



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA**



Maestría en Salud Pública 2001

**Cumplimiento de criterios médicos establecidos
para las indicaciones de cesáreas en 19 Empresas
Médicas, en el Departamento de Managua
Año 2000.**

Alumnos

*Paula Nubia Orozco Hernández
José Abraham Villanueva Silva
Albani Moreno Fonseca*

Tutor:

Martha A. González Moncada, MD.PHD

Asesor Estadístico:

Dr. Zacarías Miranda, MD. MPH

**Managua, Nicaragua,
Septiembre, 2003**

INDICE

	Pág.
Resumen.....	
Dedicatoria.....	
Agradecimiento	
I. Introducción.....	7
II. Antecedentes	9
III. Justificación.....	12
IV. Planteamiento del Problema.....	14
V. Objetivos.....	15
VI. Marco Teórico.....	16
VII. Diseño Metodológico.....	41
VIII. Resultados.....	56
IX. Discusión de los Resultados.....	62
X. Conclusiones.....	70
XI. Recomendaciones.....	72
XII. Bibliografía.....	73
Anexos	

DEDICATORIA

A María Elena, mi esposa, que supo apoyarme durante el tiempo que dedique al estudio de ésta Maestría, su comprensión y su amor fueron motivo para incentivar la necesidad de superarme en el difícil campo de la Administración en Salud.

A mis hijos Rossy Isela y José Abraham con el amor de su padre, quien siempre los ama

Dr. José Abraham Villanueva

DEDICATORIA

Este trabajo de Tesis, es el esfuerzo realizado con mucha dedicación y cariño durante largos de mi vida profesional, tiempo que le resto cuidado a mis hijas, pero que fue un gran provecho, ya que gracias a este esfuerzo he podido alcanzar hoy el grado de Maestría en Salud Pública, título que permite poder realizar algunas actividades que no hubiese realizado, en un mundo tan cambiante al que actualmente nos enfrentamos.

Por tal razón dedico este trabajo a mis hijas, Eliette Marie Castellón Orozco y María Guíselle Castellón Orozco, quienes en todo momento me alentaron e impulsaron a seguir adelante, y quines hoy deben sentirse muy felices y orgullosas ya que todo el esfuerzo realizado ha dado los frutos esperados.

Gracias hijas queridas y espero que ustedes siga apoyándome en todas las empresas que emprenda, ya que sin su apoyo seria difícil obtener los logros deseados.

Lic. Nubia Orozco Hernández

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento principalmente a Dios, nuestro padre celestial, por habernos permitido coronar nuestra carrera.

A nuestros profesores por el empeño puesto en nuestra preparación y la entrega desinteresada del saber científico, lo cual hace posible lograr nuestra transformación personal y profesional y poder contribuir así al desarrollo de los recursos humanos del Ministerio de Salud del país.

A las autoridades del Ministerio de Salud por habernos dado la oportunidad de lograr nuestro desarrollo profesional y contribuir así a la transformación de las unidades a través de una mejor gerencia.

A nuestra tutora Dra. Martha González, por habernos guiado sabiamente por el camino de la investigación.

Al Dr. Zacarías Miranda, nuestro asesor estadístico, ya que sin su ayuda no hubiera sido posible presentar en este estudio con la calidad científica requerida.

A la Lic. Mirna Villavicencio quien nos apoyo, durante todo el periodo de tiempo que duro el proceso de la recolección de la información.

Dr. Danilo Colindres por su asesoría técnica en los aspectos obstétricos del estudio y a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron desinteresadamente para hacer realidad esta Tesis.

RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, realizado en 19 Empresas Médicas Previsionales del Departamento de Managua, con el objeto de conocer el cumplimiento de los criterios médicos establecidos para la realización del procedimiento quirúrgico, cesáreas.

Fueron incluidas al estudio una muestra de 377 expedientes, los resultados encontrados demuestran que las mujeres cesareadas tenían de 20 a 34 años, aseguradas en su mayoría, con un nivel educativo secundaria o universitario y un nivel socio-económico medio.

En cuanto a los antecedentes obstétricos estudiados, tenían 2 ó 3 gestaciones y 1 a 3 partos por cesáreas, ningún hijo nacido muerto, 1 a 2 hijos de bajo peso al nacer, un periodo intergenésico corto, en cuanto al control prenatal, tenían de 4 a 10 controles, existiendo un alto porcentaje de expedientes que no tenían consignado el riesgo obstétrico.

Los exámenes de laboratorio mayormente efectuados fueron 5 encontrándose una diferencia significativa en cuanto a la realización del VDRL en el Hospital Bautista y Policlínica Oriental y una heterogeneidad en todas las empresas para la toma del Toxoplasma, HIV, US Abdominal y Monitoreo Fetal.

En cuanto al monitoreo del trabajo de parto, existe heterogeneidad en cuanto a la toma de la frecuencia cardíaca materna, presión arteria, contracciones uterinas y dilatación cervical.

La cesárea fue indicada y realizada por médicos especialistas, existiendo una diferencia significativa en el caso de la Empresa Medica “Mediintegral El Redentor”, donde el 66.7% de las mujeres embarazadas que ingresaron fueron atendidas por médicos generales.

Para la realización de la esterilización quirúrgica fue muy significativa la edad, la talla y el estado civil.

