



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Tesis para optar al título de Médico y Cirujano

Tema: Indicación de Cesáreas en el Hospital Regional Escuela
Asunción, Chontales; Julio - Diciembre 2013

Autores:

Br. Noelia Margarita Hernández González

Br. Roger Josué Cruz Báez

Tutor: Dr. José Alberto Mora Maltez

Medico y Cirujano

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Msc. en Salud Pública

Managua, Nicaragua

i. **Dedicatoria**

A Dios, nuestros padres y abuelos...

Siempre lucharon incondicionalmente por nuestro sueño,

He aquí el fruto de su lucha....

***ii.* Agradecimiento**

Agradecemos a nuestro tutor Dr. Luis Alberto Mora Maltez por su apoyo en la realización de este trabajo monográfico; así mismo al personal administrativo, de docencia y dirección del Hospital Regional Asunción Juigalpa por abrir las puertas de esta que fue y será nuestra casa de estudio, para hacer posible este trabajo monográfico.

iii. Opinión del Tutor

En el mundo, la población ha sufrido cambios muy significativos desde la política, económico, social, religioso, cultural y formas de vida, que hasta para poder nacer la suerte le acompañe.

El deterioro del cuerpo humano por las enfermedades y las adversidades en la toma de decisión para la concepción, falta de los servicios de salud, pobreza ha aumentado la morbi-mortalidad materno y fetal

La cesárea es un acto quirúrgico que salva la vida pero tiene su riesgo en el momento, tiempo, lugar, y diagnóstico.

Este estudio nos demuestra que un adecuado diagnóstico de la paciente embarazada, justifica la indicación de la cesárea, por el recurso humano de mayor calificación obteniéndose menos complicación materna fetal

Considero que los resultados de la investigación son fidedignos y aprovecharlos como guía para las normas, políticas de salud, así retomarlos por las unidades de salud en bienestar de la comunidad.

Dr. José Alberto Mora Maltez
Ginecólogo-Obstetra
Maestría en Salud Pública
Colposcopia
Profesor Titular con Doctorado UNAN MANAGUA

iv. Resumen

Tema: “Indicación de Cesáreas en el Hospital Regional Escuela Asunción, Chontales; Julio - Diciembre 2013”

Objetivo: Comprobar las indicaciones de cesárea en el Hospital Regional Escuela Asunción, Chontales; Julio - Diciembre 2013

Material y métodos: estudio descriptivo observacional de prevalencia, realizado en el Hospital Regional Escuela Asunción de Juigalpa, el cual incluyó un muestra de 295 pacientes que fueron sometidas a cesárea en el periodo de julio a diciembre del año 2013, se analizaron los factores biológicos, demográficos, los antecedentes obstétricos, y patológicos maternos así como las patologías en el embarazo actual, los motivos de cesáreas, y las complicaciones materno-fetales de las mismas.

Conclusiones: la mayoría de las pacientes se encuentran en edad fértil, unión estable, procedentes de chontales, la principal patología previa fue la hipertensión crónica, las principales indicaciones de cesárea fueron: sufrimiento fetal agudo, cesárea anterior y desproporción cefalopelvica. la principal complicación materna fue la necesidad de transfusión sanguínea y complicación fetal los trastornos respiratorios del recién nacido.

Tabla de Contenido

| | |
|---|----|
| CAPITULO I | 3 |
| GENERALIDADES | 3 |
| 1.1 Introducción | 4 |
| 1.2 Antecedentes | 6 |
| 1.3 Justificación | 8 |
| 1.4 Planteamiento del problema | 10 |
| 1.5 OBJETIVOS | 11 |
| Objetivo General | 11 |
| Objetivos específicos | 11 |
| 1.6 Marco teórico | 12 |
| CAPITULO II | 19 |
| DISEÑO METODOLOGICO | 19 |
| Diseño metodológico | 20 |
| 2.1 Tipo de estudio: | 20 |
| 2.2 Área de estudio: | 20 |
| 2.3 Universo: | 20 |
| 2.4 Muestra: | 20 |
| 2.5 Unidad de análisis | 20 |
| 2.6 Criterios de inclusión: | 20 |
| 2.6 Criterios de exclusión: | 21 |
| 2.7 Técnicas y Procedimientos | 21 |
| 2.8 Análisis de los datos | 21 |
| 2.9 Listado de Variables | 22 |
| 2. 10 Operacionalización de las variables | 24 |
| 2.11 Recolección de los datos: | 27 |
| 2.12 Instrumento de recolección de la información: | 27 |
| 2.13 Consideraciones éticos: | 27 |
| CAPITULO III | 28 |

| | |
|---|----|
| DESARROLLO | 28 |
| 3.1 Resultados | 29 |
| 3.2 Discusión | 33 |
| 3.3 Conclusiones | 39 |
| 3.4 Recomendaciones | 40 |
| CAPITULO IV | 41 |
| BIBLIOGRAFÍA | 41 |
| CAPITULO V | 44 |
| ANEXOS | 44 |
| 5.1 Tablas y gráficos | 45 |
| <i>Objetivo 1: Identificar los factores biológicos y socio demográficos</i> | 45 |
| 5.2 Instrumento de Recolección | 62 |

CAPITULO I

GENERALIDADES

1.1 Introducción

La operación cesárea tiene por objetivo la extracción del feto a través de las paredes del abdomen y del útero, en sus orígenes se aplicaba como solución a conflictos mecánicos en el transcurso del parto, se ha ido empleando cada vez más para resolver otras amenazas que también comprometían la salud de la madre y del niño en circunstancias distintas a las del compromiso de espacio (Schwarcz R., 2011). Su realización se ha hecho más segura tanto para el niño como para la madre pero, a pesar de todo, desde hace unas décadas se abusa de este recurso puesto que no todas son indicadas correctamente; se consideró por muchos años indicaciones de cesáreas tales como circular de cordón que no justificaban la realización de cesáreas, es actualmente discutido el hecho de realizar una cesárea con antecedente de una previa con un periodo intergenésico largo debido a que a pesar de que existe el riesgo de rotura uterina no es tan significativo.

La cesárea no deja de ser una práctica quirúrgica, a pesar de su alta seguridad no está exenta de complicaciones, algunas impuestas por la propia indicación de cesárea que van desde hemorragia, infecciones incluso hasta muerte, así mismo estudios muestran que hay riesgos a largo plazo. Pero no todo es negativo, sino que la cesárea presenta argumentos a favor, el principal se centra en la protección del bienestar y es gracias a ella se han salvado muchas madres y se ha preservado la salud de muchos niños.

En 1985 la OMS declaró que no había justificación para que las tasas de cesárea fueran mayor del 10- 15% independientemente de la región, en cualquier caso, la tasa óptima será aquella que combine los mejores resultados maternos y perinatales con el menor intervencionismo posible. Es difícil establecer cuál es la tasa ideal de cesáreas, pues hay muchos factores que pueden condicionarla, tales como la formación del obstetra, los medios de que dispone el centro hospitalario o el tipo de población atendida.

Es por todo esto que no es de extrañar que sea difícil para muchos países incluido el nuestro el lograr alcanzar estas metas establecidas por la OMS, pero esos factores no justifican el hecho de que las tasas de nacimientos por vía vaginal sean casi iguales al de las cesárea, ya que este es un acto fisiológico antes de algo quirúrgico que eleva costos que incluyen recursos humanos calificados, instrumentos, insumos médico, días camas y otros parámetros que no son siempre tomados en cuenta.

1.2 Antecedentes

En todo el mundo se ha reportado un aumento del índice de cesáreas, así en Escocia, Noruega, Finlandia y Suecia pasaron de 4-5% en 1970 hasta 20-22% en 2001, en china se ha reportado un incremento de 11% en 1970 hasta 30% en 1997, en Tailandia ha incrementado de 15.2% en 1992 a 22.6% en 1996

Las cesáreas han tenido un aumento en frecuencia lo largo de los últimos años, según la OMS en la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal (WHO global survey on maternal and perinatal health research group, 2006), que se realizó entre 2004 y 2005 en 24 regiones de ocho países de América Latina y que obtuvo datos de todas las mujeres admitidas para el parto en 120 instituciones seleccionadas aleatoriamente, la mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33%, en hospitales privados se observaron tasas de hasta el 51%; en dicho estudio se encontró que 49% fue electiva, 46% fue en el transcurso del parto y 5% de emergencia sin trabajo de parto, se encontró que la tasa de cesárea en nulíparas fue de 68% . (OMS Human Reproduction Programme, 2015)

En el estudio antes mencionado, la principal indicación de cesárea fue desproporción céfalo pélvica (DCP) seguida por sufrimiento fetal agudo (SFA) el 30% de las mujeres sometidas a cesárea tenían al menos una cesárea anterior. En instituciones de seguro social la pre eclampsia o eclampsia fue la segunda causa de cesárea, la inducción fallida fue causa en el 4% de los casos, de las mujeres que a las cuales se les indujo el parto, el 28% termino en cesárea.

En nuestro país se han realizado diversos estudios al respecto, sin embargo en la revisión realizada en UNAN-Managua se encontraron solamente tres estudios concernientes al tema.

Uno de ellos titulado: Principales indicaciones de cesárea en el HBCR en el periodo enero junio 2007, se encontró que más frecuente cesárea anterior 34.1 %, seguido por vitalidad fetal comprometida en 22.2, posición viciosa 10.8, Preeclamsia 10.2, placenta previa oclusiva total 4.2%, fetos múltiples 3.6%,

macrosomía 3.6%. Del total de cesáreas realizadas, fueron Cesárea electiva 56.9%, y del 43.1% de emergencias. Además del total fueron 92.8% indicación relativa, 7.2% de indicación absoluta según clasificación vigente de cesáreas en el momento del estudio (Meneses Reyes Gema, 2007)

Otro estudio realizado en el Hospital Humberto Alvarado Vázquez en el año 2004 titulado: Indicación de cesárea relaciona con sus resultados perinatales Hospital Humberto Alvarado Vázquez enero a diciembre 2002; Masaya 2004. Se encontró que el principal grupo etario fue entre 21-30 años con 50.7%, con respecto a la paridad, se encontró que 31.7 % eran bigestas, seguidos por el 31% eran primigestas, se encontró que un tercio de las cesáreas se realizaron en primigestas, se encontró que la mayoría de las indicaciones fueron relativas y no absolutas siendo la principal indicación la cesárea anterior con 33.2%, seguida de SFA con 16.8% , una circular de cordón 12.9%, presentación pélvica 10.4% y DCP 8.9%, además se encontró que de los 29 pélvicos del estudio 3.5% eran cefálicos, de 36 circulares 13.8% no tenían circular de cordón. (Aguirre Romero & Aguirre Mora, Masaya 2004)

Un tercer estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque en marzo 2004 se encontró que el principal grupo etario de la realización de cesáreas fue de 25-29 años 39.6%, según la paridad la distribución fue de 47.7% bigestas 27.7% primigestas, las principales indicaciones fueron 43.9% cesárea anterior, 20.9% circular de cordón. Y las semanas de gestación a las cuales se practicaron cesárea a la mayoría de las pacientes fue de 37- 41 SG en 84.6%. (Orozco, Marzo 2004)

Se hizo de nuestro conocimiento la existencia de un estudio realizado en el Hospital Regional Escuela Asunción, sin embargo se realizó la búsqueda en los archivos de Biblioteca y no se logró encontrar dicho estudio.

1.3 Justificación

La cesárea es el procedimiento quirúrgico más frecuente en la Gineco-obstetricia y a pesar de ser muy seguro se considera que comparada con el parto vaginal incrementa la morbi-mortalidad materna y neonatal. Actualmente los índices mundiales de cesáreas han ido incrementando llegando hasta más del 50% de los nacimientos en algunos países siendo Latinoamérica una de las regiones con mayor inclusión en este fenómeno.

A pesar de que existe en Nicaragua un protocolo para la indicación y realización de cesáreas, como una medida para disminuir su incidencia, se ha observado que la tendencia continúa. En el Hospital Regional Asunción Chontales se lleva un registro estadístico el cual refleja que en el año 2013 hubo un porcentaje de cesáreas equivalente a tres veces lo recomendado por la OMS.

La correcta indicación de este procedimiento, está influenciado por múltiples situaciones tales como la interpretación de factores de riesgos maternos y fetales, la comprensión y seguimiento de los protocolos e incluso el personal de salud quien dio la indicación. El indicar la cesárea de forma errónea y precipitada es uno de los principales factores en el aumento de su incidencia, de tal manera que someter a una paciente a cesárea incorrectamente justificada implica exponerla a mayores riesgos, además de favorecer un aumento en los gastos económicos de la unidad de salud. Por ello es importante determinar el seguimiento de dicha norma y establecer la indicación correcta del procedimiento, para tomar medidas dirigidas al fortalecimiento de los conocimientos de una adecuada indicación de cesárea y de esta manera disminuir su incidencia en esta unidad de salud.

El anuario nacional del INSS se reportan un 56% de nacimientos vía cesárea patrón que viene en crecimiento desde 1994 cuando predominaban los nacimientos por vía vaginal.

Para el año 2013 el porcentaje de cesáreas fue de 48% que es alto en comparación a los porcentajes recomendados internacionalmente de 15 % para una unidad de salud secundaria. Con respecto al periodo en estudio se encontró una tasa de cesáreas de 51 %.

