

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – MANAGUA



Facultad de Medicina

Protocolo de investigación para Optar al Título
de médico y cirujano.

FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN
EMBARAZADAS ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE OBSTERICIA.
HOSPITAL AMISTAD JAPÓN – NICARAGUA. GRANADA. ENERO A
DICIEMBRE 2017.

Autor:

Br. Luiggi Hermógenes Chavarría Cano.

Tutor:

Dr. Eladio Meléndez A. MSSR

Epidemiólogo del Hospital Amistad Japón Nicaragua.

Granada

Granada, Nicaragua., 2018

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.

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 cesárea conocidos históricamente eran de 25% a 37%. En el año 2017 es preocupante que las cifras fueron 37.8% en relación al total de nacimiento.

Se logró realizar 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 de Granada entre el periodo de Enero a Diciembre 2017.

El universo fue conformado por todas las embarazadas atendidas entre enero a diciembre del 2013 que se les realizó cesáreas por diversas razones el total de parto en ese año fue de 2,610 de estos el 37.2% (977) el parto fue por cesárea. La muestra fue por conveniencia tomando 239 expedientes.

Para la realización de este estudio; la fuente de información era secundaria tomada de los expedientes clínico que se anotaron los datos en un instrumento de recolección de la información elaborado inéditamente de parte de los indicadores de la propuesta de guía para el análisis de la calidad de atención a la embarazada que fue sometida a cesárea según MINSA – Nicaragua 2009 y otros indicadores que se mencionan las posibles secuelas en la madre y el recién nacidos, producto de la realización de procedimiento quirúrgico.

La información para su análisis se procesó en base de datos construida en el programa computarizado SPSS 21 para Windows y los resultados se presentan en tablas y gráficos los resultados demuestran; que la escolaridad 37.7% tienen un nivel primaria y 88.7% eran amas de casa, el tipo de cesárea el 51.4% (123) fue de urgencia mientras que 48.6% (116) fueron cesáreas electivas. De las cesáreas de urgencia encontramos que el tiempo entre la indicación y la realización 18.4% tenían más de 1hr pero menor de 2hrs sin embargo el mismo porcentaje tenían 2hrs. En el caso de las cesáreas por urgencia 39.7% evidenciaban la no realización del partograma sin embargo en los pacientes que se les realizó de urgencia la cesárea, el 11.3% se encontró que fue por parto detenido y el 12.1% por taquicardia fetal.

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 3 a 4 días; para los

que se realizó cesárea por cesárea anterior 10.5%, para la distocia de presentación 5.9% para el parto detenido 7.5% respectivamente. Los recién nacidos con asfixia (APGAR 0 a 3) al minuto fue el 0.4% de las indicaciones de cesárea por cesárea anterior más trabajo de parto, sufrimiento fetal agudo y la pre – eclampsia moderada. Los recién nacidos que requirieron reanimación y se les brindo fue el 0.8% por indicación de cesárea, por cesárea anterior pero no se identificó asfixia al minuto ni a los 5 minuto del nacimiento, también sucedió en 0.4% de las taquicardia fetal.

Conclusiones: se demuestra que hay 20.0% de cesárea sin razones justificadas y consideradas innecesarias. Que las complicaciones más evidentes por cesárea son las anemias, IVU, elevación de la presión arterial. Y los efectos del recién nacidos a la indicación de cesárea por cesárea anterior, DCP y distocia de presentación es el nacimiento pre – termino y el bajo peso al nacer.

CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÒN	9
II.	ANTECEDENTES.....	11
III.	JUSTIFICACIÒN	16
IV.	PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	17
V.	OBJETIVOS	18
	Objetivo General.....	18
	Objetivos Específicos.....	18
VI.	MARCO TEORICO.....	19
	Definición	19
	Indicación de cesárea	20
	Contraindicaciones.....	22
	Técnica.....	23
	Complicaciones de la Cesárea.....	24
	Mortalidad Materna Post Cesárea	39
	Impacto de la Cesárea en el futuro Obstétrico – Ginecológico.....	39
	Consideraciones éticas de las cesáreas.....	40
VII.	DISEÑO METODOLÒGICO	41
	7.1 Tipo de estudio.....	41
	7.2 Área de estudio	41
	7.3 Universo.....	41
	7.4 Muestra.	41
	7.5 Operacionalización de Variables	43
	7.6 Técnica y Procedimientos	47
	7.7 Plan de análisis.....	48
	7.8 Cruces de variables	48
	7.8. Aspecto Ético de la Investigación.....	49
VIII.	RESULTADOS.....	50
IX.	DISCUSIÒN	53
X.	CONCLUSIONES	57
XI.	RECOMENDACIONES.....	58
XII.	BIBLIOGRAFIA	59
XII	ANEXOS.....	60
	Anexo 1. Instrumento de recolección de la información.	
	Anexos 2. Tablas de resultados	
	Anexos 3. Gráficos de resultados	

I. INTRODUCCIÓN

El avance del conocimiento médico a través del tiempo ha permitido disminuir el riesgo materno de esta intervención, y con ello la mortalidad perinatal. La operación cesárea en efecto, ha contribuido notablemente en mejorar la sobrevivencia de muchos recién nacidos, como también las condiciones de su nacimiento. Sin embargo, parece ser que, en los últimos tiempos, a pesar del aumento de las cesáreas estas no ha guardado proporción con la disminución de la morbilidad perinatal. (Medina Huiza, 2016).

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. (Instituto Nacional de la Mujer. Mexico , 2015)

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. (Cabrera Chumacero, Correa Paz, Gil Tenazoa, Huansi Arimuya, & Vecco Fasanando, 2015)

El Ministerio de Salud de Nicaragua muy interesado en mejorar la calidad de la atención al parto que permita reducir la morbimortalidad 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 el país son inadmisibles. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2009)

En el Hospital Amistad Japón Nicaragua de la ciudad de Granada los indicadores de realización de cesárea conocidos históricamente eran de 25% a 27%. Entre los años 2013 hasta el nonestre del 2017 es preocupante que las cifras han sido de 37.8 y hasta 47.0% en relación al total de nacimiento. Y aún más preocupante es conocido que las muertes maternas que han ocurrido desde el 2010 se dan en el momento de la cesárea y posteriormente por hemorragia, también se conoce que durante el 2017 las hemorragias post parto son más frecuente después de la cesárea que el parto normal. El estandar de calidad de la atención que es el indice de cesarea no corresponde con la capacidad de resolución, ya que tambien la mortalidad perinatal sigue en incremento. (Ministerio de Salud. Nicaragua , 2013 - 2017).

II. ANTECEDENTES

A nivel internacional.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de la prevalencia y Correlación Clínico - Quirúrgico de las Cesáreas, del periodo 2010, en el Hospital “José Carrasco Arteaga” de la Cuenca Ecuador.

Se seleccionaron como variables: Edad, Estado civil, Instrucción, Residencia, Controles Prenatales, Motivo de la Cesárea, Trabajo de parto, Médico que realiza la intervención, tipo de incisión, Diagnóstico Quirúrgico.

La intervención cesárea representa el 32.83% del total de nacimientos en ese año, las mujeres entre los 24-33 años, con instrucción secundaria y superior, son las que con mayor frecuencia se someten a este tipo de intervención, a pesar de haberse realizado un adecuado control prenatal. Del total de cesáreas, el 65.9% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal causa el antecedente de una cesárea anterior (36,54%), seguida de distocias fetales, Compromiso del bienestar fetal, y la Hipertensión arterial relacionada con el embarazo. Tan solo en un 51.84% existen correlación clínico- quirúrgica, en tanto que un 48.16% no presenta esta relación existiendo una variación del 10% entre los diagnósticos pre y post cesárea. (Ptiño Mora, Pineda Monge, & Polo Tapia, 2011).

Suárez y Col, 2013; tomaron el objetivo describir la tendencia de la cesárea en México y su asociación con características sociodemográficas y reproductivas fue el objetivo de estudio realizado. Con base en Encuestas Nacionales de Salud 2000, 2006 y 2012, se analizó información de cesáreas en mujeres. Se utilizó un modelo de regresión logística multivariado en el 2012. Encontrando como resultados. La identificación de un incremento de 50.3% de la operación cesárea a nivel nacional en el periodo de 2000 a 2012. Las mujeres con mayor posibilidad de tener una cesárea fueron las que se atendieron en el sector privado (RM=2.84, 95%IC: 2.15-3.74). Al asociar la edad y la paridad se observan los riesgos más altos en primíparas de 12 a 19 y de 35 o más años (RM=6.02, 95%IC: 1.24-29.26 y RM=5.20, 95%IC:

2.41-11.21. La prevalencia de cesárea fue de 46.2%. Según datos reportados. (Suárez López, y otros, 2013).

Medina Hiuza 2015; realizó un estudio para determinar los factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de la ciudad de Lima en el periodo de enero a diciembre del mismo año. Fue un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, en el cual se revisó el libro de reporte operatorio del servicio de centro obstétrico del hospital. Se determinó la población a estudiar con la fórmula de población finita con un intervalo de confianza de 95.0% que eran 312 mujeres que se intervinieron.

Los resultados demostraron: que durante el periodo de estudio el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos fue de 57,5%, muy por encima de lo estipulado por la OMS. Las gestantes entre 20 y 35 años son las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo. Donde se agrupa la edad gestacional en pre término, a término, post término se concluye que la gestante cesareadas menor de 37 semanas represento el 7.1%; el grupo de 37 a 41 semanas (a término) represento el 92.3%; y el grupo mayor de 42 semanas represento el 0.6%.

Dentro de las causas fetales, la principal indicación fue la presencia de feto grande con un 10,9%, seguido de presentación alta a término con un 8,3% en el segundo lugar y sufrimiento fetal agudo con un 8,3%. Dentro de las causas ovulares, la principal indicación fue la ruptura prematura de membranas con un 7,7%, seguido de oligoamnios con un 6,7% y corioamnionitis con 1,3%. (Medina Huiza, 2016).

A nivel Nacional.

En Nicaragua, en el año 2006, solamente 7 de los 22 hospitales de Nicaragua que reportan cesáreas tenían un porcentaje de igual o inferior al 25% y esta cifra de hospitales se redujo a solamente 4 de los mismos 22 durante el periodo enero - diciembre de 2007, por lo que, con la tendencia actual el incremento anual en el porcentaje de cesáreas se ha estimado en 3% a 5%. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2009).

Ortiz y Espinoza 2014; realizaron en el hospital Amistad Japón Nicaragua, del departamento de Granada un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con el objetivo de conocer, cuáles fueron las indicaciones consideradas para cesáreas en las Embarazas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia, entre el periodo de enero a diciembre 2013. El universo fue conformado por todas las embarazadas atendidas entre este periodo.

El total de parto en ese año fue de 3,212 de estos el 37.8% (1215) el parto fue por cesárea. La muestra fue por conveniencia tomando 239 expedientes. Los resultados demuestran; que el tipo de cesárea el 51.4% (123) fue de urgencia mientras que 48.6% (116) fueron cesáreas electivas. De las cesáreas de urgencia se encontró que el tiempo entre la indicación y la realización 18.4% tenían más de 1hr, pero menor de 2hrs sin embargos el mismo porcentaje tenían 2hrs. En el caso de las cesáreas por urgencia 39.7% evidenciaban la no realización del partograma, el 11.3% se encontró que fue por parto detenido y el 12.1% por taquicardia fetal.

De los efectos inmediato a la salud de la madre según la razón de las cesáreas se encontró que el promedio de estancia hospitalaria en la mayoría de los casos fue 3 a 4 días; para los que se realizó cesárea por cesárea anterior 10.5%, para la distocia de presentación 5.9% para el parto detenido 7.5% respectivamente.

Los recién nacidos con asfixia (APGAR 0 a 3) al minuto fue el 0.4% de las indicaciones de cesárea por cesárea anterior más trabajo de parto, sufrimiento fetal agudo y la Pre – eclampsia moderada. Los recién nacidos que requirieron reanimación y se les brindo fue el 0.8% por indicación de cesárea, por cesárea anterior pero no se identificó asfixia al minuto ni a los 5 minuto del nacimiento, también sucedió en 0.4% de las taquicardias fetal. (Ortiz Ebanks & Espinoza Bustamante, 2013).