Los principales criterios para la realización de cesáreas fueron: Cesárea anterior, circular de cordón, sufrimiento fetal agudo, Preeclampsia, ruptura prematura de membranas, oligoamnios, presentación pelviana, macrosomía fetal, distocia ósea, disminución de movimientos fetales, paridad satisfecha, crecimiento intrauterino retardado, hematoma retroplacentario, embarazo gemelar, trabajo de parto prolongado y diabetes.

Las principales complicaciones encontradas fueron: hemorragia y apgar bajo relacionado con el bajo peso al nacer, infección de herida quirúrgica, infección respiratoria, dehiscencia de herida, presencia de líquido amniótico meconial, hipotonía uterina y problemas anestésicos los cuales se presentaron en bajos porcentajes.

Los médicos en su mayoría han trabajado en el Ministerio de Salud, tienen más de 10 años de ser obstetras y de trabajar en las Empresas Médicas de la Seguridad Social.

En cuanto a la percepción médica, ellos consideran que existe un incremento en la realización de las cesáreas y que los criterios establecidos no están siendo utilizados, y que existen factores de riesgo para la morbilidad materno fetal que no son indicaciones de cesárea pero que ejercen presión sobre ella para la realización del procedimiento.

I. INTRODUCCIÓN.

Desde la creación del mundo. Dios dice a la mujer “Multiplicaré en gran manera los dolores de tus preñeces”, con dolor darás a luz los hijos.¹

El embarazo es el estado en el cual la mujer alberga en su ser un producto que necesitará convivir con ella durante 280 días o sea 9 meses lunares, para luego a través de un proceso natural salir al mundo exterior, a este proceso se le conoce como parto natural.

Embarazo patológico es aquel en el cual el producto no puede realizar su salida por el canal vaginal cuya causa específica se debe a un estado morbozo, lográndose la extracción del producto a través de una intervención quirúrgica, extrayéndose además la placenta y membranas ovulares, a esta intervención se le conoce con el nombre de Cesárea.

En Nicaragua el gobierno en su proceso de modernización del sector salud, ha impulsado desde el año 1994 la creación de empresas médicas provisionales en la búsqueda de fuentes alternativas de financiamiento del sector, estas empresas médicas brindan atención al asegurado y sus beneficiarios.

Datos estadísticos de la oficina y desarrollo del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, expresan que en las Empresas Médicas Provisionales en el año 1999 el 47.10% de los partos se resolvieron mediante la operación cesárea.

A Nivel mundial a partir de los años 1960, se amplían las indicaciones de cesárea, al progresar el conocimiento de la homeostasis fetal y sus perturbaciones en el embarazo y el parto, con cesáreas a tiempo se pretende aumentar la sobre vivencia del producto de la gestación y mejorar la calidad de su futuro Psico- intelectual.

¹ Laiblia Génesis: Capitulo 3: versículo 16

Pese a que la cesárea puede considerarse un procedimiento seguro, se asocia con mayor mortalidad y morbilidad en relación al parto vaginal; por ello éste último debe preferirse para minimizar los riesgos.

Alrededor de la cesárea existen algunas consideraciones que tomar en cuenta, es posible en múltiples oportunidades llegar al parto con beneficios para la madre y el producto, sin efectuar la intervención quirúrgica cesárea.

Existe una tendencia que lleva al empleo creciente de esta operación debido principalmente a los siguientes factores:

1. Disminución de sus riesgos (antibióticos, banco de sangre)
2. Nuevas indicaciones sustentadas en mejores resultados perinatales. La escasa posibilidad del cirujano para adquirir habilidad en las maniobras por la vía vaginal.

El abuso de Cesárea debe reprobarse cuando privan en su selección factores extra médicos que van en perjuicio de la madre y de su futura descendencia (comodidad del equipo de salud, factores económicos)

Actualmente en Nicaragua, la ley de salud y su reglamento, sentó las bases para realizar cambios profundos en la forma de atender a la población, haciendo énfasis en los aspectos de calidad, eficiencia y efectividad, por lo cual las instituciones deberán realizar transformaciones en la prestación de los servicios.

El establecimiento y cumplimiento de requisitos pretende regular y controlar comportamientos anómalos y que le permita a las instituciones lograr el mayor beneficio con el mínimo de riesgo en la atención del usuario

II. ANTECEDENTES

En diversos trabajos efectuados a nivel mundial, se ha demostrado que en los últimos años, la incidencia de cesáreas, se ha venido incrementando relacionándose dicho aumento con un sin número de causas clasificadas como conquista de la obstetricia actual.

La frecuencia de la operación cesárea varía del 4% al 25%, las cesáreas por cesárea anterior representa por lo menos el 40% de todas las cesáreas en EE.UU., existen países que presentan tasas más bajas de mortalidad perinatal y que a la vez registran frecuencias proporcionalmente bajas de cesáreas.

En América Central las tasas de cesáreas fluctúan entre 9.33% para Honduras, 16.87% para el Salvador, 16.79% para Costa Rica y el 13,74% para Nicaragua por 100,000 nacidos vivos.

El diagnóstico de la situación de salud en Nicaragua se caracteriza por presentar altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, secundaria a las condiciones de vida, hábitos, condiciones biológicas y de la calidad y extensión de la atención brindada por los servicios de salud.