1.4 Planteamiento del problema

Actualmente a lo largo del mundo se ha visto un creciente número de cesáreas, llegando a la mitad de nacimientos en algunos centros alrededor del mundo y sobre todo en los países del tercer mundo; así mismo las indicaciones consideradas adecuadas se han modificado durante los años y dependen de ellas el clasificar de adecuadas la realización de las cesáreas; ha sido de nuestro conocimiento que en nuestro centro hospitalaria en el último semestre se ha contado con un 50.6 % de índice de nacimientos vía cesárea, por lo que nos hicimos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las indicaciones de las cesáreas realizadas en el Hospital Regional Escuela Asunción, Chontales; Julio - Diciembre 2013?

1.5 OBJETIVOS

Objetivo General

Comprobar las indicaciones de cesárea en el Hospital Regional Escuela Asunción,
Chontales; Julio - Diciembre 2013

Objetivos específicos

1. Identificar los factores biológicos y socio demográficos
2. Determinar los antecedentes patológicos y obstétricos
3. Establecer las causas de cesáreas y complicaciones Materno- fetal
4. Señalar el personal de salud que indicó la cesárea

1.6 Marco teórico

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen (laparotomía) y en el útero (histerotomía), que tiene por objetivo extraer al feto vivo o muerto y la placenta por vía transabdominal, ésta se realiza cuando ocurren circunstancias fetales o maternas anómalas que hacen considerar arriesgado el parto vaginal (Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, Abril, 2013).

Según las normas actualmente establecidas en Nicaragua actualmente se clasifican en cesárea electiva, en el curso de trabajo de parto y de Urgencia.

De acuerdo con la evidencia médica disponible son indicaciones de cesárea electivas: Presentación de nalgas, transversa u oblicua, macrosomía fetal mayor o igual a 4000 gr, Placenta previa ya sea parcial, marginal o total, infecciones maternas tales como Condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando, las mujeres con herpes genital primario simplex virus que ocurre en el tercer trimestre del embarazo; Cesárea iterativa: ≥ 2 cesáreas anteriores, cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en "T"; compromiso fetal que contraindique la inducción del parto como lo son malformaciones fetales, alteraciones Doppler, alteraciones del monitoreo fetal, arritmias fetales, incluye también enfermedad médica materna que desaconseje parto vaginal como lo son las cardiopatías, riesgo de accidente cerebro vascular entre otras. (Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, Abril, 2013)

Las indicaciones para efectuar una cesárea en Curso del Parto: Fracaso de inducto conducción cuando a la paciente se le ha administrado 20mu de Oxitocina por minuto y no hay avances en las modificaciones cervicales; fracaso de inducción de la maduración cervical, parto estacionado y las distocia de

presentación: frente/bregma, occipito /sacra, cara (Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, Abril, 2013).

Las indicaciones para realizar una cesárea urgente están bien definidas: Sospecha/pérdida de bienestar fetal, DPPNI, Prolapso de cordón, Ruptura uterina, Embolia de líquido amniótico, Placenta previa sangrante.

Se han encontrado en diversos estudios características sociodemográficas que contribuyen a las indicaciones de cesáreas tales como lo son la edad, la talla baja, la procedencia, estado civil y escolaridad (Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, Abril, 2013).

Se ha documentado una mayor realización de esta práctica clínica en mujeres de 35 años y de más edad, primígestas. Este comportamiento se acentúa en las mujeres de 20 años de edad en adelante, de modo que las de 35 o más años de edad tienen porcentajes extremadamente elevados de realización de este procedimiento quirúrgico (Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, Abril, 2013).

La talla materna baja <146 cm está asociada con una mayor incidencia de parto por cesárea, y puede ser considerada como factor de riesgo de cesárea. Mahmood encuentra que con el incremento de talla materna hay una disminución significativa de la proporción de pacientes cesareadas; sin embargo, concluye que aunque la talla materna es un predictor útil de la vía de parto en madres menores de 160 cm, el 80% podría tener parto vaginal (Guzmán V., 2011).

Diversos estudios muestran que no existe una asociación estadísticamente significativa entre las embarazadas con sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida entre el fracaso de la inducción con el Índice de Masa Corporal sometidas a cesárea programada vs parto vaginal programado.

Antecedentes Ginecoobstétricos

Con respecto a la paridad en el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana para el 2012 registra que se realizó cesárea en pacientes primigestas 46.3%, bigestas 31.6%, trigestas 13.2% y con más de 4 embarazos 8.9%. Al momento de realizar la cesárea, fueron embarazos de término el 83.6%, embarazos de pretérmino 11.2% y embarazos de pos término 5.2% (Gogeoascoechea C., 2013).

Se recomienda que toda embarazada con periodo intergenesico menor a 18 meses, la resolución obstétrica sea por operación Cesárea para disminuir el riesgo de Ruptura Uterina. Bujoldet.al en 2010 en un estudio de cohorte que incluyo a 1768 mujeres con antecedente de cesárea y periodo intergenésico de menos de 18 y de 18 a 24 meses concluyó que las pacientes con intervalos menores a 18 meses tienen una tasa de ruptura uterina del 4.8% con un riesgo relativo de 3.0 con IC de 95%.

Antecedentes patológicos maternos

Un estudio realizado en la Universidad Nacional del Nordeste, en el Servicio de Tocoginecología del Hospital “Dr. José R. Vidal” en Argentina menciona en cuanto a las indicaciones por patologías maternas asociadas que el 46% fue por Hipertensión arterial crónica, el 21,60% por Diabetes, el 8,40% por coreoanmionitis, el 7,60% por cáncer de cérvix, el 5,20% por Ruptura prematura de membranas, el 4% por cardiopatías, el 2,40% por Lúes, el 2,40% por colestasis, 1,20% por condilomatosis, y por otras indicaciones 0,40% en un total de 250 pacientes con patología previas al embarazo. La incidencia de patologías maternas asociadas respecto del total se observó que de 1229 pacientes el 80,75% de las indicaciones fueron sin patologías asociadas y el 19,25% con asociación a algunas patologías. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011)

En pacientes con embarazo de término en trabajo de parto sin patología asociada o condición materna y/o fetal que contraindique la resolución por vía vaginal, ésta será la preferida, para disminuir la morbilidad asociada a la práctica de la cesárea

sin una indicación médica.

Tipo de Cesárea

Cesárea Electiva:

Es aquella que se realiza en gestantes con enfermedad materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada (Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, Abril, 2013).

Cesárea en curso del parto:

Es la que se 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 (Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, Abril, 2013).

Cesárea urgente:

Es aquella que se realiza como consecuencia de una enfermedad aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal y el intervalo entre la decisión y la realización de la cesárea no debe ser mayor de 30 minutos (Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, Abril, 2013).

Indicación de la Cesárea

Existen grandes diferencias geográficas en las tasas de cesáreas, sin embargo el incremento ha sido global e independiente de las causas, manteniéndose como primera indicación Desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo, cesárea previa sin complicación y cesárea previa con complicación. (Schwarcz R., 2011)

La cesárea anterior mantiene un constante aumento, pues esta indicación se nutre de todas las anteriores. El aumento sostenido de la misma es la indicación que demuestra una mayor tendencia alcista. La tasa de gestantes con una sola

cesárea anterior y sin parto vaginal previo ha aumentado ligeramente del 4,58 al 5,42%.

En el momento actual la indicación que alcanza la mayor cifra es precisamente la desproporción feto-pélvica que en diversas estadísticas se encuentra apareciendo con una frecuencia entre 20 y 29%, es decir, aproximadamente una de cada cuatro cesáreas se practica con la indicación de desproporción feto pélvica (Dr. Gaspar M., 2011).

El sufrimiento fetal agudo también mantiene una tendencia al alza en cuanto a temporalidad. El sufrimiento fetal sigue siendo motivo de polémicas en cuanto a su diagnóstico y su significado pronóstico, pero la cesárea es un excelente recurso de alcanzar un feto del que se sospecha un sufrimiento fetal, por lo que seguirá practicándose. El incremento de la misma a lo largo de los años podría buscarse en la más estricta monitorización a la que se somete en la actualidad a los trabajos de parto y las gestaciones a término. También el abordaje cada vez mayor al que se somete a la gestación y al parto con sustancias uterotónicas podría explicar, aunque sólo parcialmente, esa tendencia progresiva de sufrimiento fetal como indicación de cesárea. (Cabré A., 2013)

Las presentaciones pélvicas también sufren un ligero incremento, más notable en los últimos años, que es poco significativo en el global interanual pero que lo es en el estudio de tendencias y que contribuirá en años sucesivos a un mayor desconocimiento de la técnica del parto de nalgas y un factor sumatorio más a las futuras cesáreas anteriores, estos representan hasta un 11% (Social, 2012).

La placenta previa a menudo se corrige por si sola durante el embarazo. En más del 90 por ciento de las mujeres diagnosticadas con placenta previa durante el segundo trimestre, la placenta se corrige sola casi al final del embarazo. Sin embargo, un porcentaje menor compromete la vida de la paciente por lo que se debe finalizar el embarazo por la vía alta de urgencias.

Se indica cesárea con peso fetal estimado superior a 5000 g en mujeres no diabéticas y con peso estimado superior a 4500 g en diabéticas (Dr. G. Adáñez,

Septiembre 2010); con respecto a la indicación de cesárea electivo por macrosomía fetal en nuestro país es con un producto mayor a los 4,000gr. (Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, Abril, 2013)

En el Síndrome Hipertensivo Gestacional La finalización del embarazo sigue siendo la única intervención capaz de detener el proceso fisiopatológico de la enfermedad.

El Oligohidramnios como patología que complica el embarazo es observado en el 3 al 5 % del total de los embarazos. La disminución del líquido amniótico está asociada con un incremento de la morbimortalidad del recién nacido. La principal consecuencia es una mayor compresión sobre el abdomen fetal, lo que conlleva a una disminución en el movimiento del diafragma fetal, puede desencadenar una limitación en el desarrollo del tejido funcional pulmonar conllevando a problemas en la transición respiratoria. Se obtuvo la información en 326 pacientes, ingresadas en el servicio de Obstetricia con diagnóstico de oligohidramnios de las cuales a 95 pacientes se les realizó operación cesárea que corresponde a un 29% de los casos de oligohidramnios (Funez I., Enero - Abril 2010).

La incidencia de gemelos varía considerablemente entre las comunidades y las familias y ha aumentado recientemente debido al número de madres con más edad y al uso de tratamientos de fertilidad y de concepción asistida. Los fetos de un embarazo gemelar presentan un riesgo mayor de muerte alrededor del momento del parto en comparación con los fetos de un embarazo con feto único.

Complicaciones de la Cesárea

La cesárea no es una intervención exenta de complicaciones, algunas debidas a la propia indicación de la cesárea (situaciones maternas de extrema urgencia) y otras inherentes a la técnica en sí. A grandes rasgos se podría decir que la morbilidad materna se multiplica por 10. Se pueden clasificar las complicaciones en: Intraoperatorias: lesión de vejiga urinaria, lesión intestinal, hemorragias de los senos venosos del segmento, incisión de la placenta, atonía uterina, embolia de

líquido amniótico, lesión fetal. Postoperatorias: Infecciosas (endometritis, absceso de la herida, sepsis, infección urinaria...), Hemorrágicas (atonía, hematomas pélvicos o subaponeuróticos, anemia...), Otras (íleo intestinal, obstrucción intestinal, hernia incisional...)

Dado que la cesárea se realiza bajo anestesia, se añaden además las eventuales complicaciones de ésta, sobre todo cuando es una anestesia general o cuando se ha hecho de manera urgente.

La cefalea post punción Dural

En obstetricia fue descrita por en 1898 por Bier, que la atribuyó a la pérdida de líquido cefalorraquídeo. La primera publicación de esta teoría la hizo MacRobert en 1918. A principios del siglo XX la AS se realizaba con agujas gruesas, siendo la incidencia de CPPD del 50-66%. En 1951 Whitacre y Hart desarrollaron la aguja con extremo “en punta de lápiz”, con una reducción significativa de la frecuencia de cefalea. La CPPD es una entidad especialmente frecuente y relevante en obstetricia. Puede constituir un grave problema en este grupo de población, ya que limita a la madre para el cuidado del recién nacido, puede ser origen de complicaciones médicas potencialmente graves, y tener implicaciones legales. La incidencia de punción dural se sitúa entre el 0,5 – 2,6%, (hasta el 4,4%) según las distintas series.

Transfusiones de paquete globular

La hemorragia fue 3 veces más frecuente como complicación poscesárea que como complicación posparto; esto difiere de lo reportado por Allen et al y Burrows et al, quienes encontraron menor frecuencia de hemorragia pos cesárea que posparto, su hallazgo fue inesperado y puede deberse a la ya reconocida subestimación de hasta el 50% de hemorragia intraquirúrgica. El riesgo de transfusión fue 6 veces mayor en las cesáreas, lo que concuerda con la mayor frecuencia de hemorragia encontrada. Considerando lo anterior, nos damos cuenta de que el incremento de riesgo en las complicaciones importantes posteriores a una cesárea no es despreciable y contradice la creencia popular de que la cesárea tiene un riesgo mínimo para la madre (J., 2013).

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

Diseño metodológico

2.1 Tipo de estudio:

Observacional, Descriptivo, de prevalencia

2.2 Área de estudio:

El estudio se realizó en el Hospital Escuela Asunción Juigalpa, localizado en el barrio Héctor Ugarte, de la ciudad de Juigalpa, Chontales, Nicaragua.