Condega y Estrada 2015; realizaron un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con el objetivo de conocer el comportamiento de la cesárea primitiva en el hospital Amistad Japón Nicaragua de la ciudad de Granada para reconocer las características generales de la población las condiciones previas e inclusive el diagnostico los efectos a la madre como al recién nacido al ser sometido al nacimiento por cesárea.

El estudio fue realizado de enero a diciembre del año 2014. El universo fue conformado por todas las embarazadas atendidas entre este periodo intervenidas por primera vez por diversas razones, en total fueron 256 mujeres, 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.

Los resultados demuestran que; 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 primario 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. (Condega Sotelo & Muñoz Estrada, 2015).

García Blandón 2015; Con el objetivo de describir las principales indicaciones y el porcentaje de cesárea realizadas en el Hospital Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños de la ciudad de Managua, en el periodo comprendido de abril a diciembre del 2014.

El tipo de diseño de este estudio fue descriptivo de corte transversal de una muestra de 1217 pacientes que fueron intervenidas, demostrando que la indicación más frecuente fue cesárea por cesárea anterior (361) (50.2%), seguido de variación de la FCF y pre-eclampsia (42 casos, 5.8% para cada uno), oligoamnios 39(5.4%), taquicardia fetal 31(4.3%), pélvico 24(3.3%) respectivamente.

Se observó que del total de nacimiento ocurrieron 498 partos y 719 cesáreas. El índice de cesárea calculado para el periodo del estudio es de 59.07%. En general el promedio de edad

de las pacientes fue de 28.3 años, para las pacientes cuyo nacimiento fue vía parto el promedio de edad fue del 27.8 años, mientras que para los nacimientos por cesárea el promedio fue de 28.8 años. En cuanto a la paridad, un total de 314 pacientes eran primigestas y 903 tenían un embarazo previo.

Comorbilidades: En cuanto a las patologías que se encontraron concomitantes con el embarazo, encontramos: 69 presentaron IVU, 50 pacientes eran obesas, 25 diabetes, 14 pacientes con hipertensión arterial crónica 13 pacientes con condilomatosis vulvo-perineal, 8 miomatosis uterina, 5 RH negativo, 2 con antecedente de fractura de pelvis

Para la puntuación de Apgar al minuto de vida, en promedio tanto para los nacidos vía parto como cesárea tuvieron un puntaje de 9; 37 recién nacidos tuvieron un puntaje menor de 7. A los 5 minutos de vida, 5 tuvieron puntaje bajo. Para los nacidos vía vaginal, 15 tuvieron Apgar bajo al minuto de vida y 2 al minuto 5, mientras que, para las cesáreas, 22 tuvieron Apgar bajo al minuto y 3 un puntaje menor de 7 a los 5 minutos. (Garcia Blandón, 2014)

III. JUSTIFICACIÓN

Se ha incrementado el índice de cesáreas de 5% a inicios de los años 70 a más del 50% a finales de los años 90 en los países desarrollados. Estos índices elevados de cesáreas no siempre son seguidos de los mejores cuidados para la madre y bebé. Los hospitales en los que se recurre con mayor frecuencia a la cesárea, también registran mayores tasas de pacientes que sufren problemas de salud. El costo de una cesárea es tres a cuatro veces mayor que el de un parto vaginal. (Ministerio de Salud. Nicaragua, 2009).

La indicación de cesárea es un fenómeno poco comprendido el porqué de su realización sin los mejores resultados y poco se intervienen en mejorar dicha situación a pesar de los análisis que se hacen, no se ha querido reconocer los gastos en que se incurren en la institución para la atención a este tipo de parto y, por otro lado, como se ha visto en los dos estudios anteriores realizados, en el hospital Amistad Japón Nicaragua, muchas de las cesáreas han tenido una indicación inadecuada, de esta manera las cifras como actualmente se observa al nonestre del 2017 son de 39.0%. más de lo orientado por la OMS. (Ministerio de Salud , 2017)

Con este estudio se pretende dar a conocer los elementos científicos técnicos que se asociaron a las indicaciones de cesárea en las embarazadas, que correspondan con los elementos ya conocidos por que deben de realizarse ante el peligro inminentes de daños a la madre y al hijo, a través de 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. Todo esto nos permitirá reconocer aciertos y debilidades como una herramienta útil para gerenciar, que oriente donde incidir para cambios de conductas necesaria del personal médico asistencial y con los resultados se pretende generar también conciencia para la racionalización de esta intervención, todo esto que contribuya con orientaciones de un mejor funcionamiento institucional.

IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La decisión de una cesárea elegida por deseo propio es exclusivamente de la madre, los miedos que aparecen por el bebé y la intervención en sí pueden tener una carga psicológica importante para los padres, que viven el parto como una experiencia negativa o incluso carente. Cuando se somete la gestante a una cesárea, ella deja de ser simplemente una paciente en trabajo de parto y pasa a ser una paciente quirúrgica en trabajo de parto. Por eso, además de los potenciales riesgos inherentes a cualquier parto, también se añaden los riesgos inherentes a cualquier cirugía mayor. (Pinheiro, 2017).

Más de 10.0% de las cesáreas realizadas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua no tienen una indicación adecuada para hacerse, sin embargo, más de 70.0% son indicadas de urgencia, por sufrimiento fetal y distocias en su mayoría, aunque en estos casos no se evidencia ningún dato de sufrimiento y no existe alteraciones distócicas mencionadas.

La estadía intrahospitalaria es mayor en los casos de cesáreas que los partos normales y la ocurrencia de mayor morbilidad también es más evidente por este método, tal como ha ocurrido durante estos nueve meses del año, donde las hemorragias post parto ha sido después de las cesáreas. Por las situaciones actuales y las recomendaciones hechas de los estudios que se han realizados, realmente hace falta saber de manera más precisa.

¿Cuáles son los factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón – Nicaragua de Granada entre el periodo de enero a diciembre 2017?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón – Nicaragua de Granada entre el periodo de enero a diciembre 2017.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a las embarazadas en estudio.
2. Identificar los antecedentes maternos asociado a la indicación de cesárea.
3. Determinar las condiciones clínicas materna actuales asociada a indicación de cesárea.
4. Reconocer las condiciones del recién nacido y los efectos inmediatos a su salud asociado a la realización de 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. (Martínez Salaza, 2013)

Definición

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: Primera 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. (Manrique Fuentes , 2009)

Otra Clasificación

1. Cesárea electiva: es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.
2. Cesárea en curso de parto o de recurso: se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvico fetal,

inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto.

3. Cesárea urgente: es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.

Indicación de cesárea

De acuerdo con la evidencia médica disponible son indicaciones de cesárea electiva:

- Presentación de nalgas, transversa u oblicua: se ofrecerá siempre una versión cefálica externa a las 36 semanas.

- Macrosomía fetal: Se considerará la necesidad de practicar una cesárea electiva cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 5000g. En pacientes diabéticas tipo I cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 4500 g.

- Placenta previa

- Infecciones maternas: gestantes portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando. Pacientes VIH+, afectas de herpes genital.

- Cesárea iterativa: ≥ 2 cesáreas anteriores (riesgo de ruptura uterina del 1,4%). - Gestantes sometidas a cirugía uterina previa con apertura de cavidad endometrial (miomectomía).

- Cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en "T": (riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente).

- Compromiso fetal que contraindique la inducción-monitorización de la FCF del parto: (malformaciones fetales, alteraciones Doppler, alteraciones del RCTG arritmias fetales...)

- Patología médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatía, riesgo AVC...)

- En algunos casos de prematuridad, CIR y gestaciones múltiples: dependerá de las circunstancias individuales de cada caso, y se actuará según los protocolos específicos. Si la paciente solicita un parto vaginal en alguna de estas situaciones (nalgas, macrosoma, cesárea iterativa), a pesar de entender la recomendación de cesárea electiva y los posibles riesgos, deberá quedar registrado en la historia clínica la solicitud de intento de trabajo de parto, y firmarse el consentimiento informado (denegación de cesárea). Se presentará el caso en Sesión Prospectiva.

* Cesárea a demanda: se deberá informar de los riesgos (endometritis, infecciones del tracto urinario e infección de la herida quirúrgica, hasta en el 8% de los casos) y quedar registrado en la historia clínica. La paciente debe firmar el CI de cesárea. Se presentará el caso en Sesión Prospectiva.

Las cesáreas electivas deberán programarse a partir de la semana 39 de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad fetal.

Indicación de cesárea en curso de parto o de Recurso:

La indicación debe constar claramente en la historia clínica, se debe informar a la paciente y firmar el consentimiento informado. En el momento en el que se realice la indicación de cesárea, se informará al anestesiólogo. El motivo para indicar una cesárea de recurso suele ser la distocia:

- Fracaso de inducción: se considerará fracasada una inducción cuando, tras 12 horas de oxitocina endovenosa, no se hayan alcanzado condiciones establecidas de parto (cérvix borrado un 50%, dilatado 2-3 cm, con dinámica uterina activa).

- Parto estacionado: se considerará que el parto está estacionado cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido más de 3 horas sin progresión de las condiciones obstétricas (dilatación o borramiento). (Proceder según lo expuesto en el protocolo “Asistencia a la gestante en Sala de Partos” en caso de observarse falta de progresión del parto, o distocia de dilatación o descenso).

- Desproporción pelvifetal: se diagnosticará cuando, en situación de dilatación completa, dinámica activa y pujos activos, el punto guía de la presentación no llegue al tercer plano tras un periodo de tiempo que dependerá de la paridad y la analgesia:

- Sin analgesia epidural: 1 hora en multíparas y 2 horas en primíparas

- Con analgesia epidural: 2 horas en multíparas y 3 horas en primíparas

- Cesáreas electivas que inician trabajo de parto espontáneo: por ejemplo, presentación podálica o cesárea iterativa.

- Igualmente, también son cesáreas de recurso las mal posiciones detectadas durante el trabajo de parto: frente/bregma.

Indicación de cesárea urgente/emergente:

Se activará el código de cesárea urgente (ver protocolo específico de Actuación ante cesárea urgente).

Las indicaciones más frecuentes son:

- Sospecha/pérdida de bienestar fetal

- DPPNI

- Prolapso de cordón

- Ruptura uterina

- Embolia de líquido amniótico. (Ros, J. & Hernández, 2012)

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. (Vergara 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). La incisión de Pfannenstiel se realiza 2 traveses de dedo por encima del pubis, la de Joel-Cohen modificada 5-6cm sobre la sínfisis púbica. En ambas el tipo de incisión es segmentaria transversa y su principal ventaja es un mejor resultado estético que la laparotomía media.

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.

Si la cesárea se realiza sin trabajo de parto previo, se puede facilitar el drenaje de sangre y loquios con la dilatación cervical digital o con tallos de Hegar, pero no existe evidencia científica del beneficio aportado.

- 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 infección 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 paralítico 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. (Rubio Romero & Müller, 2010)

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:

- Hipotensión
- Cefalea post punción dural
- Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, parada cardiorrespiratoria, Síndrome de Mendelson)

2. Complicaciones Quirúrgicas:

- Desgarro de la histerotomía
- Lesiones vasculares
- Lesiones en el tracto urinario
- Lesión del intestino
- Lesiones nerviosas

3. Complicaciones infecciosas:

- Endometritis
- Infección del tracto urinario
- Infección de la herida quirúrgica
- Tromboflebitis séptica pélvica
- Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante)

4. Complicaciones Hemorrágicas Post Parto.

5. Complicaciones Tromboembolicas:

- TVP
- TEP.

1. Complicaciones Anestésicas:

Dependen de los procedimientos anestésicos. Las complicaciones relacionadas con la anestesia han disminuido por la tendencia reciente al mayor uso de analgesia regional que de anestesia general.

En la actualidad, la principal técnica para el alivio del dolor en el trabajo de parto, la más eficaz e inocua, es la anestesia epidural, existiendo con ella complicaciones maternas y fetales mínimas; no obstante, pueden aparecer: hipotensión, cefalea post punción dural, bloqueo incompleto, inyección intravascular, hematoma y absceso epidural, meningitis química, anestesia espinal total, complicaciones neurológicas, pirexia materna.

