frecuencia(n=161)</b>	<b>Porcentaje</b>
Válidos no posee	156	96.89
Válidos Alcohol	1	0.62
Válidos Tabaquismo	4	2.48
Total	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla # 7**

**Edad gestacional en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

	<b>Frecuencia ( n=161)</b>	<b>Porcentaje %</b>
Válidos		
< de 37 semanas	18	11.18
37-40 semanas	134	83.23
> de 40 semanas	9	5.59
Total	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla # 8**

**Antecedentes Obstétricos pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

	<b>Frecuencia ( n=161)</b>	<b>Porcentaje%</b>
Válidos		
Partos Anteriores	55	34.16
Abortos anteriores	21	13.04
Cesáreas anteriores	68	42.24
No posee antecedentes	17	10.56
Total	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla #9**

**Período intergenésico de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	menor de 24 meses	38	23.6
	mayor de 24 meses	105	65.2
	No aplica	18	11.2
	Total	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla # 10**

**Antecedentes patológicos personales de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

		Frecuencia (n=161)	Porcentaje %
Válidos	Hipertensión arterial	15	9.32
	Cardiopatía	2	1.24
	Obesidad	14	8.70
	Desnutrición	2	1.24
	Diabetes mellitus tipo I y II	4	2.48
	Anemia	4	2.48
	Otras	4	2.48
	no posee	116	72.05
	Total	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla # 11**

**Recibieron Atención Prenatal las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

	<b>Frecuencia(n=161)</b>	<b>Porcentaje</b>
Válidos Si	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla # 12**

**Número de Atención Prenatal de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

	<b>Frecuencia (n=161)</b>	<b>Porcentaje %</b>
Válidos 1 a 3	22	13.66
Válidos 4 a más	139	86.34
Total	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla # 13**

**Factores de Riesgo durante el embarazo de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016.**

	<b>Frecuencia( n=161)</b>	<b>Porcentaje %</b>	
Válidos	Hipertensión Gestacional	10	6.21
	Placenta de Inserción Baja	12	7.45
	Distocia Funicular	6	3.72
	Polihidramnios	1	0.62
	Infección de vías urinarias	44	27.33
	RH-	4	2.48
	Vaginosis	7	4.34
	Incompetencia Ístmico cervical	5	3.10
	Macrosomía fetal	2	1.24
	Ninguna	70	43.48
	Total	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla # 14**

**Factores de Riesgo durante el Parto de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

	<b>Frecuencia (n=161)</b>	<b>Porcentaje %</b>	
Válidos	Ninguno	148	91.93
	Preeclampsia	1	0.62
	RPM	5	3.11
	Variación de la FCF	7	4.35
	Total	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**

**Tabla # 15**

**Indicación de cesárea en pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia. CMP- MINSA Asunción, Juigalpa- Chontales. Nicaragua, 2016**

	<b>Frecuencia (n=161)</b>	<b>Porcentaje %</b>
Anomalías de la presentación	22	13.66
Cesárea Anterior	59	36.65
Desproporción céfalo pélvica	16	9.94
DPPNI	1	0.62
Embarazo múltiple	1	0.62
Inducción fallida	2	1.24
Macrosomía fetal	2	1.24
Oligoamnios severo	1	0.62
Válidos Placenta previa	6	3.73
Polisístolia	12	7.45
Ruptura Prematura de Membrana	4	2.48
Sd. Hipertensivo gestacional	10	6.21
Sospecha/pérdida de bienestar fetal	6	3.73
Sufrimiento Fetal Agudo	13	8.07
Trabajo de parto detenido u obstruido	4	2.48
VPH	2	1.24
Total	161	100.0

**Fuente: Ficha de recolección de datos.**