2.3 Universo:

El universo del estudio estará compuesto por 1257 pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Regional Escuela Asunción Juigalpa en los meses de Julio – Diciembre del año 2013.

2.4 Muestra:

Se calculó la muestra por medio de OpenEpi versión 3.01, dicho sistema empleo para el cálculo de la muestra la siguiente fórmula:

$$n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$$

Resultando una muestra de 295 sujetos para un intervalo de confianza de 95% y un error estándar de 0.05.

La selección de los sujetos de estudio se realizara mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia.

2.5 Unidad de análisis

Pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Escuela Asunción Juigalpa en el periodo de Julio – Diciembre 2013

2.6 Criterios de inclusión:

- Sujetos que fueron sometidas a cesárea en el periodo en estudio

2.6 Criterios de exclusión:

- Expedientes extraviados
- Expedientes incompletos, con letras ilegibles o sin indicación claramente establecida de cesárea
- Sujetos admitidos post quirúrgicos de cesáreas realizadas en otros centros hospitalarios

2.7 Técnicas y Procedimientos

Para hacer posible la realización de este estudio, como primer paso se realizó la solicitud formal y escrita a las autoridades administrativas de la institución, el permiso para la revisión de la información estadística necesaria para la recolección de expedientes clínicos de los sujetos de estudio, con ella se logró determinar la muestra mediante calculo estadístico con los medios antes descritos; una vez determinada la muestra se procedió a la búsqueda de los expedientes pertenecientes a los sujetos de investigación en archivo del centro hospitalario, seleccionando mediante muestreo aleatorio simple los expedientes que cumplieran los criterios de inclusión y no fueran excluibles del estudio.

Una vez obtenido el grupo muestral, se procedió a la revisión mediante llenado de instrumento de recolección de la información previamente diseñado para este fin, posteriormente la información fue digitalizada en una matriz de datos en SPSS a partir de la cual se obtuvieron tablas y gráficos para su análisis lo cual derivó en los resultados de esta investigación.

2.8 Análisis de los datos

Para el análisis se usó del paquete estadístico SPSS versión 18.0 con el fin de procesar los datos obtenidos y generar resultados que den paso al análisis. Asimismo, se elaboraron tablas, gráficos y diagramas que brindaron información relevante acerca del tema en cuestión.

2.9 Listado de Variables

Objetivo 1: Factores biológicos y socio-demográficos

1. Edad
2. Peso
3. Talla
4. Escolaridad
5. Estado civil
6. Procedencia

Objetivo 2: Antecedentes patológicos y obstétricos

7. Antecedentes patológicos personales:

- Diabetes
- Hipertensión Crónica
- Preeclampsia, Eclampsia
- Cirugía del tracto reproductivo
- VIH
- Otros

8. Antecedentes obstétricos:

- Gestas previas
- Partos
- Cesáreas previas
- Abortos
- Periodo intergenésico
- Patología en embarazo Actual

Objetivo 3: Establecer las causas de cesárea y complicaciones materno fetales

9. Tipo de cesárea (electiva, urgencia, en curso de parto)
10. Indicación de la cesárea
11. *Complicaciones maternas*
 - Hemorragia
 - Infección de herida quirúrgica

- Dehiscencia de herida quirúrgica
- Atonía uterina
- Cefalea post punción
- Transfusión sanguínea
- Otros

12. Complicaciones fetales

- Trastornos respiratorios del recién nacido
- Trauma obstétrico
- Otros

Objetivo 4: *personal que indica la cesárea*

13. Personal que indica la cesárea

2. 10 Operacionalización de las variables

| Variable | Concepto | Dimensión | Indicador | Escala |
|--|--|-----------|------------------------|---|
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad | | Años | <20 20-30 >35 |
| Peso | Medida de la masa corporal | | Kilogramos | 0-100 |
| Talla | Altura medida desde los pies hasta la cabeza | | Metros | 0-1.90 |
| Escolaridad | Mayor nivel académico alcanzado por el individuo | | Nivel académico | Primaria secundaria Técnico superior Universitaria analfabeta alfabetizada |
| Procedencia | Departamento según división política en el que reside | | Departamento | Chontales RAAS Rio San Juan Boaco Otros |
| Área de residencia | Grupo poblacional al cual pertenecen | | Grupo poblacional | Urbano Rural |
| <i>Antecedentes patológicos personales</i> | Enfermedades padecidas previas a la gestación actual o en un embarazo anterior | | Enfermedades padecidas | Diabetes Hipertensión Preeclampsia, Eclampsia Cirugía del tracto reproductivo |

| | | | | |
|---------------------------------|--|---------------------------|----------------------------|---|
| | | | | VIH Otros Ninguno |
| <i>Patologías actuales</i> | Patologías maternas acontecidas durante la estancia intrahospitalaria del sujeto | | Patología padecida | Preeclampsia Eclampsia RPM Diabetes gestacional Embarazo prolongado, posttermino HTA crónica Hipertensión gestacional |
| <i>Antecedentes obstétricos</i> | Eventos obstétricos sucedidos previo al embarazo actual | Gestas previas | Cantidad de veces ocurrido | Ninguno 1 2 3 4 5 o mas |
| | | Partos | | |
| | | Cesáreas previas | | |
| | | Abortos | | |
| | | Fin del embarazo anterior | Años | Menos de 2 2-5 Más de 5 |
| Tipo de cesárea | Clasificación de la cesárea según el momento y urgencia | | Tipo de cesárea | Electiva En curso del parto Urgente |
| Indicación de la cesárea | Circunstancias maternas o fetales que | | Presencia de la indicación | Cesárea anterior DCP |

| | | | | |
|--------------------------------|--|--|------------------------------|---|
| | contraindican el parto vaginal | | | Eclampsia Parto obstruido Sufrimiento fetal agudo Otros |
| Complicaciones maternas | Complicación que se presenta en la madre debido a la realización de la cesárea | | Presencia de la Complicación | Hemorragia Infección de herida quirúrgica Dehiscencia de herida quirúrgica Atonía uterina Cefalea post punción Transfusión sanguínea Ninguna Otros |
| Complicaciones fetales | Complicaciones que presenta el recién nacido al nacer por vía cesárea | | Presencia de la Complicación | Trastornos respiratorios del recién nacido Trauma obstétrico Ninguno Otros |
| Personal que indica la cesárea | Personal de la salud que decidió indicar la realización de la cesárea | | Persona que indica | Gineco-obstetra Médico general Medico en servicio social Médico Interno Enf. Obstetra |

2.11 Recolección de los datos:

La recolección de los datos se realizó de fuente secundaria, mediante la revisión de expedientes clínicos de los sujetos de estudio y registro de estadística del Hospital del estudio, aplicándoles a los mismos un instrumento de recolección de la información prediseñado que cumple con los objetivos y variables necesarias para la realización del estudio.

2.12 Instrumento de recolección de la información:

Se elaboró una ficha de recolección de información que cumple con las variables comprendidas entre los objetivos del estudio (ver en anexos)

2.13 Consideraciones éticas:

Para la realización del estudio, se obtuvo información mediante la revisión de los expedientes clínicos de los sujetos que cumplieron los criterios de inclusión. Para ello, se solicitó el permiso de las autoridades pertinentes para acceder a dicha fuente de información, esto mediante la emisión de una carta de solicitud a las autoridades administrativas y de archivos y estadística del hospital en cuestión, en la cual se explicó claramente los fines del estudio.

La obtención de la información fue de fuente indirecta, mediante la revisión de los expedientes clínicos correspondientes a cada sujeto, esto mediante el llenado de una ficha de recolección de información, conteniente de los ítems necesarios para el análisis pretendido y que además no contiene elementos que pueden identificar al paciente (como nombres, dirección, números de cedula, seguro social, etc.)

La información obtenida de los expediente no será divulgada con otros fines más que académicos y con el objetivo de enriquecer el conocimiento científico de la comunidad médica. En ningún momento se dará a conocer información que pueda identificar a cualquiera de los sujetos de investigación y serán expuestos únicamente los datos analizados y filtrados que conciernen al estudio

CAPITULO III

DESARROLLO

3.1 Resultados

En la población a estudio el grupo etareo predominante fue de 20 a 34 años con un porcentaje de 58%(171), seguido del grupo menor de 20 años correspondiente al 32.2%(95) y 35 o más años que corresponde al 9.8%(29). El mayor nivel escolar alcanzado por la mayoría fue primaria en 40.7%, secundaria en 37.6%, analfabeta en 11.9% universitarias 8.5% y el 1.4% alfabetizado. (ver tabla 1a).

El estado civil predominante fue la unión de hecho estables en 62% de los casos, seguido de casadas 29.2% y solteras 8.8%. La media de talla en el grupo de estudio fue de 1.54 mts, siendo sus extremos mayor y menor, 1.88mts. Y 1.39 mts. respectivamente. El peso por su parte presentó una media de 67.9 kg. Siendo los valores mínimos y máximos 41kg y 100 kgs. Respectivamente.(Ver tabla 1b y 1c)

La mayoría de las pacientes eran procedentes de chontales 65.4%, y con menor frecuencia de RAAS 23.7% Rio San Juan 5.8% y Boaco 5.1%, de todas las pacientes, el 52.2% procedían del área rural y el resto 47.8% del área urbana. (Ver tabla 1d).

En la relación escolaridad según edad encontramos que en el grupo de menores de 20 predomina primaria y secundaria, igualmente en el grupo 20- 34 pero en este un alto porcentaje de todas las universitarias de la muestra, en contraste las mayores de 35 predominan como analfabetas y primaria. (Ver tabla 1e.)

El 87.5 % de la muestra no poseían ningún antecedente patológico, sin embargo 10 sujetos (10.4%) poseía HTA crónica, 6 (2%) obesidad mórbida, 4(1.4%) Preeclampsia en embarazos previos, 3(1%) Asma Bronquial, 2(0.7%) hipertensión gestacional, 2 (0,7 %) Cardiópatas, 1 (0.3%) padecía diabetes. Incluido como otras patologías (3.1%) encontramos casos aislados de Síndrome de Marfan, Retraso Mental, Toxoplasmosis, Secuela de ACV, Epilepsia, Cirugia del Tracto Urogenital. (Ver tabla 2a)

Entre los antecedentes gineco- obstétricos se encontró que el 50.5% de las pacientes cursaban su primer embarazo, 19.3% tenían 1 embarazo previo, 14.9% poseían 2 embarazos previos, 7.5% poseían 3 previos, 3.4% 4 previos 4.4% 5 o más embarazos previos. (Ver tabla 2b)

El 70.2% de las pacientes no tenían ningún parto previo, el 11.2% tenía uno previo, 9.2% 2 previos, 3.4% 3 previos, 2.4% 4 previos y 3.7% tenían 5 o más partos previos. El 87.8% de las pacientes no curso nunca un aborto, sin embargo el 8.8% curso con 1 aborto, 3.1% con 2 abortos y solo una paciente (0.3%) con 3 abortos. Cabe destacar que en esta última los abortos no fueron consecutivos (Ver tabla 2b).

El 79.7% de las pacientes no tenían ninguna cesárea previa, solo el 16.6% tenía antecedente de 1 cesárea y el 3.7% 2 cesáreas previas.(Ver tabla 2b)

Con respecto al periodo intergenésico de todas las pacientes, el 50.5% (149) no aplican por no poseer embarazos anteriores, el 24.7% (73) poseen periodo intergenésico de 5 años o más, 14.6% (43) 2-5 años y 10.25% 2 o menos.(Ver tabla No. 2d)

Entre las patologías maternas padecidas durante su ingreso, el 51.9% de todas las pacientes no presentó ninguna patología, la patología más frecuente fue Preeclampsia con 12.2%(36), seguido de RPM con 9.8%(29), hipertensión gestacional con 8.5%(25), oligo hidramnios severo o anhidramnios con 4.4%(13), IVU con 3.1%(9), embarazo prolongado o post termino con 2.4%, Rh Negativo e HTA crónica con 1.7%(5 cada una) y "otros" corresponde a 3.4% dentro de esta categoría encontramos casos aislados de Diabetes Gestacional, APP, Apendicitis, Placenta previa, Síndrome de Marfan, Cardiopatía, entre otras (Ver tabla No.2e)

En el periodo de estudio acontecieron 2464 partos tanto por vía vaginal como cesárea a esta última se le atribuyen 1257 de ellos, resultando una tasa de cesárea de 51%.

El tipo de cesárea más frecuente fue la cesárea electiva con 47.5%(140), seguido de la cesárea de urgencia con 38.6%(114) y la cesárea en curso de parto con 13.9%(41). (Ver tabla 3a)

La edad gestacional a la cual se indicó la cesárea fue con mayor frecuencia entre las 37-40 6/7 SG en un 82%(242) de los casos, seguido de 10.5%(31) que fueron 41 o más SG y 7.5%(22) realizadas a las 28-36 6/7SG(Ver tabla 3b).