Cuando se emplea la analgesia subdural o bloqueo raquídeo los efectos secundarios son más frecuentes, entre ellos aumenta la incidencia de hipotensión, de cefaleas post punción y puede aparecer prurito cuando se administran opiáceos. Como ventajas ofrece un efecto más rápido y una menor dosis de anestésico requerido.

Menos frecuentes son cuadros graves como son la parada cardiorrespiratoria o el síndrome de aspiración pulmonar del contenido gástrico (Síndrome de Mendelson), que pueden desencadenar un compromiso cardiocirculatorio materno con la consiguiente repercusión fetal. Estas complicaciones se dan casi invariablemente tras una cesárea con anestesia general.

Una complicación frecuente de la anestesia epidural y del bloqueo raquídeo es la aparición de hipotensión, debida a la vasodilatación producida por el bloqueo simpático y a la obstrucción del retorno venoso por compresión de la vena cava y grandes venas adyacentes por el útero gravídico (Síndrome de hipotensión por decúbito supino). Se trata con el cambio postural (decubito lateral izquierdo), con hidratación IV y con la administración rápida de efedrina o fenilefrina IV. Otra complicación es la cefalea tras punción dural. Es una

complicación que ocurre al puncionar la duramadre en el curso de una anestesia intradural o epidural. La pérdida de líquido cefalorraquídeo produce vasodilatación intracerebral, que a su vez produce cefalea. Lo más frecuente es que aparezca tras 24 horas de la punción. Se trata de una cefalea pulsátil que aumenta con la bipedestación y la maniobra de valsalva y mejora con el decúbito.

A veces sea compañía de síntomas audiovisuales y vegetativos. Se recomienda el reposo en cama y la hidratación intravenosa, junto al tratamiento médico con Paracetamol 1g/VO/6h, Codeína 30-60mg/VO/6h, Cafeína 300mg/6h, Hidrocortisona 100mg/8h (hasta 3 dosis). En casos de no respuesta, se llevaría a cabo un tratamiento invasivo por parte del servicio de Anestesia (inyección en el espacio intradural de suero salino fisiológico, dextrano, gelatina, albúmina, parche hemático epidural).

Estas complicaciones se podrían evitar en parte con una preparación preanestésica adecuada y una elección correcta del tipo de anestesia. (Rubio Romero & Müller, 2010)

El Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido publicó en abril del 2004 las guías para la operación cesárea, siendo el objetivo principal resaltar los aspectos de éstas que pueden tener implicaciones para los anestesiólogos y diferenciar entre una verdadera emergencia donde la vida de la madre o el feto son amenazadas y situaciones en las cuales no es una amenaza inminente a la vida; ésta la clasifica en 4 puntos con base en el bienestar del producto.

Categoría I. Amenaza inmediata para la vida de la mujer o el feto. Se debe realizar la operación cesárea por bradicardia fetal severa, prolapso de cordón, ruptura uterina y pH fetal menor de 7.2.

Categoría II. Compromiso materno o fetal que no es una amenaza inminente para la vida. Hay un grado de urgencia para la finalización del embarazo, a fin de evitar un mayor deterioro futuro de las condiciones ya sea de la madre o del feto. Por ejemplo, la hemorragia previa al parto, la falta en el progreso de trabajo de parto con compromiso materno o fetal.

Categoría. III. No hay compromiso materno o fetal, pero se requiere interrumpir el embarazo.
Ruptura prematura de membranas y cesárea programada con trabajo de parto.

Categoría IV. Interrupción programada del embarazo adaptándose a la paciente y al personal.
Cesárea electiva.

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. (Martínez Salaza, 2013)

2. Complicaciones Quirúrgicas:

El riesgo de que se produzcan este tipo de complicaciones oscila entre un 1 y un 2 %. Son más frecuentes en las cesáreas urgentes, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas.

Factores de riesgo:

- Prematuridad
- Existencia de trabajo de parto previo
- Presentación en plano bajo
- Inexperiencia del cirujano

2a. Complicaciones hemorrágicas intraoperatorias.

Se pueden deber en parte a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular), pero en la mayoría de los casos no va a ser así, interviniendo factores a menudo incontrolables como son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, coagulopatías, atonía uterina, retención placentaria.

No obstante, este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oxitócicos desde el alumbramiento hasta 2-4 horas después de parto.

2b. Lesiones de tracto urinario.

La lesión vesical (0.3%) es más frecuente en cesáreas repetidas y durante una cesárea-histerectomía. Se suele identificar inmediatamente, en el curso de la intervención. Se recomienda reparar la lesión con 2 capas y dejar un sondaje vesical prolongado. Las lesiones ureterales son menos frecuentes (0.09%) y se suelen producir al reparar la prolongación de la histerotomía. Se podrían prevenir identificando su trayecto. Su diagnóstico suele ser tardío en la mayoría de los casos. Ambas lesiones son más frecuentes en la cesárea que en el parto vaginal.

2c. Lesiones intestinales.

Se suelen asociar a la existencia de laparotomía previa. Las lesiones a nivel del intestino delgado son fáciles de reparar; más complicada es la reparación a nivel del colon, pudiendo requerir una resección o colostomía asistida por el cirujano general.

2d. Lesiones nerviosas.

Las lesiones de nervios o compresión de los mismos por el instrumental son poco frecuentes durante la cesárea.

3. Complicaciones infecciosas:

Son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea. Entre ellas la más frecuente es la endometritis, seguida de las infecciones urinarias y la infección de la herida quirúrgica.

Otras más graves, pero afortunadamente menos frecuentes son bacteriemias, sepsis, peritonitis, abscesos pélvicos, fascitis necrotizante, tromboflebitis séptica, peritonitis por vermix caseoso.

Además de factores de riesgo tales como trabajo de parto ya iniciado (el de mayor relevancia) o urgencia de la intervención, las complicaciones infecciosas se relacionan con la ruptura de membranas, el tiempo transcurrido con bolsa rota, el nivel socioeconómico, el número de

tactos vaginales, la existencia de infección urinaria previa, la anemia o pérdida hemática importante, la obesidad (sobre todo en infecciones de pared), la Diabetes Mellitus, la anestesia epidural, la experiencia del cirujano y la técnica quirúrgica utilizada, la existencia de vaginosis bacteriana. La fuente principal de microorganismos que ocasionan las infecciones post-cesárea es el tracto genital, sobre todo si no hay integridad de membranas.

Suelen ser infecciones polimicrobianas y los microorganismos más frecuentemente aislados son E. Coli, Estreptococo del grupo B, Enterococo Faecalis, Estafilococo Aureus (relacionado con la infección de la herida quirúrgica), Gardnerella vaginalis, Micoplasmas, anaerobios.

Hay varios aspectos a tener en cuenta para la prevención de la infección en el acto quirúrgico:

Cuidadosa asepsia de la piel

Técnica quirúrgica depurada

Profilaxis antimicrobiana

3a. Endometritis

Complicación infecciosa más frecuente tras la cesárea. Su frecuencia oscila entre un 15 y un 20% si no se usa profilaxis antibiótica; en presencia de ésta la frecuencia se reduce a un 5%. Su incidencia es mayor tras la cesárea.

Factores predisponentes:

- Cesárea
- Duración del parto más de 8 horas.
- Duración de la rotura de membranas más de 6 horas.
- Monitorización interna.
- Heridas y desgarros en el canal del parto.
- Baja edad materna.

Etiología:

La infección del endometrio tiene un origen polimicrobiano procedente de vagina o cervix. Los agentes más frecuentemente aislados son: Estreptococo del grupo B, Estreptococos anaerobios, Escherichia Coli y especies de Bacteroides.

La fiebre en las primeras 12 horas del puerperio suele asociarse a infección por Escherichia Coli; la fiebre en el puerperio tardío (3 días – 6 semanas postparto) suele asociarse con Chlamydia Trachomatis; en la endometritis que aparece a pesar de la profilaxis antibiótica se aíslan normalmente Enterococos y Enterobacterias.

Diagnóstico:

Clínica:

- Fiebre ($>$ o igual a $38,5^{\circ}\text{C}$ en una ocasión o $>$ o igual a 38°C en dos ocasiones separadas 6 horas en los 10 primeros días del puerperio excluyendo el primero), MEG. - Taquicardia.
- Dolor hipogástrico.
- Subinvolución uterina, con dolor y sensibilidad.
- Pueden aparecer loquios malolientes.

Complicaciones de la endometritis:

- Íleo paralítico, obstrucción intestinal.
- Flegmon parametrial, absceso pélvico, peritonitis.
- Necrosis del segmento uterino inferior.
- Síndrome del shock séptico letal (producido por Clostridium Sordelli).
- Shock tóxico estafilocócico o estreptocócico.
- Fiebre medicamentosa.
- Microorganismo resistente (se hará hemocultivo, cultivo endometrial y modificaremos la pauta antibiótica en función del antibiograma).
- Tromboflebitis pélvica séptica.

3b. Tromboflebitis pélvica séptica

Es una complicación puerperal rara pero grave, apareciendo más frecuentemente tras una endometritis postcesárea (1-2%)

Etiología:

- Estado trombogénico del embarazo.
- Microorganismos que encontramos en las endometritis.

Diagnóstico:

Clínica: Nos podemos encontrar con dos formas clínicas

- Trombosis aguda de la vena ovárica: Cursa con fiebre en agujas, escalofríos, dolor abdominal constante, severo y localizado, masa palpable.
- Fiebre de origen desconocido (sin más sintomatología)

Pruebas Complementarias:

- Hemograma y fórmula leucocitaria.
- Ecografía, TAC, RNM (el TAC es la prueba a realizar ante la sospecha de trombosis de la vena ovárica)

Se debe sospechar cuando un tratamiento antibiótico no hace disminuir la fiebre en una paciente con endometritis.

3c. Infecciones del tracto urinario

Frecuencia de 2-16%.

Factores de riesgo:

- Se relaciona con la cateterización uretral y el sondaje vesical continuo durante la cesárea y las primeras horas del postoperatorio.

- También guarda relación con los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación (hidronefrosis fisiológica con aumento de orina en la pelvis renal) que normalmente desaparecen a las 2 semanas del parto.
- Otros: Existencia de bacteriuria asintomática durante el embarazo, partos operatorios, anestesia epidural.

Diagnóstico:

Clínica:

- Síndrome miccional
- Dolor en hipogastrio
- Fiebre

Pruebas complementarias:

- Sedimento urinario: Piuria, leucoocituria, hematuria.
- Urocultivo: >10(5) UFC o >10(2) UFC en sintomáticas o >1 UFC si el germen aislado es SGB.

3d. Infección de la herida quirúrgica

Tiene una frecuencia del 6% de todos los partos acabados por cesárea. La frecuencia se reduce a un 2 % si aplicamos profilaxis antibiótica perioperatoria.

Factores de riesgo:

- Cesárea urgente.
- Corioamnionitis.
- Obesidad, Diabetes Mellitus, malnutrición, inmunosupresión.
- Tiempo quirúrgico aumentado.
- Pérdida hemática intensa.
- Exámenes vaginales repetidos.

Etiología:

La infección de la pared abdominal tiene su origen en la contaminación de la flora cutánea o en la diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea.

Los microorganismos más frecuentemente aislados son *Estafilococo Aureus* y *Estreptococo* de grupo A; menos frecuentes son los bacilos anaerobios que pueden causar celulitis de pared (la mionecrosis por *Clostridium* es una grave complicación que compromete la vida de la paciente por hemólisis, fallo renal y paro cardíaco).

Diagnóstico:

Clínica:

- Fiebre.
- Eritema, hipersensibilidad, dolor y secreción por herida quirúrgica.

Pruebas Complementarias:

- Cultivo del exudado de la herida.
- Radiografía de abdomen: la presencia de gas, coincidiendo con clínica de pus maloliente, bullas y crepitación, puede indicar el diagnóstico de infección por *Clostridium* (celulitis necrotizante o fascitis).
- Ecografía: Podemos identificar una colección purulenta en el caso de un absceso.