El estado de Nicaragua a través de la constitución política establece en el capítulo IV. Arto.74, "Derechos de la familia", que la mujer tendrá protección especial durante el embarazo.²

El Ministerio de Salud de Nicaragua, manifestó su preocupación por la promoción de la salud integral de la mujer y su familia antes, durante y después del proceso reproductivo.

² Ministerio de Salud. Políticas de Salud. 1997-2002. Managua. MINSA. 1997

En Nicaragua para el año 1999, la tasa de mortalidad materna oscilo entre 106 por 100,000 nacidos vivos, siendo el grupo de edad más afectado el comprendido entre los 15 y 19 años, correspondiéndole a éste grupo el 20% del total de muertes por esa causa.³

A pesar de los avances los indicadores de daño siguen siendo elevados sobre todo los relacionados con la mortalidad infantil y materna. Nicaragua ocupa el tercer lugar en cuanto a la mortalidad materna en la subregión Centroamericana y es una de las más altas de Latinoamérica.⁴

El Ministerio de Salud de Nicaragua desde 1997 diseñó las normas para la atención prenatal del bajo riesgo, con el propósito de mejorar la calidad de atención prenatal y evaluar la prestación del servicio, de igual manera ha adoptado los criterios para la realización de la operación cesárea, expresadas en el pensum docente para la preparación del medico especialista en Ginecoobstetricia.

Desde el año 1993 el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) retomó el componente de la salud de los trabajadores y sus beneficiarios, implementando el modelo de salud provisional a través de la contratación de prestadores de servicios médicos denominados, Empresas Médicas Provisionales, en las cuales la atención se garantiza mediante un listado de prestaciones básicas.

En Managua en el año 1999, el total de partos atendidos en las unidades del Ministerio de Salud fue de 18,049, de estos los eutócicos fueron 16,526 y se resolvieron por vía vaginal, y los distócicos 1,523, las cesáreas durante este año fueron 6,070, las anteriores fueron 2,965 y las primitivas fueron 3,105, en el Ministerio de Salud la relación parto cesárea es de 3 a 1, la incidencia de cesáreas fue de un 51.15%.

³ Análisis de la situación de Salud. Ministerio de Salud. OPS/OMS.

⁴ Análisis de la situación de Salud. Ministerio de Salud. OPS/OMS.

En 19 Empresas Medicas Previsionales de Managua, en el año 1999 ,el total de partos fue de 5,967, de estos 3,167 (53.07%) se resolvieron por vía vaginal y 2,820 (47.10) se resolvieron por vía abdominal, en su relación con el año 2000, el incremento de cesárea fue de un 10,50%, en tanto que en el Ministerio de Salud, la incidencia de cesáreas sufrió un descenso de un 4.98%

Estudio realizado en la Empresa Médica Policlínica Oriental en el año 1999, reveló que de 129 mujeres embarazadas 67 (52%) terminaron en cesárea, de éstas 50 fueron clasificadas como de alto riesgo obstétrico, siendo el grupo más afectado el de 25-29 años

y el Hospital Berta Calderón, el centro que mayoritariamente realizó el procedimiento quirúrgico.

Las causas de cesáreas injustificadas fue de un 40%, en tanto que la absoluta fue de un 32% en cuanto a la ejecución del procedimiento, fue efectuado en un 100% por médicos especialistas.

El Instituto Nicaragüense de Seguridad social, para garantizar la calidad de la atención de los usuarios en las diferentes Empresas Médicas, ha creado una dirección de garantía de la calidad, la cual cuenta con delegados médicos que permanecen en las Unidades de Salud y cuya función es la de garantizar la satisfacción del usuario y el fiel cumplimiento del listado de prestaciones así como también de realizar auditorias médicas que garanticen el cumplimiento de los criterios de calidad de atención normados.

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, antes de la apertura de cualquier empresa médica, realiza una actividad de acreditación para el funcionamiento de dicha empresa, donde se verifican las condiciones ambientales necesarias para la ejecución de procedimientos médicos, la calidad organizativa de los servicios, así como de la calidad técnica de los recursos humanos.

La atención de la mujer embarazada, requiere de un interés especial dado que en la sociedad Nicaragüense, los aspectos relacionados a la maternidad han sido considerados como responsabilidad femenina.

Ambas instituciones de Salud, han retomado indicadores internacionales de calidad que norman y controlan el incremento de cesáreas, y que generalmente oscila entre el 4% y el 18% para Centro América, en tanto que a nivel Internacional este porcentaje fluctúa entre el 4% y el 25.

III. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la frecuencia de cesáreas ha experimentado un aumento significativo, realizándose por cada tres o cuatro partos una cesárea, valorar y elegir la intervención mejor indicada, es con frecuencia más difícil que la misma intervención técnica del procedimiento quirúrgico.⁵

Dado que la morbimortalidad perinatal y materna, así como la estadía hospitalaria se aumentan al doble cuando se hace uso de la operación cesárea, y de igual manera los trastornos respiratorios neonatales, prematuréz e iatrogénia, la cesárea debería de ser de beneficio conjunto para madre e hijo y estar apoyada en el conocimiento científico, debería de ser transparente y no tema de discusión de si hay ventajas o no de realizarla.⁶

Y dado que para brindar un control prenatal eficiente, la OMS considera que se debe iniciar el control en el tercer mes con 8 a 12 controles y que además se debe aplicar un modelo de HCP, que recoja los datos básicos durante las distintas etapas del período reproductivo a fin de identificar rápidamente aquellas embarazadas con factores de riesgo, ya que existen otros factores relacionados con las condiciones de control y de atención del parto que bien podrían guardar relación con la indicación de cesárea.⁷

El resultado perinatal marcha paralelo con las normas sanitarias, con la calidad de la atención y las condiciones socioeconómicas de la población.⁸

⁵ Borrás, Fernando C.; Patrick Vaughan, J.Y Victoria, Cesar G. ¿Por qué tantas Cesáreas?