En el grupo de estudio se encontraron amplia variedad de indicaciones de cesáreas siendo la principal indicación el sufrimiento fetal agudo (SFA) con 17.6%, la cesárea anterior con 16.9%, seguido de DCP con 10.5%, trabajo de parto obstruido con 9.2%, Preeclampsia con 5.8% de los casos además de otras destacables como presentación pélvica y circular de cordón en 5.4% de los casos respectivamente, feto grande 5.1%, inducto-conducción fallida en 3.7%,se pueden destacar un único caso (0.3%) de Eclampsia, 4 embarazos gemelares que corresponden al 1.4%. (Ver tabla 3c)

En las cesáreas de urgencia(n=114) las principales indicaciones fueron SFA en 52 casos (45.6%), Preeclampsia 17 casos (14.9%), oligohidramnio severo o anhidramnios en 9 casos (7.9%), DCP en 6 de los casos(5.3%), cesárea anterior en 6 casos (5.3%) las cuales fueron incluidas en esta categoría ya que presentaban trabajo de parto, Placenta Previa Sangrante 5.3%y se puede destacar un caso de Eclampsia (0.9%). (Ver tabla 3d)

Entre las cesáreas electivas(n=140) las principales indicaciones fueron Cesárea Anterior con 44 casos(31.4%), DCP con 23 casos (16.4%), Circular de cordón con 10%, feto grande 10%, presentación pélvica 7.9%, Embarazo prolongado y pos termino 4.3%, Embarazo gemelar 2.9%.(Ver tabla 3e)

Con respecto a las cesáreas en curso de parto(n=41) las indicaciones fueron parto obstruido en el 63.4%(26), inducto-conducción fallida en el 22%(9), DCP 4.9%(2), Presentación pélvica 2.4%(1), distocia de la contracción 2.4%.(Ver tabla 3f)

De complicaciones post quirúrgicas encontramos una baja frecuencia, pues el 98.4%(290) de las pacientes sometidas a cesárea no presentó ninguna complicación, sin embargo 2 pacientes (0.7%) necesitaron transfusión sanguínea, una paciente en la muestra presento cefalea post punción (0.3%), una paciente presentó disminución de la fuerza muscular en miembros inferiores (0.3%) y una paciente se le realizó Histerectomía obstétrica. Con respecto a las complicaciones fetales el 93.2%(275) de los nacimientos no tuvo complicaciones, sin embargo 19 de los recién nacidos presentaron trastornos respiratorios (6.4%), y se presentó un caso de trauma obstétrico correspondiente a 0.3%. (Ver tabla 3g). Cabe destacar que entre los productos que sufrieron trastornos respiratorios 9 eran pre término y 5 a término; el que presentó trauma obstétrico fue postérmino (Ver Tabla 3h)

Del personal que indica la Cesárea se encontró que los gineco-obstetras fueron quienes indicaron el 97.3% de las cesáreas, un médico general indico las cesáreas en 1.7% de los casos y en 1% de los casos la Cesárea fue indicada por un médico en servicio social.

3.2 Discusión

En el estudio encontramos que el principal grupo etario es de 20 a 34 años considerado como el grupo etario óptimo para la gestación, sin embargo encontramos un porcentaje significativo de adolescentes (menor de 20 años) las cuales fueron sometidas a cesáreas, este hecho se contradice con lo reflejado en la normativa vigente para cesáreas ya que menciona que existe un mayor índice en la mujeres mayores de 35 años pero se puede relacionar a las cifras altas de embarazos en la adolescencia. La mayoría de las pacientes alcanzaron un nivel de educación primaria y secundaria lo cual podemos considerar un adecuado nivel educativo a pesar de ser población muy joven con predominio de estado civil en unión de hecho estable.

Con respecto a la talla encontramos que la media fue de 1.54 m. Lo cual no corresponde con la clasificación de talla baja materna y por lo tanto es un factor de riesgo menos de las pacientes en estudio. Pese a que en la literatura no se ha encontrado una asociación estadística confiable en el estudio observamos que la mayoría de las pacientes poseían un peso superior a los 60 kg, con una media de 67.9kgs.

Tomando en cuenta que el Hospital en que se realizó el estudio es Regional y acepta traslados de otros departamentos encontramos que una proporción significativa procedía fuera de Chontales por lo cual representa una carga extra de cesáreas a la institución la cual además puede ser una causa más de la alta tasa encontrada y debido a su condición de segundo nivel de resolución es difícil de disminuir. La distribución de la población en estudio con respecto a la residencia fue muy equitativa con ligero predominio del área rural.

En nuestro estudio el 87.5% de las pacientes no poseía ningún antecedentes patológicos previo al embarazo actual lo cual es ligeramente superior a lo descrito por el Instituto de Seguro Social Mexicano para el 2011, el principal antecedente fue la HTA crónica coincidiendo además con el estudio de la Universidad Nacional del Nordeste en Argentina, por lo cual podemos decir que con respecto a

los antecedentes patológicos no existe mucha diferencia con los países latinoamericanos y el nuestro.

Al igual que el estudio de la universidad veracruzana de 2012 (Gogeoascoechea C., 2013) encontramos que las cesáreas fueron realizadas principalmente en pacientes primigestas, siendo sin embargo el resultado de nuestro estudio un 3.7% mayor que el antes mencionado, sin embargo difieren en cuanto al porcentaje de las mujeres con 4 o más embarazos pues, nuestros resultados superan al estudio veracruzano (8.9% según este último) en este ámbito sumando 15.3% lo cual representa un porcentaje importante de las pacientes, y que se puede relacionar con que estos extremos de la paridad representan mayores riesgos durante la gestación y en el parto y por ello influyen en la decisión de realización de cesárea.

Con respecto a los partos previos encontramos que existe un porcentaje mayor entre las pacientes sin parto previo que las primigestas, lo cual en alguna instancia se podría considerar proporcional, sin embargo encontramos pacientes las cuales presentaron abortos (expulsión fetal menor 500gr o 22 SG) (Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, Abril, 2013) y por ello no cuentan como partos aumentando así la proporción además existen pacientes que en su primer embarazo se les realizó cesárea y por la misma razón no figuran en los partos. Más de un tercio de la muestra no presentó abortos previos al embarazo actual y encontramos solo un caso de una paciente la cual presentó 3 abortos los cuales no fueron consecutivos pues entre ellos existió un nacimiento por vía cesárea.

Del total de la muestra solamente el 20.3% se le había realizado una o más cesáreas previas, indicándonos esto que a más del tercio de las pacientes se les realizaba operación cesárea por primera vez. Se encontró además que la mayor frecuencia de cesárea estaba entre los sujetos con periodo intergenésico mayor a 5 años y la menor proporción con periodo intergenésico menor de 2 años, dato que nos muestra una pequeña relación con respecto mayor periodo intergenésico y realización de cesárea el cual puede ser objeto de nuevos estudios en el futuro.

Poco menos de la mitad de los sujetos de la muestra presentaron alguna patología en el embarazo actual sumando el síndrome hipertensivo gestacional corresponde al 22.4% de las pacientes una cifra importante que coincide con los datos nacionales conocidos (Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, Abril, 2013) otra de las patologías frecuentes encontradas en la muestra es la ruptura prematura de membranas ovulares cuyo porcentaje en la muestra es prácticamente igual al mencionado por la Normativa nacional (Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, Abril, 2013)

Según OMS la tasa de cesáreas de cualquier región debe oscilar entre 10-15% lo cual fue determinado por expertos de nivel mundial en 1985 en Fortaleza, Brasil (OMS Human Reproduction Programme, 2015); según Schwarcz y Fescina la tasa ideal puede llegar a ser hasta de un 20% (Schwarcz R., 2011) en nuestro estudio encontramos sin embargo un índice de cesáreas de 51%, esta es una tasa tres veces mayor a la recomendada, esto se corresponde con el anuario del INSS 2012 (INSS Nicaragua, 2012) en el cual la tasa de cesáreas fue de 56%; alrededor del mundo se encuentra una tendencia al alza de las tasas de cesáreas, siendo América latina una de las zonas de mayor “abuso” de la cesárea (Schwarcz R., 2011) encontrando en ella tasas como 36.7% en Brasil y 39.6% en México (Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales, 2007) y ello solo nos contrasta con el elevado resultado obtenido en nuestro estudio.

Poco menos de la mitad de la muestra cursó con cesárea electiva (47.5%) porcentaje muy similar al descrito por la OMS en 2006 en el porcentaje fue 49% para América latina (WHO global survey on maternal and perinatal health research group, 2006) por lo cual podemos decir que el resultado es comparable a los resultados medios en América latina; sin embargo observamos una importante diferencia con respecto al porcentaje de las cesáreas realizadas de urgencia pues nuestro estudio muestra que las mismas representan poco más de un tercio de las cesáreas realizadas, casi todas sin trabajo de parto.

Un porcentaje muy elevado (82%) de las cesáreas fue realizada en embarazos a término coincidiendo con la premisa de permitir la evolución del embarazo hasta el término lo más posible y de preferencia hasta las 39 semanas de gestación (Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, Abril, 2013) (Schwarcz R., 2011) se observó que la mayoría de estas cesáreas fue en embarazos alrededor de las 38 semanas de gestación; todo ello coincidiendo con los resultados obtenidos por Barea Orozco en 2004 (Orozco, Marzo 2004). En la muestra acontecieron 22 cesáreas en embarazos pre término, de las cuales en su gran mayoría fueron cesáreas de emergencia debido a patologías maternas en el embarazo actual y que ponían en riesgo la vida del producto o la madre.

Las principales indicaciones de cesárea en la muestra fueron: Sufrimiento fetal agudo, Cesárea anterior y desproporción céfalo pélvica coincidiendo (aunque no es el mismo orden) con la mayoría de los autores citados como las tres principales indicaciones de cesáreas a nivel nacional e internacional (Schwarcz R., 2011) (Orozco, Marzo 2004) (Meneses Reyes Gema, 2007) podemos comparar entonces, nuestros resultados con los resultados latinoamericanos obtenidos por la OMS, cuya única diferencia mayoritaria es en el porcentaje de pacientes las cuales ya habían sido sometidas al menos a una cesárea previa pues para nuestro estudio es de la mitad del obtenido por la OMS. De forma interesante encontramos al igual que los autores nacionales a la cesárea anterior como una importante indicación, y que como ya mencionamos previamente a la mayoría de las pacientes las cuales se encontraban en edad reproductiva y menores a 25 años; se les realizaba por primera vez una cesárea por ello no es de extrañar que la “cesárea anterior” como motivo de cesárea este en aumento y algún día pueda alcanzar el primer lugar entre todas las indicaciones , es meritorio por ello en el futuro analizar la correcta realización de las cesáreas en pacientes con una o mas cesáreas previas.

Entre las cesáreas de urgencia la principal indicación fue el sufrimiento fetal agudo, indicación la cual ha tenido aumento exponencial como es descrito por Cabré (Cabré A., 2013) pues en el centro asistencial donde se realizo el estudio se

cuenta con medios básicos para la monitorización fetal y seguirá en incremento de mejorar la capacidad y calidad de dicho procedimiento.

Dentro de las cesáreas electivas la principal indicación fue la cesárea anterior con su tendencia al alza como ya hemos explicado previamente, cabe destacar que se indicó cesárea en esta categoría en 10% debido a circular de cordón, la cual pese a que no figura en las indicaciones de cesárea establecidas por la normativa vigente, constituye un factor de riesgo para resultados neonatales desfavorables. Entre las cesáreas en curso de parto las cuales fueron una proporción muy pequeña comprada con las de la OMS, figuro el parto obstruido como la principal indicación de la cesárea.

Encontramos un índice bajo de complicaciones post quirúrgicas de la cesárea, se encontró que el 98.4% no presentó complicaciones maternas, 0.7% de las pacientes requirió de transfusión sanguínea posterior a la cesárea; porcentaje que es levemente más elevado que el obtenido por la OMS(0.4%) para casos similares (WHO global survey on maternal and perinatal health research group, 2006). El 0.3% presentó cefalea post punción, cuando en la literatura se describe que de 0.5-2.6% de los pacientes sufren de esta complicación, que sin embargo es de considerar que puede existir un sub registro de este fenómeno pues en la práctica diaria se encuentra frecuentemente pacientes con datos de cefalea post punción dural las cuales no son correctamente documentadas en las listas de problemas, epicrisis u hojas de estadística. Cabe destacar que una paciente presentó disminución de la fuerza muscular en miembros inferiores, que es una complicación rara pero puede suceder debido a la punción dural y que puede ser temporal por efecto del fármaco administrado y permanente si se lesionaron los nervios de la cola de caballo. Una de las pacientes requirió la realización de histerectomía obstétrica debido a atonía uterina transcesarea, dicha paciente se recuperó satisfactoriamente; esta fue la complicación más importante encontrada en el grupo muestral y su porcentaje de 0.3% es bajo en comparación a las tasas internacionales.

Solamente el 6.7% de los recién nacidos presento alguna complicación posterior a la cesárea siendo la más importante los trastornos respiratorios del recién nacido los cuales en su mayoría se presentaron en productos pretermino y un caso de trauma obstétrico en un producto post termino.

En nuestro estudio encontramos que la gran mayoría de las cesáreas fueron indicadas por ginecoobstetras, sin embargo una pequeña proporción se indicó tanto por médicos generales como médico en servicio social, esto se determinó debido a que en la jerarquía de la nota de indicación no se encontró otro nombre de mayor jerarquía, lo que no implica que el Ginecoobstetra no estuviera involucrado sino que pudo no haberse registrado el hecho que el especialista lo haya indicado.