Pueden darse al mismo tiempo una endometritis y una infección de pared teniendo que estar alerta ante la posible aparición de fístula útero-cutánea con miositis necrotizante del útero.

4. Complicaciones Hemorrágica Post Parto:

Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal.

La definición de HPP no está consensuada. Aunque parece que se suele definir como aquel sangrado vaginal mayor de 500cc tras un parto vía vaginal o mayor de 1000cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta.

La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna. Por su tiempo de aparición distinguimos entre:

- HPP precoz: (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves y las que citaremos.
- HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto.

Factores de riesgo:

Se encuentran en 1/3 de las HPP por lo que es importante identificarlos y tenerlos en cuenta en el manejo del parto. Responden a la regla nemotécnica de “las 4 Ts”:

Tono. La atonía uterina aparece ante:

- Útero sobredistendido (polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía).
- Cansancio del músculo uterino (parto rápido o prolongado, alta paridad).
- Infección intraamniótica (rotura prematura de membranas prolongada).
- Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa).

Tejido.

- Retención de restos placentarios.
- Retención de coágulos (útero atónico).

Trauma.

- Desgarro en canal blando del parto (parto precipitado, parto operatorio).
- Desgarro en cesárea (mal posición fetal, gran encajamiento).
- Rotura uterina (cirugía previa).

- Inversión uterina (gran paridad, placenta fúndica).

Trombina. Alteraciones de la coagulación:

- Previas a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand,

- Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopénica idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la pre eclampsia, la muerte intra útero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico).

- Anticoagulación terapéutica.

La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP, está implicada en más de la mitad de los casos y es responsable del 4% de las muertes maternas. La placenta adherente (acretismo placentario) es poco frecuente pero su incidencia aumenta en las mujeres con placenta previa y útero con una o más cicatrices. Supone la causa más frecuente de histerectomía por HPP.

Diagnóstico:

Clínica:

- Cuantificación subjetiva de la pérdida hemática.

- Sensación de afectación hemodinámica de la puérpera.

Según la clínica podemos dividir la HPP en:

• Leve: Pérdida hemática entre 1000-1500cc, TAS entre 80-100 mmHg, clínica de debilidad, sudor, taquicardia.

• Moderada: Pérdida hemática entre 1500-2000cc, TAS entre 70-80 mmHg, clínica de inquietud, palidez, oliguria.

• Grave: Pérdida hemática entre 2000-3000cc, TAS entre 50-70 mmHg, clínica de colapso, disnea, anuria.

5. Complicaciones Tromboembólica durante el Embarazo Puerperio:

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). Son poco frecuente, entorno al 0.52%, pero continúan siendo desde hace años la causa directa más frecuente de mortalidad materna en muchos países, debido probablemente a fallos en la identificación de los factores de riesgo trombótico, en establecer una profilaxis adecuada y un tratamiento correcto ante la sospecha clínica de ETE.

El embarazo conlleva un aumento del riesgo trombótico venoso, debido a la presencia de los 3 elementos de la triada de Virchow: hipercoagulabilidad (aumentan los factores de coagulación I, II, VII, IX, X y disminuye la fibrinólisis), lesión del endotelio vascular durante el parto (tanto vaginal como cesárea) y éxtasis venoso producido por un aumento de la capacitancia venosa unido a una disminución del flujo sanguíneo venoso por compresión del útero gravídico.

Actualmente con la profilaxis tromboembólica en todas las pacientes que son sometidas a una cesárea, el riesgo de accidente tromboembólico ha disminuido. No obstante, sigue siendo una causa de mortalidad materna, a veces, difícil de prever.

Formas clínicas:

- Trombosis venosa profunda (TVP)

Es la complicación trombo embolica más frecuente.

En la forma clínica típica las pacientes presentan en la extremidad afectada dolor, sensibilidad, edema, cordón venoso palpable, cambios en la coloración y en el diámetro, signo de Homans (dolor en la pantorrilla con la dorsiflexión plantar pasiva del pie). Puede haber febrícula y leucocitosis.

- Tromboembolismo pulmonar (TEP)

El signo más común es la taquicardia y los síntomas más comunes son la disnea y la ansiedad. Otra sintomatología incluye: taquipnea, dolor pleurítico, fiebre, roce pleural, sudoración,

cianosis, hemoptisis.

Diagnóstico:

- TVP La clínica es insuficiente para el diagnóstico; no obstante, la sospecha clínica fundada es suficiente para iniciar tratamiento en espera de confirmación diagnóstica.

La prueba que nos da el diagnóstico de TVP es un Doppler de la extremidad afecta:

- Si es positivo: Tratamiento.

- Si es negativo y la sospecha clínica es leve: No tratamiento (o se suspende si ya está instaurado).

- Si es negativo y la sospecha clínica es muy sugestiva: Se mantiene el tratamiento y se repite el Doppler en 1 semana, o se realiza una venografía. Si el Doppler a la semana o la venografía son negativos: se suspende el tratamiento; si son positivos: se mantiene el tratamiento.

- TEP

La primera prueba a realizar es un examen de perfusión, si éste está alterado se realiza una gammagrafía de ventilación-perfusión y un examen Doppler de ambas piernas:

- Si la gammagrafía da alta o media probabilidad de TEP: Tratamiento.

- Si la gammagrafía da baja probabilidad de TEP y el Doppler de las piernas es positivo: Tratamiento.

- Si la gammagrafía da baja probabilidad de TEP, el Doppler es negativo y la sospecha clínica es alta: Tratamiento y repetir pruebas en 1 semana. Si las pruebas siguen siendo negativas y la sospecha clínica alta: se realizan otras pruebas diagnósticas (angiografía pulmonar, resonancia o TAC helicoidal).

En la embarazada, como en la no gestante, valores bajos del Dímero D (<500ng/ml) sugieren que el TEP no existe, pero un aumento de sus niveles no es indicativo de proceso trombótico

debido a las modificaciones fisiológicas en los factores de coagulación que acontecen en el embarazo. (Rubio Romero & Müller, 2010)

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.

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 R, 1999)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio.

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 43^{1/2} carretera Masaya – Granada. El hospital tiene una cobertura de 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 2017 que se les realizo cesáreas y en total se conocen que fueron 977, por diversas razones, el total de nacimiento para esta misma fecha fueron 2610, lo que representa el 37.4% la cantidad de cesárea.

7.4 Muestra.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para población finita, la cual es la siguiente:

$$n = \frac{N_x Z^2_x p_x q_x}{d^2_x (N-1) + Z^2_x p_x q_x} \quad 938/3.4$$

DONDE:

n= Tamaño de la muestra a calcular.

N= Población finita, para nuestro estudio es 977 mujeres intervenida por cesárea.

Z= Desviación estándar que corresponde al intervalo de confianza deseado, así para un 95% el valor de Z es 1.96.

p= A la proporción de casos con característica similares a estudiar, se le asignó un valor del 50% porque no existe un estudio preliminar previo al igual en la región.

q= El complemento de p donde $p + q = 1$ por tanto $q = 0.5$

d= Se refiere a la precisión deseada en un estudio y deseamos una precisión de 5% que es igual a 0.05.

SUSTITUYENDO VALORES:

$$n = \frac{787 \times (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.05)^2 \times (786) + (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}$$

n= 275 mujeres intervenida con cesáreas a estudiar.

Muestreo

Del total de las mujeres que son 977, las que participaron en el estudio fueron 239 por diversas situaciones relacionadas a los criterios de inclusión y algunos expedientes no se encontraron. Por tanto, la diferencia al muestreo es de 13.0% los que no se incluyeron.

Unidad de análisis

Fueron todos los expedientes de las mujeres a quienes se les realizó cesárea, registrada en la base de datos de los informes de la subdirección médica y dichos expedientes se encuentran en el área de archivo del hospital.

Criterios de Inclusión:

- Todos los expedientes de mujeres embarazadas que ingresaron al hospital específicamente por un evento obstétrico y fueron intervenidas quirúrgicamente 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 incluirán embarazadas que procedían de los cuatros municipios, ya señalados, independientemente que fueran del área urbana o rural y de diferente extracto social, religión, escolaridad y estado civil.

Criterios de exclusión

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

7.5 Operacionalización de Variables

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala/ Valor
Objetivo 1.			
Edad Materna	Tiempo que lleva existiendo la mujer embarazada hasta ese momento en que se realizara la cesárea.	Años.	13 a 19 20 a 29 30 a 39 40 a 48
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	Según datos en el expediente	Granada Nandaime Diriomo Diría Urbano Rural
Religión	Creencia de Dogma relacionado con la espiritualidad de la persona en este caso de la embarazada	Según datos en el expediente	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otra
Estado Civil	Estado emparentado legalmente o condición social en relación a otra persona	Según datos en el expediente	Casado Soltero Acompañada Viuda
Objetivos 2.			
Antecedentes maternos para cesárea	Las condiciones que presenta la madre que pueden ser patológicos generalizados o afectaciones ginecobstetrica que de alguna manera influyen para la indicación de cesárea	Según datos en el expediente	Patologicos HTA Crónica Dm tipo 2 Cardiopatía Nefropatías Enfermedad de la colágena

			<p>Epilepsia Fracturas pélvicas Hernias Lumbares VIH – Avanzado</p> <p>Ginecobstetrica Cesárea anterior DCP Estrechez pélvica Condilomatosis vaginal Ruptura uterina anterior Miomatosis uterina Antecedentes de fetos grandes Cirugía vaginal anterior Cáncer de CU Rh (-)</p>
Objetivo 3.			
Tiempo en que se indicó la cesárea y el tiempo en que se realizo	Momento en que la cesárea fue indicada y el momento en que fue efectuada	Según datos en el expediente	<p>< 15min. 15 a 30. 31 a 45 46 a 60 >60</p>
Tipo de cesárea	El tipo relacionado al compromiso de la vida de la madre o del hijo en el momento de decidirlo	Según datos en el expediente	<p>Urgente Electiva</p>
Tipo de anestesia aplicada	La aplicación de anestesia utilizada en la madre para entrar al útero y evacuarlo	Según datos en el expediente	<p>General Bloqueo Epidural Ambos</p>
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	<p>Porcentaje</p> <p>Bien elaborado</p>	<p>Cumplido \pm 90 Incumplido – 90 No aplica</p> <p>Si/No No aplica</p>
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	Consignada específicamente en el expediente	<p>Fetal Materna</p>

	de realizar la operación cesárea.		
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	<p>Absoluta</p> <p>Desproporción feto pélvica</p> <p>Placenta previa oclusiva total y parcial</p> <p>Inminencia de rotura uterina, Rotura uterina, DPPNI, Antecedente de cesárea corporal previa</p> <p>Prolapso de cordón con feto vivo, Hidrocefalia, Transverso, Sufrimiento fetal agudo, Macrosomía fetal, Presentación de cara y mentón, Usuaría con VIH/SIDA positivo</p> <p>Herpes genital en fase activa</p> <p>Cáncer Cérvico Uterino invasor</p> <p>Dos o más cesáreas anteriores.</p> <p>Relativa</p> <p>Cesárea previa. Si no se repiten los motivos de la primera intervención o no existe otra indicación, y si la mujer ha dado a luz anteriormente a un niño de tamaño normal por vía vaginal.</p>	<p>Si/No</p> <p>Si/No</p>
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	<p>≤15 m</p> <p>16 a 30m</p> <p>31 a 60 m</p> <p>>60m</p>

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 ginecobstetra Equipo de ginecobstetras	Si/No
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
Objetivo 4.			
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	Según datos en el expediente	Pre termino 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	Según datos en el expediente	Único Múltiple
Puntuaciones APGAR al minuto y los 5 minutos	Grado de bienestar del recién nacido relacionado con el tono muscular, esfuerzo respiratorio, 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	Según datos en el expediente	0 a 3 4 a 7 8 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 el recién nacido	Son elementos clínico que demuestra efecto de la realización de la cesárea grave o leve que causan al recién nacido	Según consignado en el expediente	Nacimiento prematuro Depresión Síndrome de distress respiratorio Óbito fetal Fractura de miembros Herida

7.6 Técnica y Procedimientos

7.6.1 Fuente de información

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

7.6.2 Método e Instrumento

Para cumplir con los objetivos planteados se tomó como instrumento de recolección de la información parte de los indicadores de la propuesta de guía para el análisis de la calidad de atención a la embarazada sometida a cesárea según MINSA – Nicaragua 2009 y otros indicadores que se mencionan posibles opciones para cesárea que han sido utilizados en otros estudios. (Ortiz Ebanks & Espinoza Bustamante, 2013)

El instrumento está estructurado en; características generales de la madre, antecedentes maternos, condiciones clínicas actuales de la cesárea, datos del recién nacido y los efectos

inmediatos a su salud post cesárea. El instrumento fue probado con el llenado de 10 expedientes de mujeres que se les realizó cesáreas en el servicio de Ginecobstetricia.