⁶ Salud Perinatal (Boletín CIAP) Vol 3 No.9 1989

⁷ Borrás, Fernando C.; Patrick Vaughan, J.Y Victoria, Cesar G. ¿Por qué tantas Cesáreas?

⁸ Borrás, Fernando C.; Patrick Vaughan, J.Y Victoria, Cesar G. ¿Por qué tantas Cesáreas?

Este estudio partió del hecho de que el personal médico puede no estar cumpliendo los criterios necesarios establecidos para la indicación de cesárea.

Tomando en cuenta la importancia que la operación cesárea en la actualidad ha cobrado en Nicaragua, sobre todo para el grupo de población asegurada y beneficiaria del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, se realizará la siguiente investigación la cual se realiza con el fin de proporcionar datos que contribuyan a la toma de decisiones oportunas al indicar la cesárea y la disminución de complicaciones tanto para la madre como para el hijo.

Este estudio es de gran interés ya que nos permite conocer cuales son los criterios médicos utilizados en la indicación de cesáreas en las Empresas Médicas Previsionales y poder contribuir en la modificación de éste comportamiento que conlleven a obtener mejoras en la entrega de la atención, mejoras en la conducta terapéutica, disminución de los riesgos y de los costos de la atención.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta la magnitud de la cesárea como una intervención asociada a la salud materna y del producto de la concepción, este trabajo pretende responder a las siguientes preguntas de investigación.

¿Se están cumpliendo los criterios normados internacionalmente y adoptados por el Ministerio de Salud de Nicaragua en las indicaciones de cesárea, en 19 Empresas Médicas Previsionales para el período 2000?,

¿Tienen los médicos características y percepciones diferenciadas en el cumplimiento de dichos criterios?

V. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de cumplimiento de los criterios médicos en las indicaciones de cesareas en 19 Empresas Médicas Previsionales del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social en el Departamento de Managua en el año 2000.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Caracterizar a las mujeres embarazadas que terminaron el parto en cesárea, en 19 Empresas Médicas Previsionales.
2. Describir los principales criterios utilizados por el personal médico al realizar la operación cesárea.
3. Dar a conocer las principales complicaciones que mayormente se presentaron como consecuencia de la operación cesárea en las diferentes empresas.
4. Describir el perfil profesional y la percepción que tienen los médicos en relación al incremento de la cesárea.

VI. Marco Teórico

Los cambios de la política en materia de salud, particularmente los que entrañan reducciones del financiamiento público y de la prestación de servicios, son motivos de gran preocupación por sus posibles efectos adversos para la salud, la preocupación se ha centrado en determinar si los servicios de salud tal y como existen tienen un efecto beneficioso para la salud.

En el último decenio se ha observado en todo el mundo una tendencia cada vez mayor a practicar intervenciones quirúrgicas para la resolución del parto y se ha notado una creciente proporción de cesáreas en países como Estados Unidos, Inglaterra, Gales, Suecia y China.⁹

Sin embargo el mayor número de cesáreas se observa probablemente en el Brasil, donde los distintos factores de la naturaleza merecen desempeñar una función clave al decidir que se debe practicar la cesárea por cuya ejecución los médicos reciben un honorario más alto que por el parto vaginal, siendo el mayor proveedor de atención médica el Instituto de Previsión Social.¹⁰

En Nicaragua desde los años 94, se han aperturado las Empresas Médicas Previsionales, las cuales están dirigidas por la gerencia de Salud Provisional del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, en el año 99 el porcentaje de cesáreas fue 47.10%, porcentaje que se mantiene para el año 2000 en 47%.

Embarazo de alto riesgo es aquel en que la madre, el feto y / o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto.

⁹ Borrás, Fernando C, Patrick Vaughan, J.Y Victoria, Cesar G ¿Por qué tantas Cesáreas?

¹⁰ Borrás, Fernando C, Patrick Vaughan, J.Y Victoria, Cesar G ¿Por qué tantas Cesáreas?

La selección temprana de estos embarazos permite racionalizar la atención, y concentrar los recursos en quienes mas lo necesitan, a fin de brindar la atención en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiera.

5.1 La Gestación

Es el período comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto, dicho estado se caracteriza por signos que se han distinguido en signos de probabilidad y certeza. Los primeros son: la supresión de la regla, los trastornos digestivos el abultamiento progresivo del abdomen, las modificaciones progresivas de las mamas, coloraciones pigmentarias y soplo uterino.¹¹

Los segundos son: los movimientos activos y pasivos del feto, el choque fetal, los ruidos cardíacos fetales y la detección del feto por Ecografía. El embarazo dura aproximadamente 280 días.