3.3 Conclusiones

Las pacientes en estudio son mujeres en edad fértil de entre 20-34 años con un nivel escolar adecuado, predominando de primaria y secundaria; la mayoría en unión estable con una talla y peso promedio de 1.54mts y 67.9 Kg. Respectivamente. Nuestras pacientes procedían esencialmente de Chontales, la mayoría de áreas rurales

Las enfermedades previas al embarazo actual, con más frecuencia fueron la Hipertensión crónica, la Obesidad mórbida y la Pre eclampsia. Más de la mitad de la muestra eran primigestas; el 70.2% no tenía partos previos y al 79.7% se le realizaba cesárea por primera vez. Las patologías principales en el embarazo actual fueron pre eclampsia RPM e Hipertensión gestacional

La tasa de cesáreas en el centro de estudio fue de 51%, siendo el tipo de cesárea más frecuente la cesárea electiva. Las principales indicaciones de cesárea fueron:

- Sufrimiento fetal Agudo
- Cesárea anterior
- Desproporción céfalo-pélvica

La principal complicación post cesárea fue la necesidad de transfusión sanguínea y la complicación fetal más frecuente fueron los trastornos respiratorios del recién nacido. El 97.3% de las cesáreas se indicaron por gineco-obstetras.

3.4 Recomendaciones

1. Realizar estudios analíticos que evalúen si las cesáreas están correctamente indicadas según estándares actuales.
2. Se retome las indicaciones adscritas por la norma en vigencia y la cesárea sea indicada totalmente por personal especialista tomando en cuenta factores que puedan reducir el índice de cesáreas en los próximos años
3. Tomar medidas estrictas que busquen disminuir la cantidad de cesáreas realizadas en este centro hospitalario, especialmente las realizadas posterior a una cesárea previa.
4. Realizar estudios sobre manejo del expediente clínico para valorar el orden, llenado y determinar si el expediente está completo y cumple con estándares establecidos en la normativa No. 109
5. Crear memoria de los estudios que se realizan en este centro hospitalario

CAPITULO IV

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Romero, L., & Aguirre Mora, E. (Masaya 2004). *Indicación de cesárea relaciona con sus resultados perinatales Hospital Humberto Alvarado Vásquez enero a diciembre 2002.*

Cabré A., R. A. (2013). Sufrimiento fetal Agudo Incidencia de cesáreas.

Dr. G. Adánez, D. E. (Septiembre 2010). Macrosomía Fetal.

Dr. Gaspar M., V. M. (2011). Parto Distócico por desproporción feto-pélvica. *Revista Médica Hondureña* , VOL. 43.

Funez I., L. S. (Enero - Abril 2010). Incidencia de Cesárea en pacientes con Embarazos complicados con Oligohidramnios En el Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Revista Medica de los Post Grados de Medicina UNAH* , Vol. 11 Nº 1.

Gogeoascoechea C., R. M. (2013). Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. *Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana* .

Guzmán V., G. P. (2011). TALLA MATERNA BAJA COMO FACTOR DE RIESGO DE CESÀREA. *Servicio de Gíneco-Obstetricia del Hospital Belén y del Hospital Regional Docente de Trujillo* , 47.- 117-120.

INSS Nicaragua. (2012). *Anuario estadístico 2012*. Mangua .

Instituto Mexicano del Seguro Social, D. d. (2011). *Guía clínica para la realización de Operación Cesárea* . México D.F.

J., T. (2013). El dilema persiste. Vaginal or caesarean delivery. *Servicio de Ginecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén. España* , Volumen 31 Num.10.

Meneses Reyes Gema, O. T. (2007). *Principales indicaciones de cesarea en el HBCR en el periodo enero junio 2007.*

Normativa 109 Protocolo para la atención de las complicaciones Obstétricas, M. M.-2. (Abril, 2013). *Protocolo de Atención a las Complicaciones Obstétricas*. Managua: MINSA.

Nubia, B. O. (Marzo 2004). *Principales indicaciones de cesáreas en el HB en el mes de Septiembre.*

OMS Human Reproduction Programme. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de césareas. 8.

Schwarcz R., F. R. (2011). *Obstetricia 6ta edición*. Buenos Aires: El Ateneo 2011.

Social, I. M. (2012). Operación Cesárea. *Guía de Practica Clínica para la reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea* .

Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales. (2007). *Revista Panamericana de Salud Publica* , 251.

CAPITULO V

ANEXOS

5.1 Tablas y gráficos

Objetivo 1: Identificar los factores biológicos y socio demográficos

Tabla 1a. edad y escolaridad de las pacientes sometidas a cesáreas en HRAJ, Julio-Diciembre 2013

| Variable | Frecuencia | Porcentaje (%) |
|--------------------|------------|----------------|
| Edad | | |
| < 20 | 95 | 32.2 |
| 20-34 | 171 | 58.0 |
| 35 o mas | 29 | 9.8 |
| Escolaridad | | |
| Analfabeta | 35 | 11.9 |
| Alfabetizado | 4 | 1.4 |
| Primaria | 120 | 40.7 |
| Secundaria | 111 | 37.6 |
| Universitario | 25 | 8.5 |

Fuente: Expediente clínico

n=295

Tabla 1b. Peso y talla de las pacientes sometidas a cesáreas en HRAJ, Julio-Diciembre 2013

| | Peso | Talla |
|----------------|---------|--------|
| N | 295 | 295 |
| Media | 67.9522 | 1.5476 |
| Mediana | 66.9000 | 1.5400 |
| Moda | 60.00 | 1.54 |

Fuente: Expediente Clínico

n=295

Tabla 1c. Estado civil de las pacientes sometidas a cesáreas en HRAJ, Julio-Diciembre 2013

| Estado Civil | | |
|----------------------|-----|------------|
| | N | Porcentaje |
| Soltera | 26 | 8.8 |
| Casada | 86 | 29.2 |
| Unión estable | 183 | 62.0 |

Fuente: Expediente Clínico

n=295

1d. Procedencia y área de residencia de las pacientes sometidas a cesáreas en

| Departamento de Procedencia | | |
|------------------------------------|-----|------------|
| | N | Porcentaje |
| Chontales | 193 | 65.4 |
| RAAS | 70 | 23.7 |
| Rio San Juan | 17 | 5.8 |
| Boaco | 15 | 5.1 |
| Área de Residencia | | |
| Urbano | 141 | 47.8 |
| Rural | 154 | 52.2 |

HRAJ, Julio-Diciembre 2013

Fuente: Expediente Clínico

n=295

Tabla 1e. Relación escolaridad según edad de las pacientes sometidas a cesáreas en HRAJ, Julio-Diciembre 2013

| | Escolaridad | | | | |
|-----------------|--------------------|--------------|----------|------------|---------------|
| | Analfabeta | Alfabetizado | Primaria | Secundaria | Universitario |
| < 20 | 4 | 2 | 24 | 23 | 1 |
| 20-34 | 10 | 1 | 36 | 29 | 8 |
| 35 o mas | 5 | 0 | 9 | 3 | 0 |

Fuente: Expediente clínico

n=295

Objetivo 2: Antecedentes Patológicos y Obstétricos

Tabla 2 a. Antecedentes Patológicos de las pacientes sometidas a cesáreas en HRAJ, Julio-Diciembre 2013

| Antecedentes Patológicos Personales | | |
|--|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Ninguno | 258 | 87.5 |
| HTA crónica | 10 | 3.4 |
| Otros | 9 | 3.1 |
| Obesidad mórbida | 6 | 2.0 |
| Preeclampsia | 4 | 1.4 |
| Asma Bronquial | 3 | 1.0 |
| Hipertensión gestacional | 2 | 0.7 |
| Cardiopatía | 2 | 0.7 |
| Diabetes | 1 | 0.3 |

Fuente: Expediente Clínico n=295

Tabla 2b. Antecedentes Obstétricos de las pacientes sometidas a cesáreas en HRAJ, Julio-Diciembre 2013

| Numero de evento obst. | Gestas | | Partos | | Abortos | | Cesáreas | |
|------------------------|--------|------|--------|------|---------|------|----------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 0 | 149 | 50.5 | 207 | 70.2 | 259 | 87.8 | 235 | 79.7 |
| 1 | 57 | 19.3 | 33 | 11.2 | 26 | 8.8 | 49 | 16.6 |
| 2 | 44 | 14.9 | 27 | 9.2 | 9 | 3.1 | 11 | 3.7 |
| 3 | 22 | 7.5 | 10 | 3.4 | 1 | 0.3 | 0 | 0 |
| 4 | 10 | 3.4 | 7 | 2.4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 o mas | 13 | 4.4 | 11 | 3.7 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Expediente Clínico n=295

Tabla 2c. Edad gestacional a la que se realizó la cesarea de las pacientes sometidas a cesáreas en HRAJ, Julio-Diciembre 2013

| Edad Gestacional | | |
|-------------------------|-----|------------|
| | N | Porcentaje |
| 28-36 6/7 | 22 | 7.5 |
| 37-40 6/7 | 242 | 82.0 |
| 41 o mas | 31 | 10.5 |

Fuente: Expediente Clínico n=295

Tabla 2d. periodo intergenesico de las pacientes sometidas a cesáreas en HRAJ, Julio-Diciembre 2013

| Período Intergenésico | | |
|------------------------------|-----|------------|
| Años | N | Porcentaje |
| 2 o menos | 30 | 10.2 |
| 2-5 | 43 | 14.6 |
| 5 o mas | 73 | 24.7 |
| N/A | 149 | 50.5 |

Fuente: Expediente Clínico n=295

Tabla 2e. Patologías en el embarazo actual que presentan las pacientes sometidas a cesáreas en HRAJ, Julio-Diciembre 2013

| Patología Actual | | |
|-----------------------------------|-----|------------|
| | N | Porcentaje |
| ninguno | 153 | 51.9 |
| preeclampsia | 36 | 12.2 |
| RPM | 29 | 9.8 |
| hipertension gestacional | 25 | 8.5 |
| oligo severo, anhidramnios | 13 | 4.4 |
| otros | 10 | 3.4 |
| IVU | 9 | 3.1 |
| embarazo prolongado o posttermino | 7 | 2.4 |
| HTA cronica | 5 | 1.7 |
| Rh negativo | 5 | 1.7 |
| oligo moderado | 3 | 1.0 |
| Fuente: Expediente clinico | | n=295 |

Objetivo 3: Establecer las causas de cesárea y complicaciones materno fetales

| Tipo de Cesárea | | |
|--------------------|-----|------------|
| | N | Porcentaje |
| Urgencia | 114 | 38.6 |
| Electiva | 140 | 47.5 |
| en curso del parto | 41 | 13.9 |

Tabla 3a. Tipos de Cesárea indicada en el HRAJ, Julio-Diciembre 2013

Fuente: Expediente Clínico

n=295

| Indicación Cesáreas | | |
|---------------------------------------|----------|-------------------|
| | <i>N</i> | <i>Porcentaje</i> |
| SFA | 52 | 17.6 |
| Cesarea anterior | 50 | 16.9 |
| DCP | 31 | 10.5 |
| otros | 28 | 9.5 |
| Parto obstruido | 27 | 9.2 |
| Preeclampsia | 17 | 5.8 |
| presentacion pelvica | 16 | 5.4 |
| circular de cordon | 16 | 5.4 |
| feto grande | 15 | 5.1 |
| Inducto-conducción fallida | 11 | 3.7 |
| oligo severo, anhidramnios | 10 | 3.4 |
| Placenta previa sangrante | 6 | 2.0 |
| Embz. prolongado o posttermino | 6 | 2.0 |
| Embarazo Gemelar | 4 | 1.4 |
| hipertensión gestacional | 4 | 1.4 |
| Eclampsia | 1 | 0.3 |
| distocia de la contracción | 1 | 0.3 |

Tabla 3c. Indicaciones de Cesárea en el HRAJ, Julio- Diciembre2013

Fuente: Expediente Clínico

n=295

Tabla 3d. Indicaciones en cesáreas de urgencia en HRAJ, Julio- Diciembre2013

| Indicación | Cesárea de urgencia | |
|-----------------------------------|----------------------------|-------------------|
| | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
| SFA | 52 | 45.6 |
| Pre eclampsia | 17 | 14.9 |
| oligo severo, anhidramnios | 9 | 7.9 |
| otros | 7 | 6.1 |
| DCP | 6 | 5.3 |
| Cesarea anterior | 6 | 5.3 |
| Placenta previa sangrante | 6 | 5.3 |
| presentacion pelvica | 4 | 3.5 |
| circular de cordon | 2 | 1.8 |
| Eclampsia | 1 | 0.9 |
| Parto obstruido | 1 | 0.9 |
| feto grande | 1 | 0.9 |
| hipertensión gestacional | 1 | 0.9 |
| <i>Fuente: expediente clínico</i> | | <i>n=114</i> |

Tabla 3e. Indicaciones en cesáreas electivas en HRAJ, Julio- Diciembre2013

| Indicación | Cesárea Electiva | |
|---------------------------------------|-------------------------|-------------------|
| | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
| Cesarea anterior | 44 | 31.4 |
| DCP | 23 | 16.4 |
| Otros | 19 | 13.6 |
| circular de cordon | 14 | 10 |
| feto grande | 14 | 10 |
| presentacion pelvica | 11 | 7.9 |
| Embz. prolongado o posttermino | 6 | 4.3 |
| Embarazo Gemelar | 4 | 2.9 |
| inducccion fallida | 2 | 1.4 |
| hiptension gestacional | 2 | 1.4 |
| oligo severo, anhidramnios | 1 | 0.7 |
| <i>Fuente: expediente clínico</i> | | <i>n=140</i> |