7.6.3 Técnica de recolección de la información

La información fue recolectada por el mismo investigador que previamente solicito autorización a la sub - dirección docente del hospital y a la responsable de archivo, para tener acceso a los expedientes, el levantamiento de la información duro un mes, tomando 60 expedientes cada fin de semana. Acto seguido, los datos fueron introducidos en una base de datos construida en el sistema estadístico de ciencias sociales SPSS 21.0 para Windows.

La presentación de resultados se hizo en cuadros y gráficos construidos en el programa Microsoft Office Word y Microsoft Office PowerPoint.

7.7 Plan de análisis

Se efectuó análisis de frecuencia y cruces de variables de interés para correlacionar los posibles factores que influyeron en la decisión de indicación de cesárea.

7.8 Cruces de variables

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

7.8. Aspecto Ético de la Investigación.

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

En la investigación se omitieron nombre de las embarazadas como de los médicos que atendieron a la paciente. Se conservo la información de igual manera que se tomó de los expedientes clínicos y la información fue usada con el objetivo exclusivo de la investigación únicamente y meramente académico.

VIII. RESULTADOS.

La edad del 47.3% de las mujeres embarazadas que se les indico cesárea tenían entre 20 a 29 años, seguido de las adolescentes con un 31.4% y el 75.3% eran procedentes del municipio de Granada, el 64.9% eran del área urbana. Otras características que se investigaron; la escolaridad 37.7% tienen un nivel primario y 88.7% eran ama de casa, siendo 66.9% de la religión católica. De ellas 69.5% su estado civil era acompañadas. (Ver tabla 1).

De los antecedentes personales de las embarazadas el 94.5% no tenían ninguna y el 1.67% tenían DM e HTA crónica, y los antecedentes Ginecobstetrico 20.0% tenían cesáreas anteriores. (Ver tabla 2).

Al investigar el tipo de cesárea se encontró que 51.4% (123) fue de urgencia mientras que 48.6% (116) fueron cesáreas electivas. De las cesáreas de urgencia encontramos que el tiempo entre la indicación y la realización 18.4% tenían más de 1hr pero menor de 2hrs sin embargo el mismo porcentaje tenían 2hrs. Se logró identificar que desde la 8:00am hasta la 2:00pm, se da el mayor número de cesárea el 57.3%. Mientras que desde la 3:00 pm a 9:00pm predomina 17.2% las cesáreas de urgencia. El tipo de anestesia casi el mismo porcentaje 44.4 y el 45.6% fueron bloqueo epidural en las cesáreas de urgencia como las electivas.

En el caso de las cesáreas por urgencia 39.7% evidenciaban la no realización del partograma sin embargo en los pacientes que se les realizo de urgencia la cesárea, el 11.3% se encontró que fue por parto detenido y el 12.1% por taquicardia fetal.

Las cesáreas electivas 18.0% fue por cesárea anterior el 7.1% por DCP y 6.7% fue por distocia de presentación. (Ver tabla 3).

Tanto para las cesáreas de urgencia como las electivas las indicaciones no es coincidente con el diagnóstico para su realización. De las cesáreas de urgencias el 13.0% tenían un compromiso con la vida fetal y el 39.7% el compromiso era con la vida materna, mientras que las cesáreas electivas el 7.5% el compromiso era con la vida fetal y el 20.9% el compromiso era con la vida materna.

El 11.3% las cesáreas de urgencia no estaban bien indicada mientras que el 8.8% de las electivas no estaban bien indicadas, el total fue de 20.1% de todas las cesáreas que no estaban bien indicada.

Logramos identificar que el 44.8% de las cesáreas fueron indicadas por el mismo ginecobstetra que las realizo, mientras que el 55.2% las indicaciones fue por el equipo del servicio de ginecobstetricia. (Ver tabla 3).

De los efectos inmediato 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 3 a 4 días; para los que se realizó cesárea por cesárea anterior 10.5%, para la distocia de presentación 5.9% para el parto detenido 7.5% respectivamente. El 0.8% de las cesáreas por cesáreas anteriores requirieron admisión en a la unidad de cuidados intensivo.

Las mujeres que se les realizo cesárea por distocia de presentación y taquicardia fetal el 0.8% requirieron readmisión a la unidad hospitalaria. El 5.4% de las cesáreas por cesárea anterior presentaron anemia, también 3.3% de las mujeres que se les realizo cesárea por parto detenido y sufrimiento fetal agudo. El 3.8% de las mujeres que se le indico cesárea por taquicardia fetal presentaron elevación de la presión arterial.

Las cesáreas por distocia de presentación como desproporción céfalo – pélvica 0.4 y 0.8% respectivamente presentaron infección de la herida quirúrgica. El 1.3 y 1.7% de las indicaciones de cesárea por cesárea anterior y por parto detenido presentaron infección de vías urinaria. La fiebre fue poco frecuente presentándose en las pacientes a quienes se les había indicado cesárea por parto detenido, sufrimiento fetal agudo y taquicardia fetal. (Ver tabla 4)

El 1.3% de las mujeres que se les indico cesárea por Pre Eclampsia y Desproporción céfalo – pélvica el recién nacido fue pre-termino. Un dato sumamente importante fue encontrar que independientemente la indicación de cesárea la mayoría de los recién nacido tenían peso ente 1500 a 2549grs; el 19.6% en los casos de cesárea anterior.

Los recién nacidos con asfixia (APGAR 0 a 3) al minuto fue el 0.4% de las indicaciones de cesárea por cesárea anterior más trabajo de parto, sufrimiento fetal agudo y la pre – eclampsia moderada. Pero a los cinco minutos persistió en el caso de indicación por cesárea anterior más trabajo de parto y la pre eclampsia moderada, no así en el sufrimiento fetal.

Los recién nacidos que requirieron reanimación y se les brindo fue el 0.8% por indicación de cesárea, por cesárea anterior pero no se identificó asfixia al minuto ni a los 5 minuto del nacimiento, también sucedió en 0.4% de las taquicardias fetales.

El 0.4% de recién nacidos que presentaron fractura de extremidad se le indico cesárea por distocia de presentación, y este mismo porcentaje de los que se les indico cesárea por cesárea anterior más trabajo de parto tuvo el recién nacido síndrome de distress respiratorio. (Ver tabla 5).

IX. DISCUSIÓN

La población de mujeres intervenidas por cesárea en nuestro estudio, fueron mayormente jóvenes que coincide con el inicio de su vida reproductiva, de características socio demográficas precarias como es; su bajo nivel de escolaridad, ama de casa, 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 someterse al dolor 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 bajas, 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 de estas mujeres no creeríamos que el parto por cesáreas en ellas fuera complaciente. Pero entonces nos llama la atención los elementos éticos o bien falta de conocimientos para la atención de partos más limpios y seguros por el personal médico, que es la orientación clara de los sistemas de salud.

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, incluso en el momento mismo que se realiza como también en los siguientes embarazos tanto para la madre como para el recién nacido próximo, obviamente estamos cayendo en detrimento de un sistema de formación académica medica 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 las necesidades vitales de la madre y el producto. En nuestro estudio se evidencia que el 20.0% de las cesáreas no estaban bien indicadas ni eran justificadas. Podemos afirmar esto y demostrar la falta que se debe al hecho de encontrar un gran número de realización de cesáreas anteriores sin un criterio objetivo que, aunque no lo plasmemos en las tablas de

resultados al investigar los expedientes, muchos demostraron más de dos años de su cesárea anterior.

Otra situación fundamental son las indicaciones de cesárea por parto detenido o prolongado y no se justifica con la elaboración de instrumento ya validado y reconocido a nivel nacional e internacional como es el partograma, donde solamente 2.1% fue llenado correctamente con un indicador de más del 90% que permite decidir la terapéutica a seguir. 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 prolongado.

También la indicación de cesárea por taquicardia fetal que no observamos evidencia en los expedientes la sostenibilidad de dicho dato consignado o bien la consideración clínica de la posibilidad de la taquicardia cuando en su momento la paciente no presentaba ninguna sintomatología más que los dolores de parto. Y de manera general el número de cesárea por urgencia es mayor que la electiva lo que debe preocupar a la gerencia institucional, ya esto da pauta directa que existe la posibilidad de sobre estimación de los casos que requieren de cesárea.

El 20.0% de cesáreas que no fueron bien indicadas ni justificadas, más de la mitad de este valor fueron consignadas como de urgencia. 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 qué caso, aunque no haya implicación en la vida de la madre como de su producto pero que es necesario la realización de cesárea están bien establecidas. Nos interesa señalar que en nuestro estudio 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 hora hasta más de 2 horas en 36.8% de los casos

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). Esta situación prácticamente se generaliza a todo el recurso del servicio de ginecología personal médico, ya que las indicaciones de cesárea se da por la indicación de todo el equipo no siendo así para las cesáreas de urgencia que quien la indica es el mismo médico que la interviene.

El tiempo de estancia hospitalaria en promedio que va de 3 a 4 días depende de las complicaciones que presentan siendo la anemia con la necesidad de transfusión, la elevación de la presión arterial, la infección de vías urinarias y algunos casos de fiebre.

No logramos encontrar la razón de la anemia en estas mujeres, ya que no se consigna que hayan tenido hemorragias en el transquirúrgico o posteriormente. Hay estudio que señalan que la anemia se debe en parte al procedimiento quirúrgico considerado más en este caso, ya que las indicaciones de cesárea en su mayoría no fue por factores como placenta previa, desprendimiento prematuro de membrana normal inserta en la población estudiada, que fueron ubicadas en otras causas de cesárea en nuestra tabla de resultados, que en número no eran muy significativas, demostrando falta de credibilidad a la buena valoración clínica por el facultativo previo a la cesárea o bien que no existe el conocimiento para considerar los parámetros en caso de hemorragia.

Las infecciones de vías urinarias que presentaron las mujeres como complicación de la cesárea es sobresaliente a los indicadores reconocidos que plantea un promedio de 2 a 16% en nuestro caso fue de 7.6% podemos decir que existe la posibilidad que se realice una mala técnica en la colocación de la sonda vesical antes de la cirugía o la falta de un análisis exhaustivo que permita identificar que la paciente no tiene infección de vías urinarias previa a la cirugía, que lógicamente su frecuencia se debe a los cambios fisiológicos que causa el embarazo sobre los órganos genitales urinarios.

Lo que respecta a las complicaciones del recién nacido por cesárea, el número de parto prematuro en los casos de cesárea anterior como en los casos de DCP, distosia de la presentación posiblemente se deba a una sobreestimación de la edad gestacional o la falta de

objetividad para interrumpir un embarazo que aun no esta a termino que obviamente son complicaciones intrinsecas de las cesareas.

Se refuerza la idea, que posiblemente este ocurriendo esta situación muy frecuentemente, ya que encontramos que el 34.2% de recién nacidos con peso menores de 2,500grs en cesareas que son electivas como cesarea anterior sin trabajo de parto, la DCP, y la distosia de presentación.

Otra situación muy importante de mencionar sobre las complicaciones en este caso las taquicardia fetal y el sufrimiento fetal agudo como causa de indicación de cesarea no corresponde con el APGAR que tuvieron al nacer. De 43 caso que fueron indicado por estas condiciones solo 5 caso tuvieron depresión moderada y severa(asfixia) al nacer.