5.2 El Parto

Significa la expulsión de un feto, en condiciones normales el parto acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo, entre 37 y 41 semanas completas de amenorrea.¹²

Cuando el parto se inicia sin que hayan intervenido agentes externos, se denomina espontáneo, en caso contrario se considera provocado o inducido, si evoluciona sin que haya ninguna desviación fisiológica, se denomina normal o eutócico, si durante el parto ocurriera alguna alteración sea esta contráctil o del mecanismo del parto, se considera distócico.

¹¹ Schwarcz, Sala Duvergs. Obstetricia.

¹² Schwarcz, Sala Duvergs. Obstetricia.

Si termina bajo la sola influencia de las fuerzas naturales, se llama espontáneo o natural, si hubo alguna intervención manual o instrumental, se trata de un parto artificial.

5.3 Colocación del Feto en el Útero

a. Actitud fetal: Puede definirse diciendo que es la relación que guardan los distintos segmentos fetales entre sí(cabeza, tronco y extremidades). La actitud normal del feto es la de: cabeza flexionada sobre el tronco, miembros superiores cruzados delante del tórax, muslos flexionados sobre el abdomen y piernas flexionadas sobre los muslos. Adquiere también así, por acomodación, una forma ovoide, cuyos dos polos son la cabeza y las nalgas.

Este ovoide fetal, de 28 cm de longitud al término, se encuentra dentro del ovoide uterino de 31 cm de longitud. La coincidencia de forma y dimensiones de ambos ovoides (continente y contenido) se va a traducir por la coincidencia de sus dos grandes ejes longitudinales.

b. Situación fetal: Es la relación existente entre el eje del ovoide fetal, el eje del ovoide uterino y el eje longitudinal de la madre. Cuando el feto apelotonado tiene un eje longitudinal que coincide con los demás ejes, la situación es longitudinal; si no, es transversal o en otros casos oblicua. Existen pues, tres situaciones .

c. Presentación: La presentación puede definirse diciendo que “es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior, ocupándolo en gran parte, y que puede evolucionar por sí misma dando lugar a un mecanismo de parto”.¹³

Las presentaciones son dos: cefálica y pelviana. Es necesario excluir la mal llamada presentación transversa, de tronco o de hombro, ya que no responde a la definición que de presentación hemos dado, se le debe considerar como una

¹³ Schwarcz, Sala Duvergs. Obstetricia

situación transversa, y a veces, sobre todo en el trabajo de parto como una situación oblicua.

d. Modalidades de presentación: En la presentación cefálica la actitud puede ser: De vértice indiferente, modalidad de bregma, de deflexión pronunciada, modalidad de frente y de deflexión completa, modalidad de cara.

En la presentación pelviana las modalidades de importancia clínica son dos:

- **Pelviana completa:** si los miembros inferiores se mantienen apelonados en actitud fisiológica.
- **Pelviana incompleta:** modalidad de nalgas, cuando los muslos están flexionados sobre el abdomen y las piernas extendidas prolongando los muslos. La presentación pelviana incompleta, modalidad de rodillas y de pie, son actitudes que no se consideran por carecer de finalidad práctica.

Cada presentación tiene un punto que sirve para determinarla o para mostrar su relación con las partes pelvianas maternas, el que se denomina punto guía , elegido convencionalmente y que sirve para establecer, dada su ubicación en la pelvis, la posición y la variedad de posición.

e. Posición: Es la relación que guarda el punto guía con el lado izquierdo o derecho de la pelvis materna. Las posiciones son dos: Izquierda y derecha.

f. Canal del parto: El feto no tiene una conducta activa en el trabajo de parto. Se comporta como un elemento móvil pasivo, cuya evolución está dada por su forma y su adaptación de la misma a la peculiar conformación que presenta el canal del parto.

Las contracciones uterinas harán progresar este móvil dentro del canal hasta ser expulsado fuera del claustro materno siempre y cuando exista una adecuada proporción entre continente y contenido.

Dicho canal adopta la forma de un conducto o túnel cilíndrico acodado y está constituido por una estructura ósea, la pelvis, y un conjunto músculo aponeurótico, el canal blando o suelo de la pelvis.

g. Pelvis Ósea: La pelvis ósea está formada por cuatro huesos: dos coxales, el sacro y el cóccix, pero desde el punto de vista obstétrico es la pelvis menor, la que cobra mayor importancia, ya que determina el desfiladero óseo del canal del parto.

La pelvis menor posee un orificio de entrada estrecho superior, un trayecto excavación y un orificio de salida estrecho inferior.

El diámetro del estrecho superior antero posterior es de 11 cm, dos oblicuos de 12 cm y un transversal medio de 13 cm.

Como la excavación pélvica es circular los diámetros miden uniformemente 12 cm, pero tiene una zona estrechada estrecho medio, cuyo diámetro es de 11 cm.

El estrecho inferior posee un diámetro antero posterior variable, que mide 9 cm pero alcanza 11 cm por la retropulsión del cóxis, y un diámetro trasverso que mide 11 cm.

Es un proceso dinámico en el cual intervienen diferentes factores, jugando un papel importante el útero y el cuello en el mecanismo del parto.

5.4 Riesgo

Es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño; daño es por lo tanto, el resultado no deseado en función del cual se mide un riesgo.