Tabla 3f. Indicaciones de cesáreas en curso de parto en HRAJ, Julio-Diciembre 2013

| Indicación | Cesárea en curso de Parto | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
| Parto obstruido | 26 | 63.4 |
| Inducto-conducción fallida | 9 | 22.0 |
| DCP | 2 | 4.9 |
| Otros | 2 | 4.9 |
| Presentación pélvica | 1 | 2.4 |
| Distocia de la contracción | 1 | 2.4 |

Fuente: expediente clínico n=41

Tabla 3g. Complicaciones materno- fetales de partos por cesárea en el HRAJ, Julio- Diciembre 2013

| Complicaciones Postquirúrgicas | | |
|--|-------------------|-------------------|
| | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
| Ninguna | 290 | 98.4 |
| Disminución de Fuerza muscular en miembros inferiores | 1 | 0.3 |
| Histerectomía obstétrica | 1 | 0.3 |
| Cefalea post punción | 1 | 0.3 |
| Transfusión sanguínea | 2 | 0.7 |
| Complicaciones fetales | | |
| trastornos respiratorios del RN | 19 | 6.4 |
| Trauma obstétrico | 1 | 0.3 |
| ninguno | 275 | 93.2 |

Fuente: Expediente clínico n=295

Tabla 3h. Relación Complicaciones fetales según edad gestacional las pacientes sometidas a cesáreas en HRAJ, Julio- Diciembre 2013

| | | Complicaciones Fetales | | | |
|-----------------------|------------------|---------------------------------------|----------------------|----------------|-----|
| | | Trastornos Respiratorios del RN | Trauma Obstétrico | <i>Ninguno</i> | |
| Edad gestación | 28-36 6/7 | 9 | 0 | 4 | 13 |
| | 37-40 6/7 | 5 | 0 | 117 | 122 |
| | 41 o mas | 0 | 1 | 19 | 20 |
| | Total | 14 | 1 | 140 | 155 |

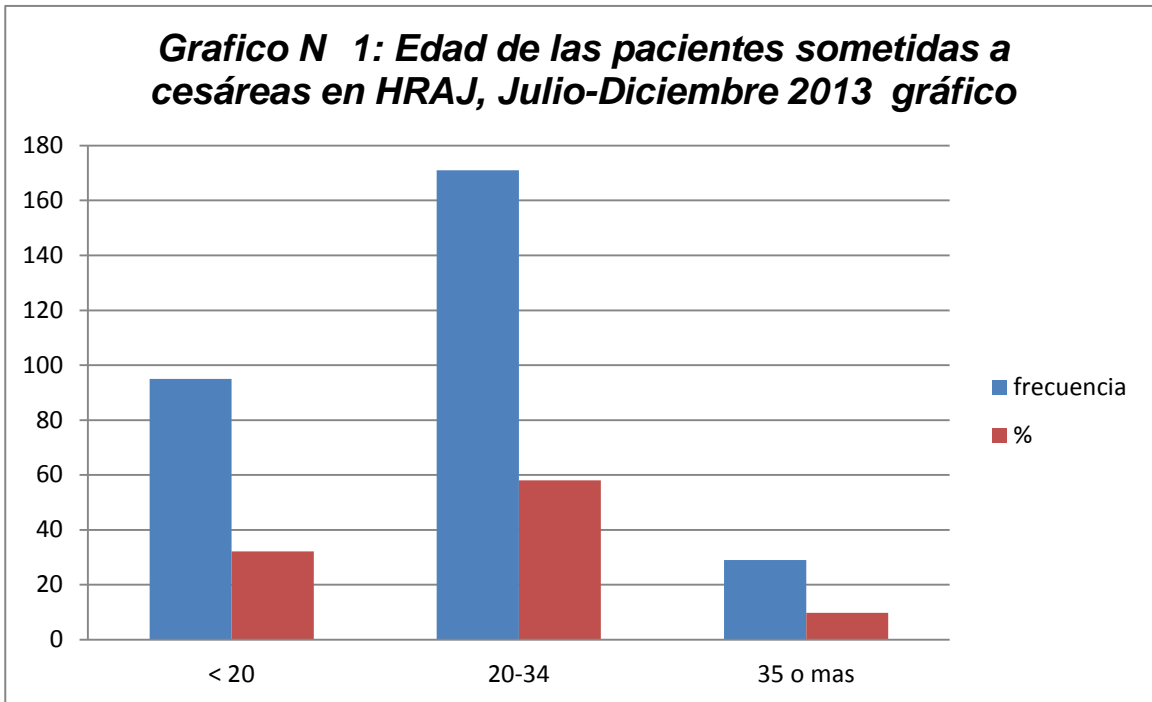
Fuente: Expediente clínico n=295

Objetivo 4 Señalar el personal de salud que indicó la cesárea

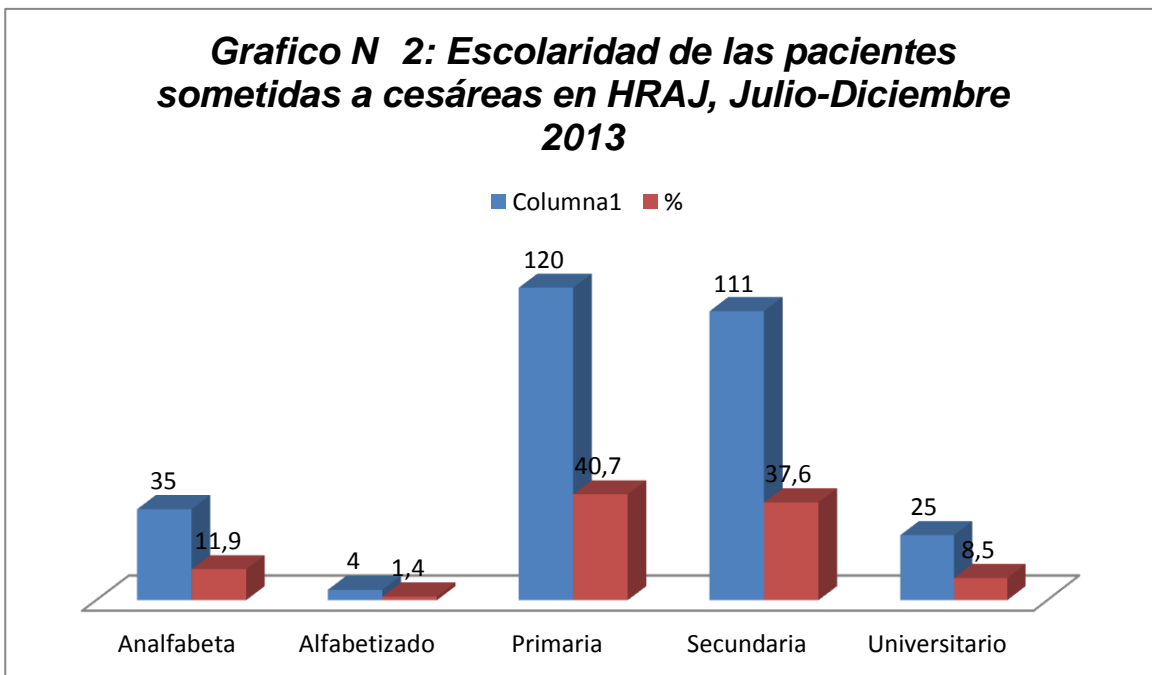
Tabla 4a. Personal de Salud que indica la realización de cesáreas en HRAJ, Julio-

| Personal que Indica la Cesárea | | |
|---------------------------------------|-------------------|-------------------|
| | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
| Ginecoobstetra | 287 | 97.3 |
| Medico general | 5 | 1.7 |
| Medico en servicio social | 3 | 1.0 |

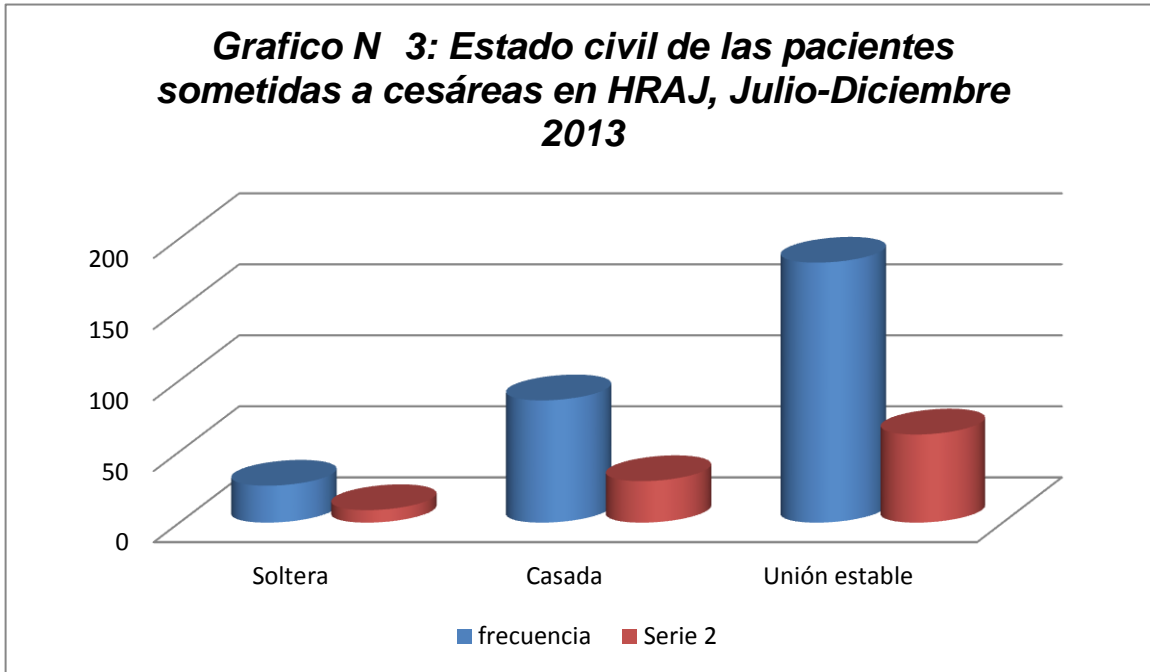
Diciembre 2013
Fuente: Expediente clínico n=295