X. CONCLUSIONES

1. Las mujeres con mayor número de indicación de cesárea fueron las que tenían un nivel escolar bajo, ama de casa, población joven que probablemente no son complacientes, si no está más relacionado al actual del personal médico.
2. La indicación de cesárea por urgencia 51.2% más que las electivas relacionada principalmente al parto detenido al sufrimiento fetal agudo la taquicardia fetal y en menor número a la pre – eclampsia moderada. Mientras que las cesáreas electivas se dieron más por las cesáreas anteriores, DCP y distocia de presentación.
3. El 20.0% de las cesáreas no se encontró una buena indicación ni se justifica la realización e inclusive el 11.3% es dado en las cesáreas de urgencias. Siendo una problemática generalizada por el personal médico ya que las cesáreas electivas se decidieron por el equipo médico de ginecobstetras, no así para las cesáreas de urgencia que son decididas por el médico que las realiza.
4. La realización de cesáreas de urgencia por parto prolongado o detenido como el sufrimiento fetal no son consistente con la realización del partograma.
5. Como efectos inmediato maternos por cesárea el promedio de estancia hospitalaria fue entre 3 a 4 días y se debió a complicaciones como; la anemia con necesidad de transfundir, elevación de la presión arterial, infecciones de vía urinaria principalmente.
6. Los efectos en el recién nacido relacionado en los casos de cesáreas electiva como la realizada por cesárea anterior, la DCP y la distocia de presentación estos presentaron en su mayoría nacimiento pre termino y el bajo peso al nacer.
7. En los casos de cesáreas relacionadas de urgencia como el sufrimiento fetal agudo y la taquicardia fetal no correspondía a la evidencia que el recién nacido presentara algún daño a la vez que el tiempo transcurrido entre su diagnóstico y la realización de la misma en la mayoría de los casos se realizaron en más de 1hrs y hasta más de 2hrs según datos consignado en los expedientes.

XI. RECOMENDACIONES.

1. Establecer a nivel de los sistemas locales de salud 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 mal proceder que pudieran tener.
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.
3. También analizar semanalmente las razones de las complicaciones que pueden evidenciarse con la realización de cesárea y más principalmente; las electivas.
4. 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.
5. El médico responsable del servicio de neonatología que 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 efectos de las indicaciones.

XII. BIBLIOGRAFIA.

- Besio R, M. (1999). Cesárea versus parto vaginal. Una perspectiva ética. Rev. méd. Chile, 1121-1125, .
- Cabrera Chumacero, R. M., Correa Paz, S. M., Gil Tenazoa, J. A., Huansi Arimuya, S. D., & Vecco Fasanando, C. E. (2015). Indicación de Operación Cesárea. Morales: Universidad Nacional de San Martí.
- Condega Sotelo, M. C., & Muñoz Estrada, H. d. (2015). Comportamiento de Cesáreas Primitivas en Embarazadas Atendidas en el Servicio de Obstetricia. Hospital Amistad Japón – Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2014. Managua : UNAN - Managua .
- Garcia Blandón, N. (2014). Indicaciones de cesárea en el Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el periodo Abril a Diciembre 2014. Managua: UNAN - Managua.
- Instituto Nacional de la Mujer. Mexico . (2015). Atención Humanizada del parto y el nacimiento . Mexico D.F: The John D. and Catherine T Mar arthur Foundati3n.
- Manrique Fuentes , M. G. (2009). Complicaciones de Cesáreas. Clases de residentes 2009 . Granada , España : Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves .
- Martínez Salaza, G. G. (2013). Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. Revista Mexicana de Anestesiología, S159 - 62.
- Medina Huiza, J. L. (2016). Factores asociados a indicación de cesarea en el hospital nacional dos de mayo de enero a diciembre 2015. Lima: Universidad Ricardo Palma .
- Ministerio de Salud . (2017). Estadísticas vitales para la salud . Granada : MINSA .

- Ministerio de Salud. Nicaragua . (2013 - 2017). Sistema de Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional . Granada : MINSA.
- Ministerio de Salud. Nicaragua. (2009). Propuesta de la Guía para la vigilancia y reducción de cesárea innecesaria en los Hospitales del Ministerio de Salud. Managua : MINSA.
- Ortiz Ebanks, J. T., & Espinoza Bustamante, C. V. (2013). Indicaciones Considerada de Cesarea en embarazadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada enero a diciembre. Granada: UNAN - Managua .
- Pinheiro, P. (2017). Cesáreas Ventajas y Riesgo. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Ptiño Mora, D. A., Pineda Monge, A. P., & Polo Tapia, D. N. (2011). Prevalencia y correlación clínico - Quirúrgico de Cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga. Año 2010. Cuenca : Universidad de Cuenca .
- Ros, J., C., & Hernández, B. S. (2012). Protocolo de Cesárea. Barcelona: Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON), Hospital Clínic de Barcelona.
- Rubio Romero, A., & Müller, E. Á. (2010). Operación cesárea. En M. O. Parra Pineda , & E. A. Müller, Obstetricia integral Siglo XXI (págs. 302 - 313). Universidad Nacional de Colombia.
- Suárez López, L., Campero D, L., De la Vara Salazar, E., Rivera Rivera, L., Hernández Serrato, M. I., Walker, D., & Lazcano Ponce, E. (2013). Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. Salud pública Méx vol.55, S225 - 34.
- Vergara Sagbini, G. (2009). Cesáreas. Cartagena : Ese Clínica Maternidad Rafael Calvo C.

XII ANEXOS



ANEXOS I
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN – MANAGUA
FACULTAD DE MEDICINA
Instrumento de recolección de la información

Factores asociados a la indicación de cesáreas a embarazadas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón – Nicaragua de Granada. Enero a diciembre 2017.

Nota. La información será recolectada de los expedientes clínicos por el mismo investigador.

I. Características generales.

Ficha no.

Expediente:

Edad materna: (años) Procedencia. Granada ____ Nandaime ____ Diriomo ____ Diría ____
Rural ____ Urbano ____

Religión

Estado civil

II. Antecedentes maternos. Marque las que se evidencie

Patológicos	Si	Ginecobstetricos	Si
HTA Crónica		Cesárea anterior	
Dm tipo 2		DGP	
Cardiopatía		Estrechez pélvica	
Nefropatías		Condilomatosis vaginal	
Enfermedad de la colágena		Ruptura uterina anterior	
Epilepsia		Miomatosis uterina	
Fracturas pélvicas		Antecedentes de fetos grandes	
Hernias Lumbares		Cirugía vaginal anterior	
VIH – Avanzado		Cáncer de CU	
		Rh (-)	

III. Condiciones clínicas de la Cesárea Actual (marque con una x)

Diferencia de tiempo entre la indicación de la cesárea y la hora de inicio de la realización (minuto) < 15 __ 15 a 30 __ 31 a 45 __ 46 a 60 __
> 60 __ cesárea electiva __

Tipo de Cesárea	Urgencia:	Electiva:		
Anestesia	Bloqueo Epidural	A. General		Ambas
Partograma bien elaborado e interpretado	% de cumplimiento:	Si __	NA	
		No __		
Compromiso de vida	Materno:	Fetal:	No hay compromiso en ambos	
	Si	Si	Si	
Quiénes indicaron la cesárea	Equipo multidisciplinario	Solo el Ginecobstetra que la realizo	Equipo de ginecobstetra el servicio	

Razón de Indicación de cesárea coincide con el diagnóstico

Cesárea bien indicada / Bien Justificada Si No No tienen datos consignados

IV. Datos del Recién Nacido y los efectos inmediatos post 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				

Nacimiento prematuro si/no

Depresión si/no

Sdm de distress
respiratorio de RN si/no

Óbito fetal si/no

Complicación en el RN producto de la cesárea. _____

ANEXOS 2

RESULTADOS

Tabla No. 1

Características de las embarazadas que le indicaron cesárea atendidas en el servicio de obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2017.

n=239

Datos Generales	n	%
Edad		
13 a 19	75	31.4
20 a 29	113	47.3
30 a 39	44	18.4
40 a 48	7	2.9
Departamento		
Granada	180	75.3
Nandaime	30	12.6
Diriomo	26	10.9
Diría	3	1.3
Procedencia		
Rural	84	35.1
Urbana	155	64.9
Religión		
Católica	160	66.9
Evangélica	55	23.0
Ninguna	17	7.1
Testigo de Jehová	7	2.9
Estado Civil		
Acompañada	166	69.5
Casada	49	20.5
Soltera	24	10.0

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Tabla No. 2

Antecedentes Maternos a las que indicaron cesárea atendidas en el servicio de obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2017.

n=239

Antecedentes	n	%
Patológicos personales		
Ningunos	226	94.5
Asma	2	0.83
Diabetes	4	1.67
HTA Crónica	4	1.67
Hipertiroidismo	3	1.25
Ginecosbsteicos		
Ninguna	161	67.3
Cesárea Anterior	55	20.0
Condilomatosis Vaginal	4	1.67
Estrechez Pélvica	1	0.41
DCP	18	7.5

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Tabla No. 3

Estado Actual materno previo de la embarazadas según tipo de cesárea indicada en el servicio de Ginecología. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2017.

n=239

Estado actual materno	Tipo de Cesárea		
	C. Urgencia n = 123	C. Electiva n = 116	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Tiempo entre la indicación/realización de cesárea.			
< 15 min	1 (0.4)	-	1 (0.4)
15 a 30	10 (4.2)	-	10 (4.2)
31 a 45	24 (10.0)	-	24 (10.0)
46 a 60	44 (18.4)	-	44 (18.4)
> 60	44 (18.4)	-	44 (18.4)
Fueron electivas	-	116 (48.5)	116 (48.5)
Tipo de Anestesia			
Bloqueo Epidural	106 (44.4)	109 (45.6)	215 (90.0)
Anestesia General	15 (6.3)	6 (2.5)	21 (8.8)
Ambas	2 (0.8)	1 (0.4)	3 (1.3)
% de cumplimiento de realización de partograma			
< 70%	23 (9.6)	-	23 (9.6)
+ 90%	5 (2.1)	-	5 (2.1)
No lo realizaron	95 (39.7)	-	95 (39.7)
No aplica por ser electiva	-	116 (48.5)	116 (48.5)
Compromiso de la vida.			
Fetal	31 (12.9)	18 (7.5)	49 (20.5)
Materna	92 (38.5)	50 (20.9)	142 (59.4)
Sin compromiso en ambos	-	48 (20.1)	48 (20.1)
Quien indico la cesárea			
Medico ginecologista que la realizo	76 (31.8)	31 (12.9)	107 (44.7)
Equipo de ginecologista del servicio	47 (19.6)	85 (35.5)	132 (55.8)
La indicación es coincidente con el diagnóstico.			
Si	114 (47.7)	109 (45.6)	223 (93.3)
No	9 (3.8)	7 (2.9)	16 (6.7)
Cesárea bien indicada/justificada			
Si	96 (40.2)	95 (39.7)	191 (79.9)
No	27 (11.3)	21 (8.8)	48 (20.1)

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Tabla No. 4

Datos del recién nacidos y efectos inmediatos a su salud según razón de cesárea en las embarazadas atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.