Factor de riesgo es toda característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño.

5.5 Factores de riesgos peri natales.

Los factores de riesgo son características que presentan una relación significativa con un determinado daño. Estas relaciones pueden ser de dos tipos:

- **Causal:** El factor desencadena el proceso.
- **Predictivo:** Las características que integran el factor de riesgo tienen una conexión con el daño, pero están asociadas a causas subyacentes no totalmente identificadas o mal comprendidas.

Los factores de riesgo pueden ser clasificados en endógenos o biológicos, propios del individuo (peso, talla, edad, sexo, paridad, etc). Y en exógenos o del medio ambiente. En este se incluyen características o factores pertenecientes a diversos sistemas relacionados con la salud individual o colectiva (Sistemas de salud, de educación, económico, social, etc.)

Según el momento en que sean clasificados, los factores de riesgo perinatal se clasifican en Preconcepcionales, del embarazo, del parto del post parto y neonatales. Es indispensable identificar el riesgo obstétrico de una mujer en cualquiera de estas etapas para poder tomar oportunamente las medidas de prevención y tratamiento que correspondan.

Selección de los factores de riesgo: Para que una característica pueda ser seleccionada como factor de riesgo deberá cumplir con una serie de requisitos.¹⁴

- a. Fuerza de asociación del daño.
- b. Incidencia
- c. Posibilidad de ser identificado
- d. Posibilidad de ser controlado

¹⁴ Schwarcz, Sala Duvergs. Obstetricia.

5.6 Parto: Es un proceso dinámico en el cual intervienen diferentes factores, jugando un papel importante el útero y el cuello en el mecanismo del parto. Se conceptualiza el parto natural como la salida del producto por el canal vaginal.

a. Trabajo de parto: Es un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida del feto viable de los genitales maternos. El trabajo de parto se divide en tres períodos: Borramiento y dilatación, expulsión del feto y alumbramiento.

El control durante el período de dilatación y el expulsión tiene como objetivo observar la evolución del parto para diagnosticar precozmente desviaciones de los límites fisiológicos y actuar en consecuencia a fin de prevenir riesgos mayores.

b. Conducta durante el período de dilatación:

Bajo el principio general de un manejo conservador del parto, quien se disponga a atenderlo deberá tener el concepto que desde el principio su actitud no podrá ser pasiva. Se esmerará en todo momento en descubrir las desviaciones del mismo para corregirlas y

contribuir al mejor desarrollo de sus fenómenos propios, en aras de la obtención de un parto con mínimos riesgos.

Controles obstétricos durante el período de dilatación.

Maternos: Hidratación, pulso radial, presión arterial (hipertensión o hipotensión).

contractilidad uterina, dolor, frecuencia cardíaca fetal, progreso del parto (Se evalúa por el grado de dilatación del cuello uterino y por el descenso y rotación de la presentación).

Borramiento: Es el tiempo necesario para que el cuello uterino alcance 5cms de dilatación antes de que el cuello del útero alcance esta medida, no podrá practicarse la amniotomía a fin de disminuir complicaciones al feto, por la toma de conductas inadecuadas.

Debido a que el comportamiento de la dilatación cervical en función del tiempo es exponencial, la velocidad con que el cuello se dilata es cada vez mayor a medida que el parto avanza.

Estos motivos fundamentan la necesidad de evaluar desde el comienzo el progreso de la dilatación cervical por medio del partograma con curvas de alerta, las cuales orientan la necesidad de una mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia.¹⁵

c. Conducta durante el período expulsivo.

- Rotura artificial de la bolsa.
- Vigilancia continua de las contracciones y latidos cardíacos fetales.
- Apoyo psicofísico.
- Atención del parto.

d. Conducta a seguir durante el alumbramiento:

- Desprendimiento de la placenta.
- Apreciación de desgarro.
- Vigilancia del globo de seguridad.

- Aplicación de oxitócicos.

Vigilancia de las madres y del niño durante dos horas.

Durante el embarazo el feto actúa como dependiente, el cual debe mantener un intercambio permanente con su madre, de ahí que el conocimiento exacto de

los cambios fisiológicos nos permita comprender mejor los signos y síntomas que pueden poner en riesgo el embarazo.

Las principales alteraciones se relacionan con el útero, (con su tamaño, forma y peso), las glándulas mamarias, vagina, genitales externos, cambios en sistema cardiovascular, (corazón, presión arterial, sangre, sistema de coagulación), equilibrio ácido base, sistema respiratorio, gastrointestinal, metabolismo proteico, sistema nervioso central, metabolismo de las grasas metabolismo del agua y ganancia de peso.

5.7 Distocia del parto.

El término distocia en el parto, es un término muy difuso, inespecífico que se asocia para todo tipo de nacimiento dificultoso. Este diagnóstico es responsable de un tercio del incremento de la cesárea, la mayoría de ellas corresponde a fetos en presentación cefálica y de tamaño normal.

En la cadena de sobre diagnósticos de distocia en el parto se enumeran una serie de problemas y errores en relación con:

- Diagnóstico del verdadero inicio del trabajo de parto
- Rotura artificial de las membranas ovulares sin franca contractilidad de parto
- Inducción del parto realizada con un cuello uterino no favorable
- Incorrecta vigilancia del trabajo de parto y de su progreso
- Desproporción cefalo pélvica relativa
- Patrones muy rígidos para definir parto detenido, falta de progreso del parto o del período expulsivo prolongado
- Uso incorrecto de oxitócicos y depresores
- Falta de preparación de la gestante para el parto.