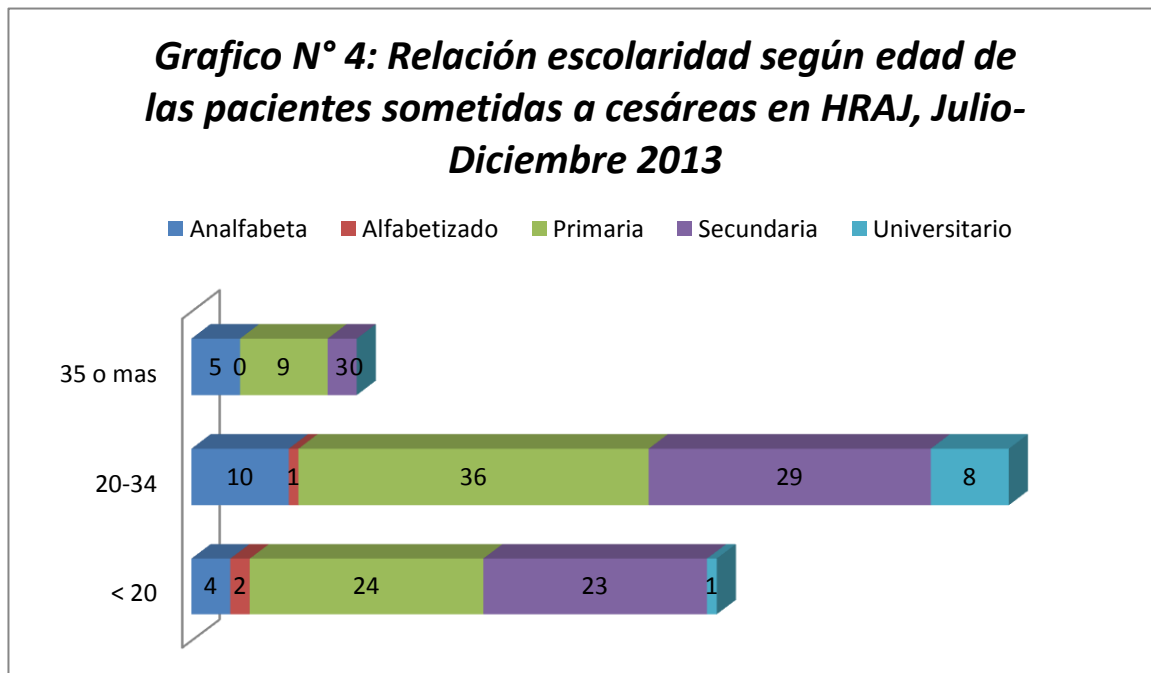
Fuente: Tabla 1a



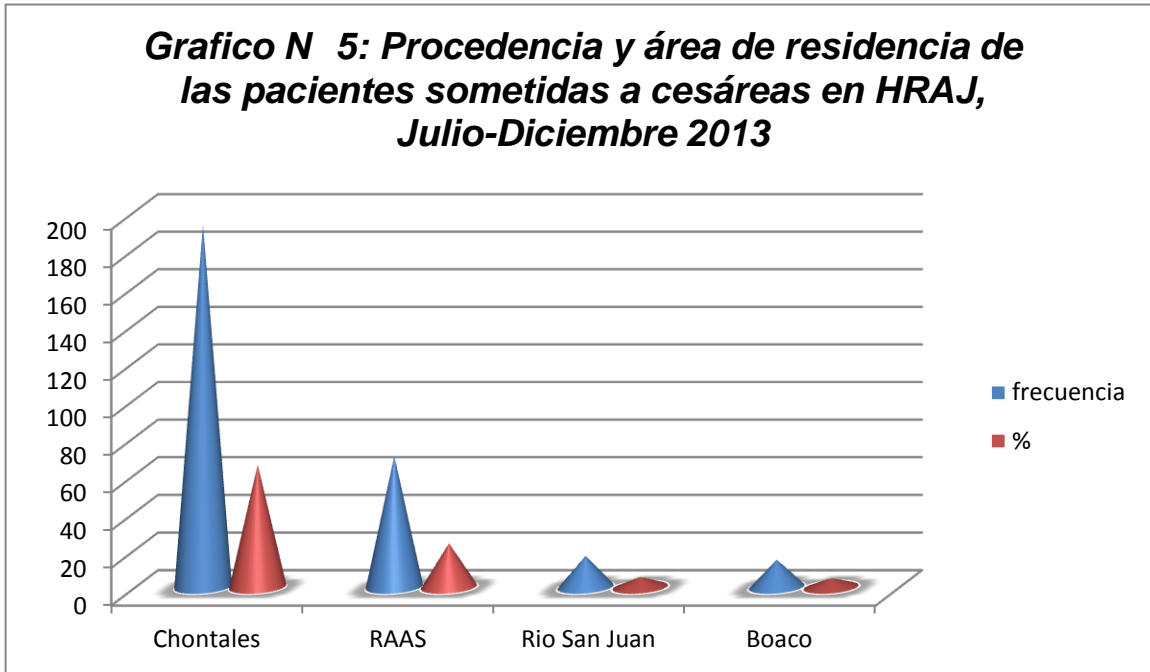
Fuente: Tabla 1a



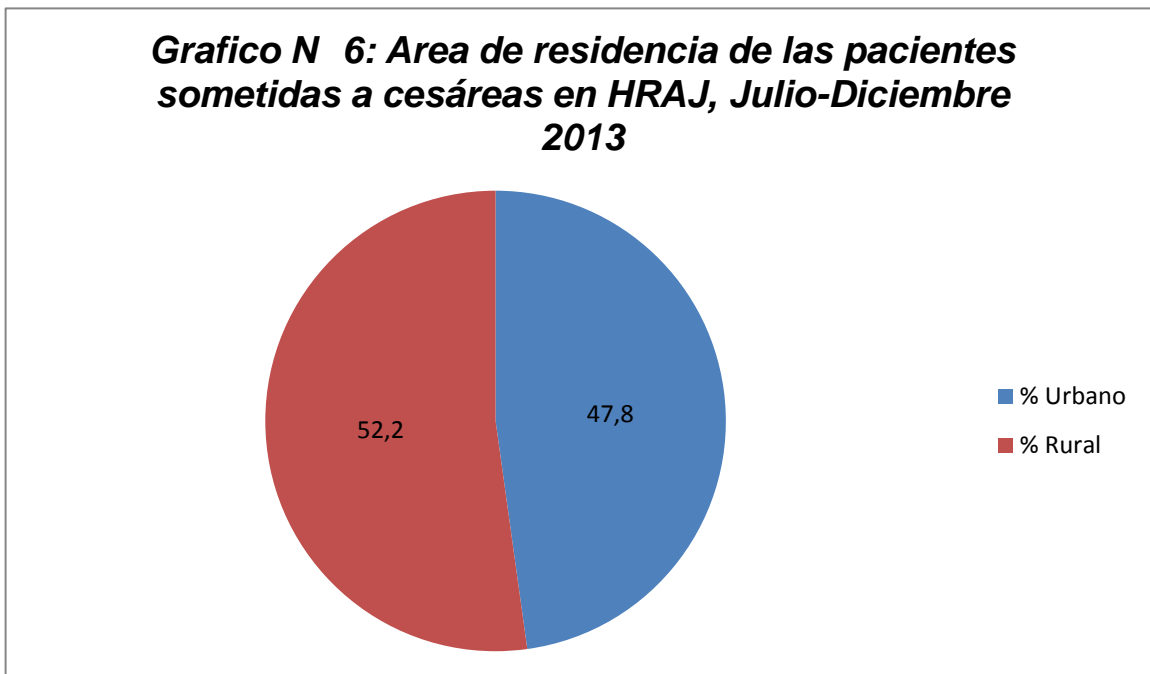
Fuente: Tabla 1c



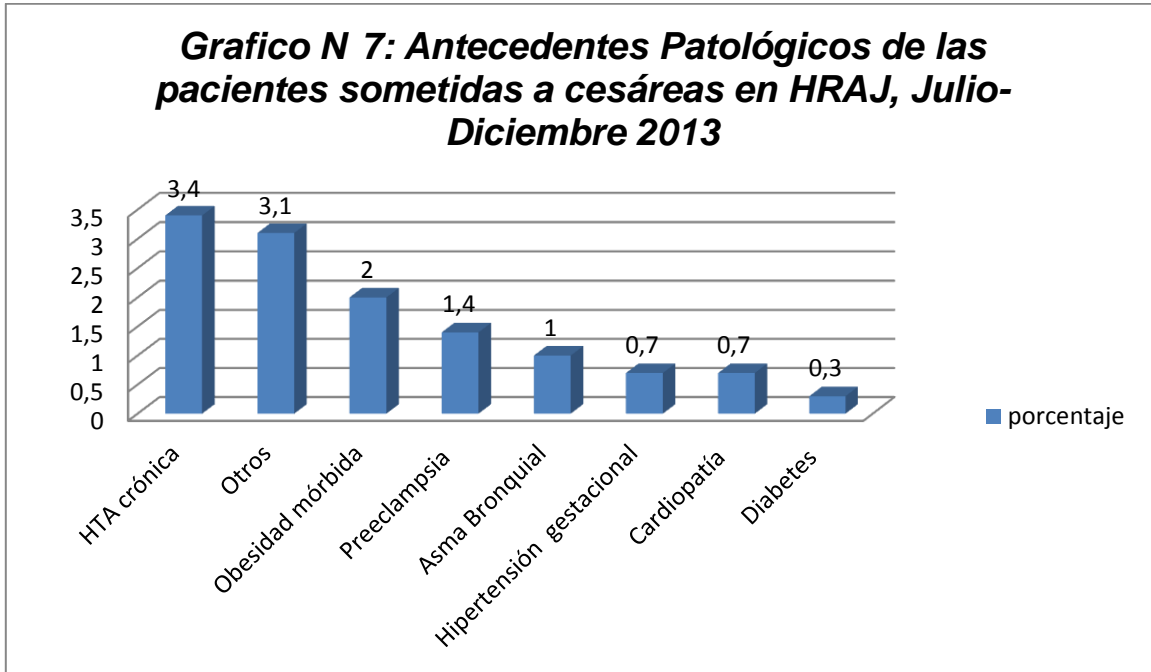
Fuente: Tabla 1d



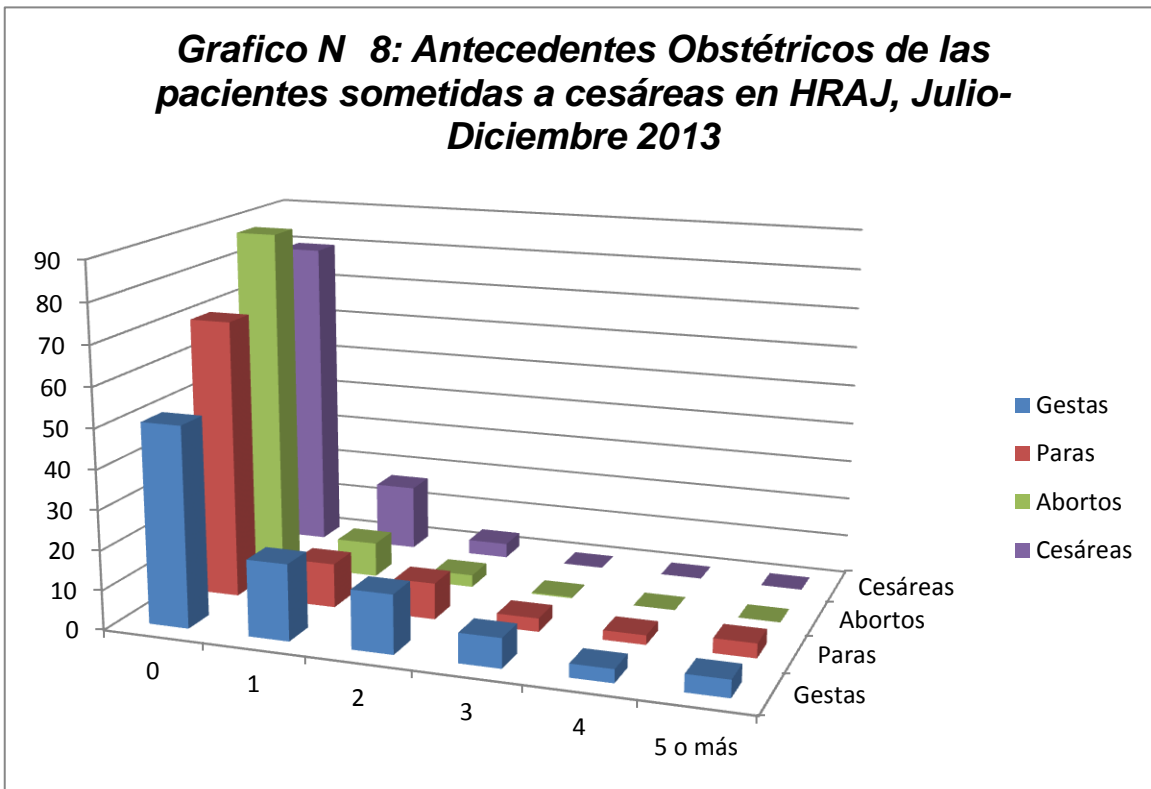
Fuente: tabla 1d



Fuente: Tabla 1d

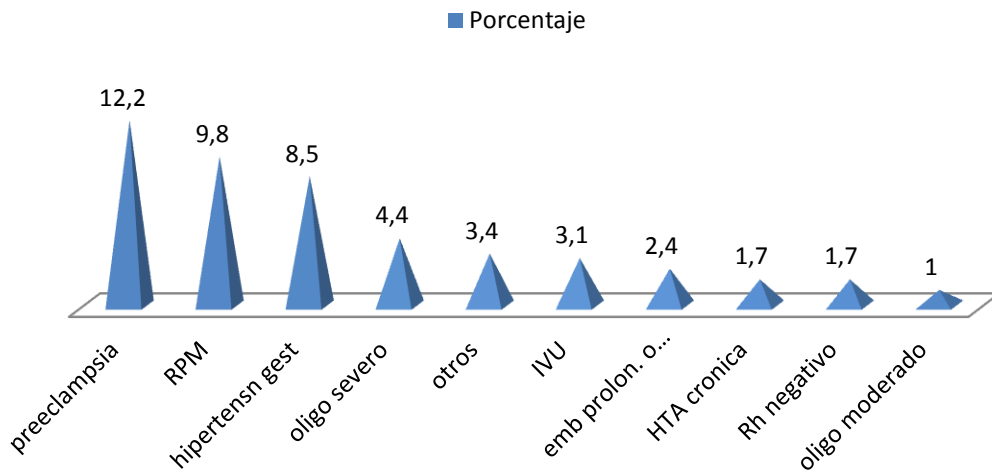


Fuente: Tabla 2a



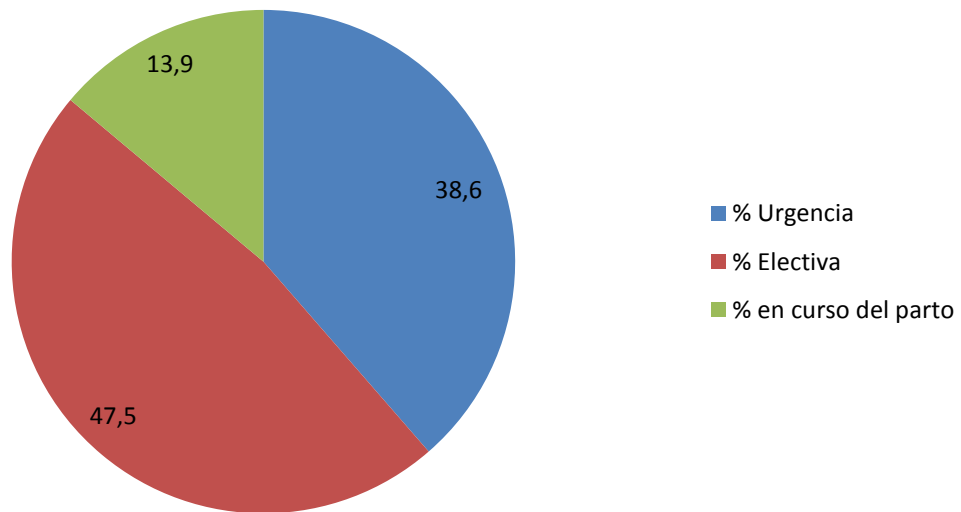
Fuente: Tabla 2b

Grafico N 9: Patologías en el embarazo actual que presentan las pacientes sometidas a cesáreas en HRAJ, Julio-Diciembre 2013