Datos del recién nacido y efectos inmediatos a su salud	Razón de cesáreas			
	Cesárea anterior	Cesárea anterior + en TP	DCP	Distocia de presentación
	n (%)	n (%)	n (%)	(n) %
n=239				
Edad gestacional				
A Terminó	47 (19.6)	5 (2.1)	15 (6.3)	22 (9.2)
Pre – terminó	1 (0.4)	1 (0.4)	3 (1.3)	1 (0.4)
Post – terminó	1 (0.4)	-	-	-
Peso del recién nacido				
< 1000grs	-	1 (0.4)	-	-
<1500grs	1 (0.4)	1 (0.4)	2 (0.8)	1 (0.4)
<2500grs	47 (19.6)	4 (1.7)	15 (6.3)	20 (8.3)
2500 a 3999 grs	-	-	1 (0.4)	2 (0.8)
≥4000grs	1 (0.4)	-	-	-
Tipo de embarazo				
Único	48 (20.1)	5 (2.1)	18 (7.5)	23 (9.6)
Múltiple	1 (0.4)	1 (0.4)	-	-
Puntuación APGAR al minuto				
0 a 3	-	1 (0.4)	-	-
4 a 7	4 (1.7)	-	4 (1.7)	3 (1.3)
8 a 9	45 (19.2)	5 (2.1)	14 (5.9)	20 (8.3)
Puntuación APGAR a los 5 minutos				
0 a 3	-	1 (0.4)	-	-
4 a 7	1 (0.4)	-	-	-
8 a 9	48 (20.1)	5 (2.1)	18 (7.5)	23 (9.6)
Requirió reanimación	2 (0.8)	1 (0.4)	-	1 (0.4)
Se le brindó reanimación	2 (0.8)	1 (0.4)	-	-
Fractura de extremidades	-	-	-	1 (0.4)
Síndrome Distres Respiratorio	1 (0.4)	1 (0.4)	-	-

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Tabla No. 5

Datos del recién nacidos y efectos inmediatos a su salud según razón de cesárea en las embarazadas atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.

N=239

Datos del recién nacido y efectos inmediatos a su salud	Tipo de Cesárea			
	Parto detenido	Sufrimiento fetal agudo	Taquicardia fetal	Pre Eclampsia moderada
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Edad gestacional				
A Terminó	28 (11.7)	17 (7.1)	26 (10.8)	5 (2.1)
Pre – terminó	-	1 (0.4)	1 (0.4)	3 (1.3)
Post – terminó	1 (0.4)	-	3 (1.3)	1 (0.4)
Peso del recién nacido				
< 1000grs	-	-	-	-
<1500grs	2 (0.8)	-	2 (0.8)	4 (1.7)
<2500grs	25 (10.5)	16 (6.7)	28 (11.7)	5 (2.1)
2500 a 3999 grs	2 (0.8)	1 (0.4)	-	-
≥4000grs	-	1 (0.4)	-	-
Tipo de embarazo				
Único	29 (12.1)	18 (7.5)	30 (12.6)	8 (3.4)
Múltiple	-	-	-	1 (0.4)
Puntuación APGAR al minuto				
0 a 3				
4 a 7	-	1 (0.4)	-	1 (0.4)
8 a 9	-	2 (0.8)	2 (0.8)	1 (0.4)
	29 (12.1)	15 (6.3)	28 (11.7)	7 (2.9)
Puntuación APGAR a los 5 minutos				
0 a 3	-	-	-	1 (0.4)
4 a 7	-	2 (0.8)	-	1 (0.4)
8 a 9	29 (12.1)	16 (6.7)	30 (12.6)	7 (2.9)
Requirió reanimación	-	3 (1.3)	1 (0.4)	2 (0.8)
Se le brindo reanimación	-	-	1 (0.4)	1 (0.4)

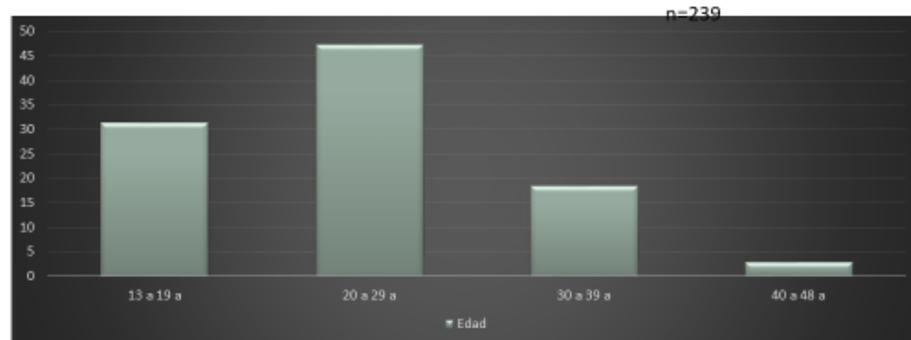
Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Anexos 3.

Resultados

Gráfico 1.

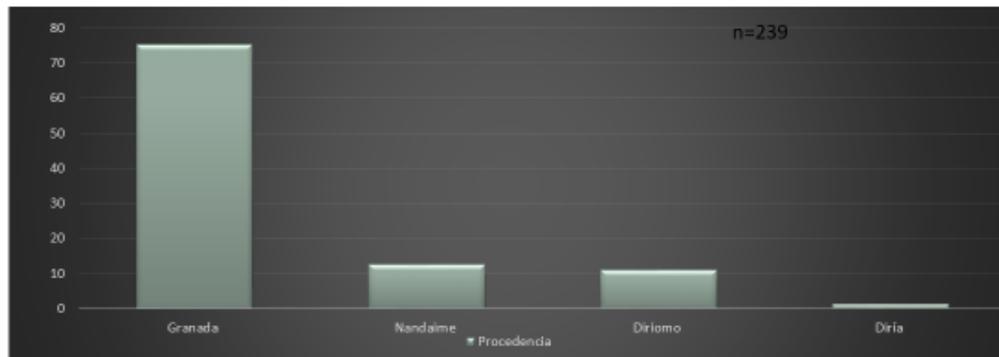
Edad de las embarazadas que les indicaron cesárea atendidas en Obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



Fuente: tabla 1.

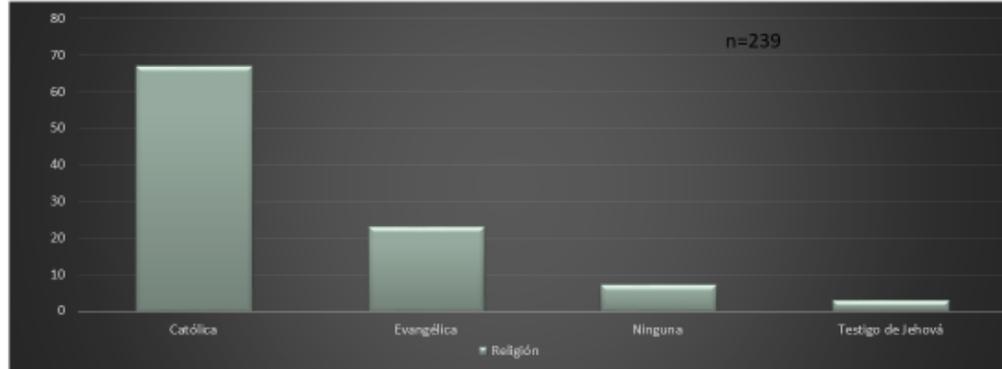
Gráfico 2.

Procedencia de las embarazadas que les indicaron cesárea atendidas en Ginecología. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



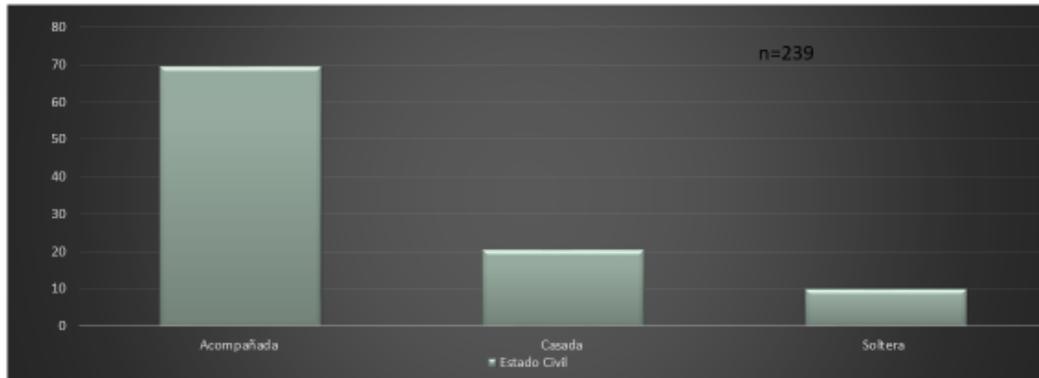
Fuente: tabla 1.

Gráfico 3.
Religión de las embarazadas que les indicaron cesárea atendidas en Ginec Obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



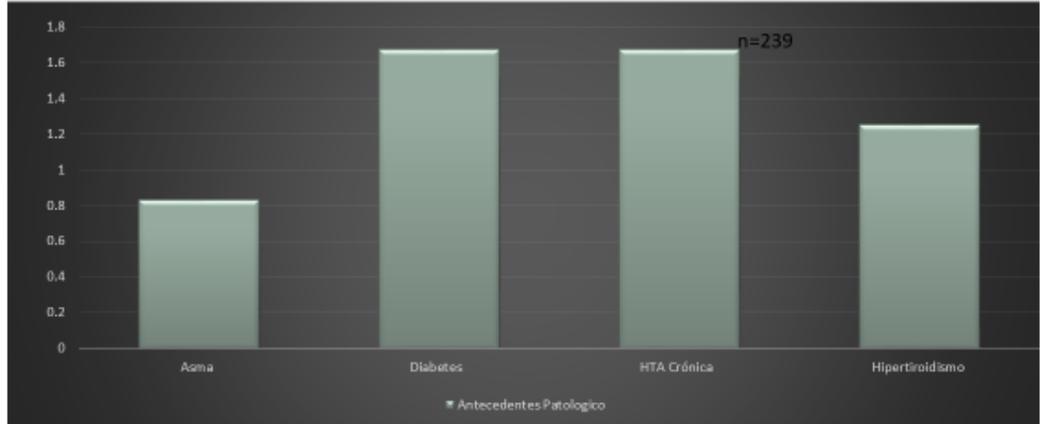
Fuente: tabla 1.

Gráfico 4.
Estado Civil de las embarazadas que les indicaron cesárea atendidas en Ginec Obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



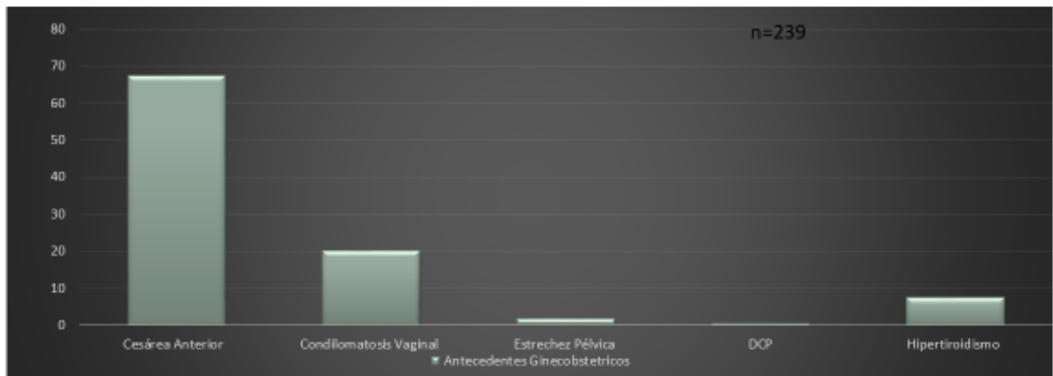
Fuente: tabla 1.

Gráfico 5.
Antecedentes patológicos de las embarazadas que les indicaron cesárea atendidas en Ginec obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



Fuente: tabla 2.

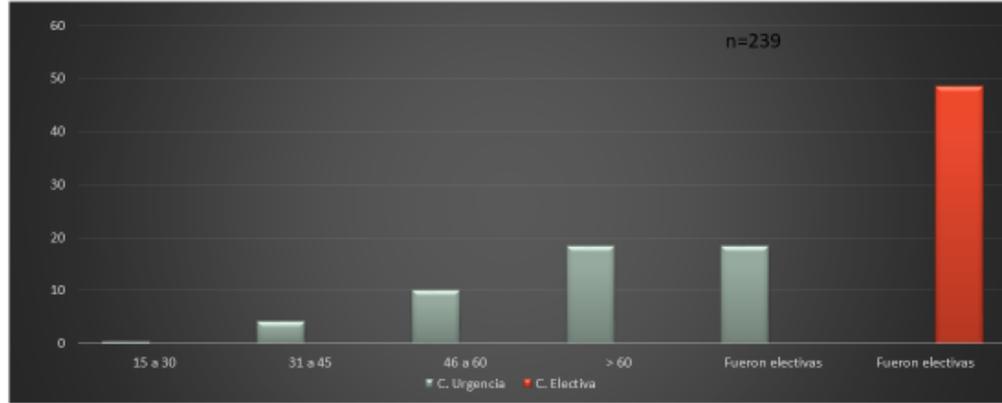
Gráfico 6.
Antecedentes Ginec obstetrico de las embarazadas que les indicaron cesárea atendidas en Ginec obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



Fuente: tabla 2.