En cuanto a la presentación podálica, se debe esperar que del 0 al 4% del total de embarazos, el feto este en presentación podálica. En una alta proporción se interviene, bien porque exista la norma de practicar cesárea en todos los casos, o bien porque se permite el parto vaginal solo a un grupo selecto de embarazos que llenan ciertos requerimientos de seguridad.

Una alternativa para disminuir la frecuencia de cesáreas por distocias del parto es el uso de la versión externa, que empleada con arte y rodeada de garantías puede disminuir al tercio la frecuencia de podálicas y la necesidad de intervención.

Por los riesgos materno fetales neonatales asociados al procedimiento y en interés de los resultados, se debe practicar cesárea con sentido conservador, en forma tan aislada como sea posible y, a la vez, con la rapidez en la decisión que se requiera

5.8 Origen de la intervención cesárea:

La operación Cesárea tiene por objeto la extracción del feto del útero por vía abdominal empleando procedimientos quirúrgicos, que incluye incisión de las paredes del abdomen y del útero. Esta tiene una presencia de aproximadamente entre 4 y 25% de todos los nacimientos según su centro y el país donde se haga el estudio.¹⁶

Según la leyenda, Julio César nació de esta forma por lo que éste procedimiento se designo operación Cesárea, sin embargo existen circunstancias que le restan fuerza a esta versión a saber.

- a). la madre vivió mucho tiempo después del nacimiento y en esa época, la intervención era casi fatal según los escritores de más digna confianza.
- b). ningún escritor antes de la edad media menciona este tipo de operación.

¹⁶ Página Web. Embarazo.com.

En el siglo VII antes de Cristo, el emperador Numa Pompilio promulgó una ley ordenando que se realizara la intervención a las mujeres fallecidas y que contaran con un embarazo a término, a esto se le llamó Lex Regia, y la intervención se conoció como Cesárea, sin embargo los escritores médicos no mencionan nada de dicha intervención.

La palabra cesárea con que designa dicha operación, pudo derivarse del verbo latino caedere que significa cortar esta explicación parece más lógica, pero es incierta dado que sección deriva del verbo seco, que también significa cortar.

En la antigüedad solamente se recurría a la Cesárea inmediatamente después de ocurrida la muerte materna (Cesárea post-mortem), con la finalidad de salvar la vida del niño.

En la actualidad, la Cesárea es una acción terminal que emplea un cúmulo de conocimientos obstétricos y que se aplican en razón de un considerable número de diagnósticos diversos. Se ha constituido en la solución única de una serie de situaciones complejas. (Boletín CLAP-OPS, 1989).¹⁷

La primera operación con éxito de la que se tiene noticia, fue la realizada por Jacob Nufer, un castrador de cerdo Suizo, quien en 1500 asistió el proceso del parto a su esposa y para ella recurrió a la Cesárea. El hecho que posteriormente tuviera 5 partos vaginales sugiere que pudo tratarse de un embarazo extra-uterino.

Fue Raynud en 1637 el primero en emplear el termino operación cesárea en el tratado que hizo acerca del tema. Fue hasta mediados del siglo XVI que la Cesárea fue realizada en vivo en casos raros y de urgencia, que en general eran mortales y cuya realidad continuó hasta principios del siglo XX.

¹⁷ Salud perinatal. Boletín (CLAP) Vol. 3 No9. 1989

En el siglo XIX se comenzó a utilizar la Cesárea en los partos obstruidos con feto vivo y luego en las hemorragias de cierta consideración.

El punto clave de la evolución de la cesárea se produjo hasta el año 1881 cuando Max Sanger profesor de la clínica de la Universidad de Leipzig introdujo la sutura de la pared uterina lo que contribuyó a una importante reducción de la mortalidad materna por hemorragia., quedando como causa principal de muerte la Peritonitis generalizada.(16).

Porro, reconoció el peligro de la infección del útero en relación a la cesárea, así en 1876 llevó a cabo con éxito su primera Histerectomía Cesárea. La operación de Porro que actualmente consiste en una Histerectomía total, generalmente se practica debido a patología uterina, pero por infección de dicho órgano.

De las diferentes operaciones de Cesárea la que generalmente se considera como nueva e importante es la cervical baja. En 1881 Kerr practicó la primera incisión transversa en el segmento inferior del útero justamente el tipo de incisión que Munro Kerr volvió a introducir en el presente siglo y que en la actualidad se emplea comúnmente.

Es posible que las primeras operaciones Cesáreas se hayan realizado antes del registro de la historia, ya que Felkin (1884) fue testigo de una operación de éste tipo entre los nativos de Uganda.

En el inicio del siglo XX, el abordaje uterino proseguía realizándose mediante una incisión corporal, que dejaba una zona de debilidad permanente muy propensa a la rotura en el siguiente embarazo o parto.