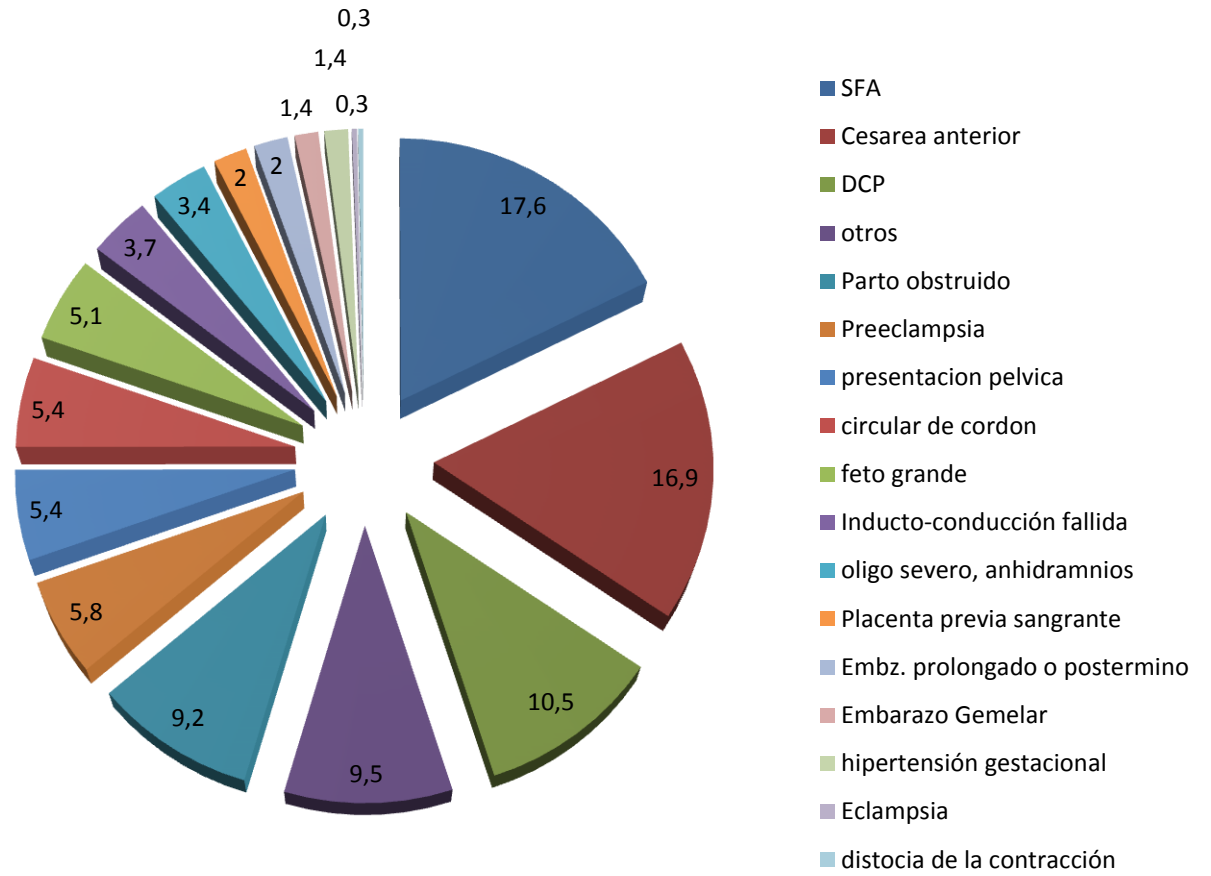
Fuente: Tabla 2e

Grafico N 10: Tipos de Cesárea indicada en el HRAJ, Julio-Diciembre 2013

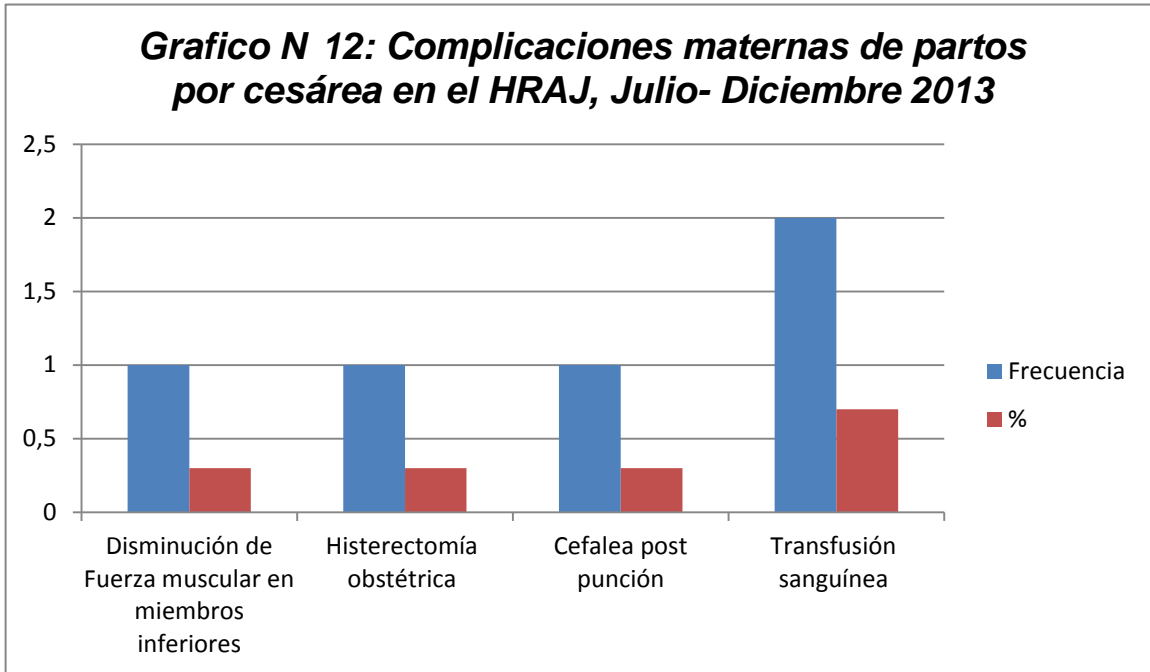


Fuente: Tabla 3ª

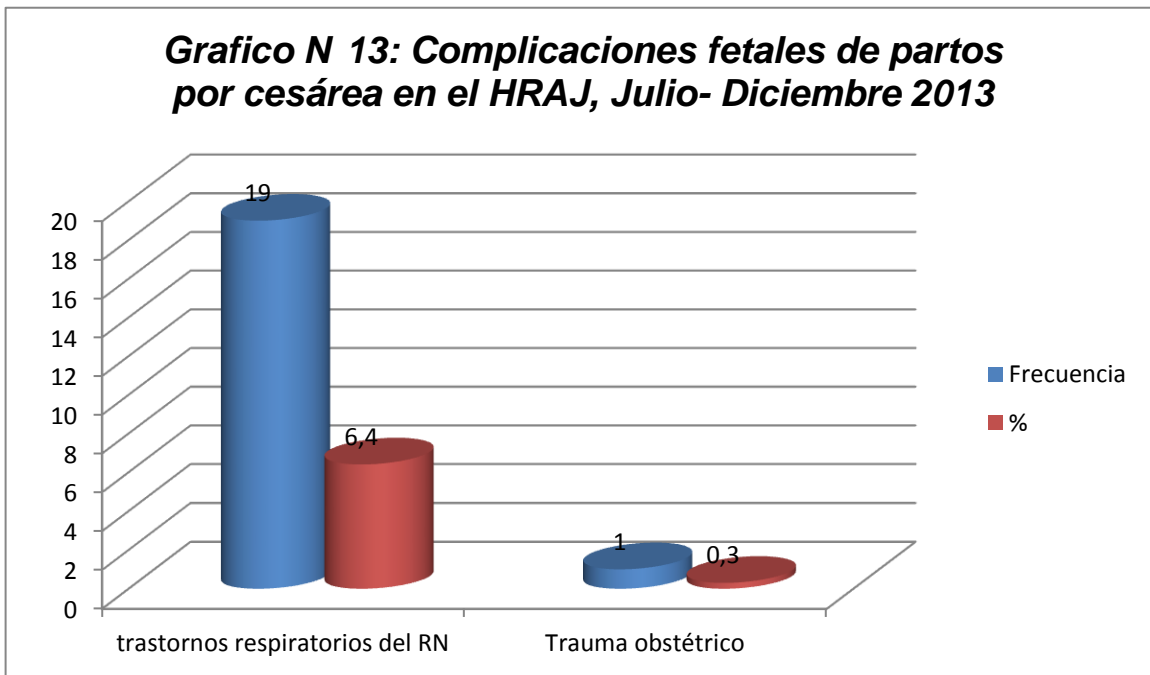
Grafico N 11: Indicaciones de Cesárea en el HRAJ, Julio-Diciembre 2013



Fuente: Tabla 3c

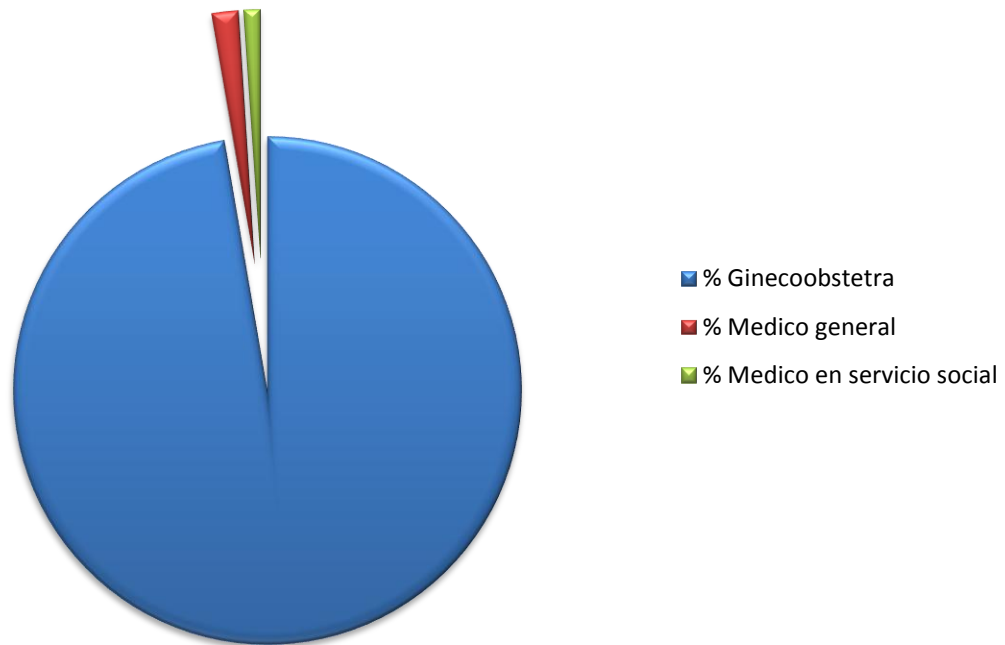


Fuente: Tabla 3g



Fuente: Tabla 3g

Grafico N 14: Personal de Salud que indica la realización de cesáreas en HRAJ, Julio-Diciembre2013



Fuente: Tabla 4a.

5.2 Instrumento de Recolección

| | |
|---|--|
| Número de la ficha: _____ | Expediente: _____ |
| Objetivo 1: Factores de riesgo y socio- demográficos | |
| Edad <20 <input type="checkbox"/> 20-34 <input type="checkbox"/> >35 <input type="checkbox"/> Peso _____ Talla _____ Escolaridad: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Alfabetizada <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Procedencia: Chontales <input type="checkbox"/> RAAS <input type="checkbox"/> Rio San Juan <input type="checkbox"/> Boaco <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | |
| Objetivo 2: Antecedentes patológicos y obstétricos | |
| Antecedentes patológicos personales: Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Preeclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Cirugía del tracto reproductivo <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Otros _____ Ninguno ___ Antecedentes obstétricos: Gestas previas 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más <input type="checkbox"/> Partos 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o mas <input type="checkbox"/> Cesáreas previas 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más <input type="checkbox"/> Abortos 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más <input type="checkbox"/> Nacidos vivos 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más <input type="checkbox"/> Nacidos muertos 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más <input type="checkbox"/> Período Intergenésico <2 años <input type="checkbox"/> 2-5 años <input type="checkbox"/> >5 años <input type="checkbox"/> | |
| Objetivo 3: establecer las causas de cesárea y complicaciones materno fetales Tipo de cesárea: Electiva <input type="checkbox"/> En curso del parto <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> Indicación de la cesárea: Cesárea iterativa <input type="checkbox"/> DCP <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/> Parto obstruido Sufrimiento fetal agudo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Complicaciones maternas Hemorragia <input type="checkbox"/> Infección de herida quirúrgica <input type="checkbox"/> Atonía uterina <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> _____ Complicaciones fetales: Trastornos respiratorios del recién nacido <input type="checkbox"/> Trauma obstétrico <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | Objetivo 4: personal que indica la cesárea Personal que indica la cesárea: Gineco- obstetra <input type="checkbox"/> Médico general <input type="checkbox"/> Medico Serv. Social <input type="checkbox"/> Medico Interno <input type="checkbox"/> Enfermera Obstetra <input type="checkbox"/> |