Gráfico 7.

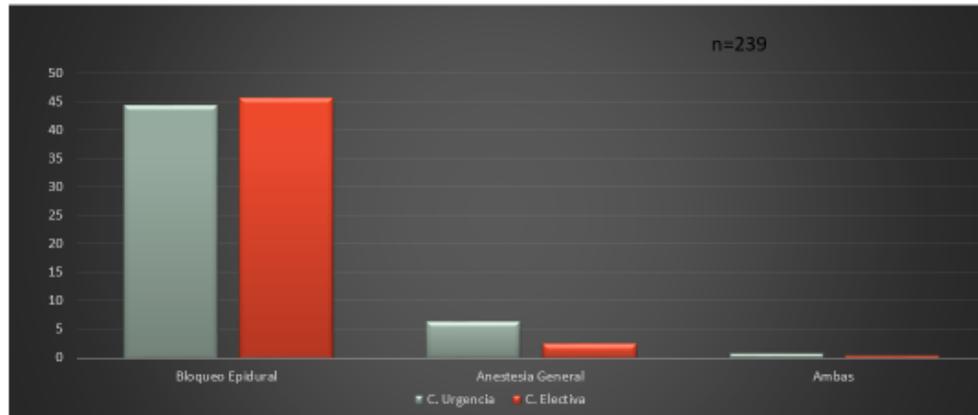
Tiempo entre la indicación/realización de cesárea en las embarazadas según tipo de cesárea indicada en el servicio de Ginecología. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



Fuente: tabla 3.

Gráfico 8.

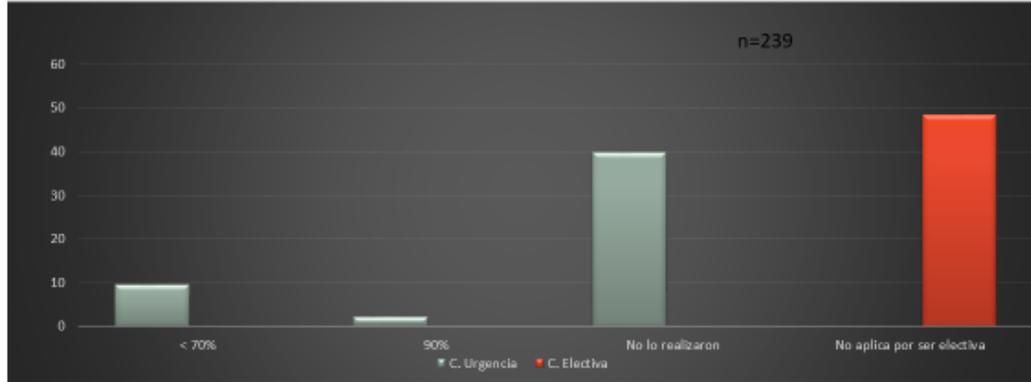
Tipo de anestesia aplicada en las embarazadas según tipo de cesárea indicada en sala de operaciones. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



Fuente: tabla 3.

Gráfico 9.

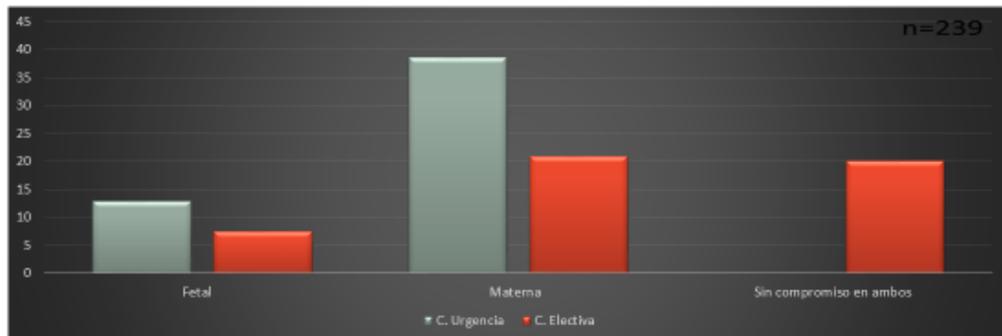
Porcentaje de cumplimiento de realización de partograma en las embarazadas según tipo de cesárea indicada en el servicio de Ginec Obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



Fuente: tabla 3.

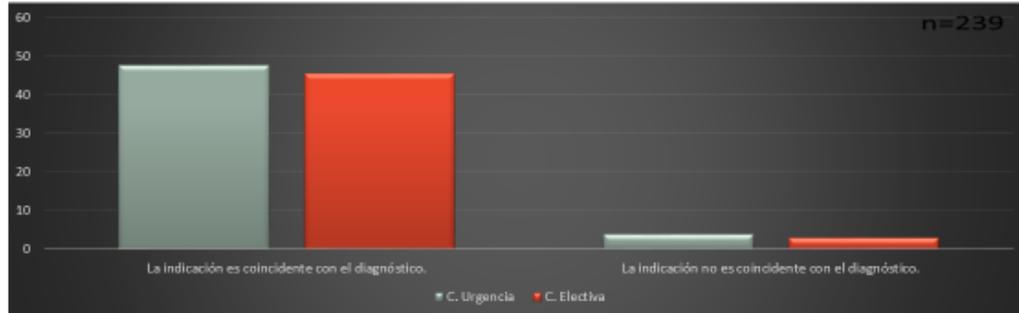
Gráfico 10.

Compromiso de la vida según tipo de cesárea indicada en el servicio de Ginec Obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



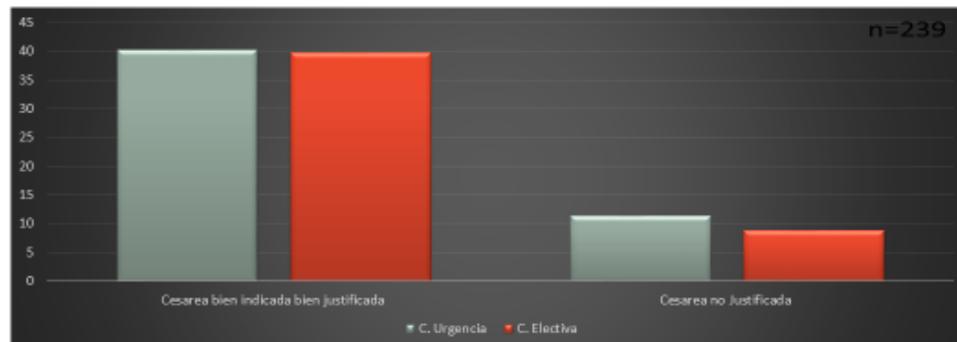
Fuente: tabla 3.

Gráfico 11.
Coinciden la indicada y justificada de la cesáreas en embarazadas atendidas en el servicio de Ginec Obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



Fuente: tabla 3.

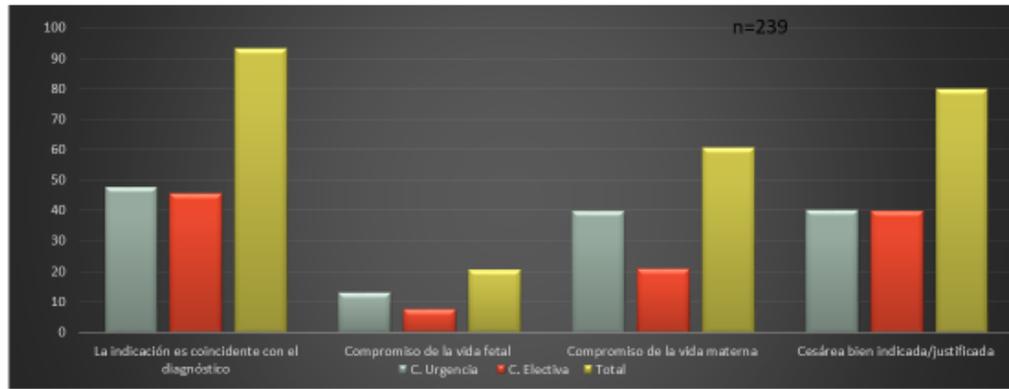
Gráfico 12.
Cesárea bien indicada/justificada en embarazadas atendidas en el servicio de Ginec Obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



Fuente: tabla 3.

Gráfico 13.

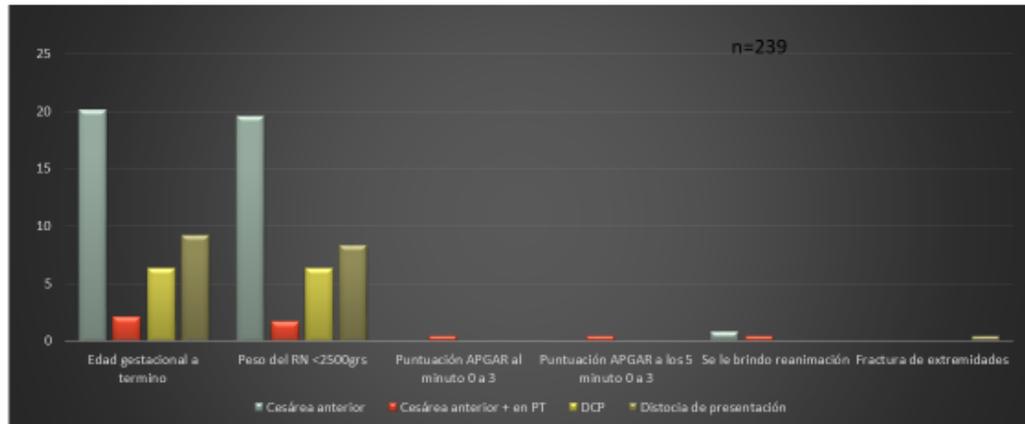
Estado Actual materno previo de la embarazadas según tipo de cesárea indicada en las embarazadas según tipo de cesárea indicada en el servicio de Ginec Obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



Fuente: tabla 4.

Gráfico 14.

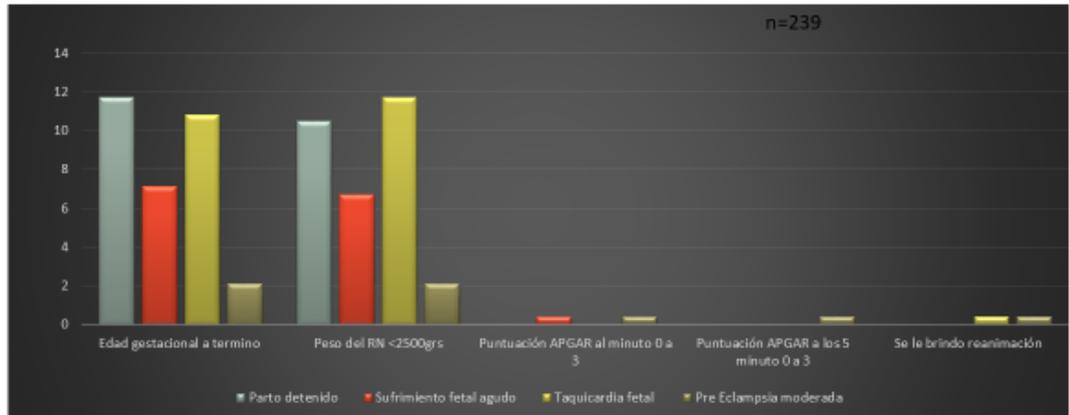
Datos del recién nacidos y efectos inmediato a su salud según razón de cesárea en las embarazadas atendidas en servicio de Ginec Obstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



Fuente: tabla 4.

Gráfico 15.

Datos del recién nacidos y efectos inmediato a su salud según razón de cesárea en las embarazadas atendidas en servicio de Ginecobstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada de Enero a Diciembre 2017.



Fuente: tabla 5.