Con los adelantos médicos en hemoterapia y anestesiología, el uso de antibióticos y quimioterapia contribuyó a que en la década del 1940 1950 el nacimiento por Cesárea pasara del 2 al 4%, logrando en conjunto con otros

medidas de salud pública una marcada disminución de la mortalidad perinatal y materna.¹⁸

La disminución del número de hijos por familia y la mejor aceptación y conocimiento de los procedimientos quirúrgicos en general, por parte de los usuarios, predisponen a ejercer cierta presión sobre los profesionales para optar por la vía más rápida y considerada más segura frente a problemas reales o temidos.¹⁹

La responsabilidad profesional se incrementa y aparecen demandas cuantiosas por resultados perinatales insatisfactorios para los usuarios. En EE.UU. De Norteamérica, en particular, se sostiene que no existen demandas por cesáreas precoces, pero sí por no hacerlas o por hacerlas tardíamente.²⁰

5.9 Técnicas quirúrgicas al efectuarse la operación cesárea

La cesárea es una cirugía mayor y en consecuencia debe prepararse la paciente para tal fin. Es preciso también considerar al feto cuya condición es necesario tener en cuenta. Cuando la cesárea es programada las condiciones de la embarazada casi siempre son buenas y no tiene mayor riesgo que el propio de la cirugía.

a) Cesárea Segmentaria: Consiste en una incisión en el segmento inferior del útero y puede ser vertical o transversal, siendo la técnica de elección en más del 80% de los casos en instituciones modernas, (técnica d Munro Kerr).

b) Transversal o de Pfannensteil: La incisión de la pared puede ser mediana, infraumbilical o bien transversal, en futuras intervenciones no impide una nueva laparotomía.

¹⁸ Salud Perinatal. Boletín CLAP Vol 3 No. 9, año 1989.

¹⁹ Salud Perinatal. Boletín CLAP Vol 3 No. 9, año 1989.

²⁰ Salud Perinatal. Boletín CLAP Vol 3 No. 9, año 1989.

c) La cesárea corporal: Casi abandonada, se ejecuta solo cuando hay dificultad para abordar el segmento inferior o precediendo a una histerectomía, este tipo de incisión , deja una zona de debilidad permanente muy propensa a la rotura en el siguiente embarazo o parto, es recomendada en caso de situación transversa.

5.10. Factores de riesgo de la mujer embarazada.

Dado que la mortalidad perinatal va a depender de los factores de riesgo los cuales pueden ser clasificados de exógenos y endógenos pudiendo estos ser:

a) Preconcepcionales: analfabetismo, desnutrición talla aja, mayor de 35 años adolescente, gran multigesta, periodo íntergenésico corto, obesidad, madre adolescente, malos antecedentes genéticos, malos antecedentes obstétricos, patologías previas.

b) Del embarazo: (anemia, control prenatal nulo o inadecuado, hipertensión arterial, hemorragia, retardo de crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas, poca o excesiva ganancia de peso, hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción, embarazo múltiple, infección ovular, incompatibilidad feto materna)

c) Del parto: (Amenaza de parto prematuro, pélvico, trabajo de parto prolongado, distocia de contracción, sufrimiento fetal agudo, macrosomía, inducción del parto, insuficiencia cardio respiratoria, Procidencia de cordón, gigantismo fetal, parto instrumental)

d) Del recién nacido: (depresión respiratoria neonatal, producto pequeño para la edad gestacional, producto pretermino, infección, malformaciones)

e) Del post-parto: (Hemorragias, infección puerperal, inversión uterina)

f) Otros factores pueden ser:

- Carencia en la organización de los servicios
- Carencia en la formación profesional.
- En el mayor cobro de honorarios por parte de las instituciones y de los profesionales.
- En la creencia popular de que se evita el dolor.
- En la necesidad de que existan suficientes oportunidades de práctica en ambientes universitarios.
- El lanzamiento de la moda de que la Cesárea da “Estatus” constituyen factores que de forma aislada, entremezclados o en conjunto, se consideran favorecedores de alta y creciente frecuencia.

“El incremento de la tasa de Cesáreas más allá del límite de sus beneficios, agrega morbilidad y costos y se transforma de solución en problema”.²¹

La Cesárea debería de ser de beneficio conjunto para madre e hijo y estar apoyada en el conocimiento científico, debería de ser transparente y no tema de discusión si hay ventajad o no de realizarla.²²

El mal uso de las clasificaciones de riesgo, hace que en ciertos ámbitos, la presencia circunstancial de un factor constituya la excusa para efectuar cirugía, otros factores que pueden contribuir indirectamente en el incremento de la cesárea son:

Se requiere considerar dos cuestiones:

- Si son razonables los lineamientos e indicaciones de Cesáreas actualmente en práctica en países e instituciones o si existen dudas fundadas de su utilidad.

²¹ Salud Perinatal. Boletín CLAP. Vol. 3 1989.

²² Salud Perinatal. Boletín CLAP. Vol. 3 1989.

- Determinar cual es la frecuencia teórica apropiada o aceptable de Cesárea y de sus indicaciones

El momento oportuno para efectuar la operación Cesárea es cuando se inicia el trabajo de parto excepto en el caso de distocia, ya que incluso ante la DCP y Cesárea previa, es mejor esperar a que se inicie el trabajo de parto espontáneamente.

Sin embargo el mejor momento para efectuar la Cesárea, es cuando exista evidencia de madurez fetal y que el feto pese 2.500gms o más y no en una fecha programada arbitrariamente con base en la fecha esperada del parto.²³

5.11 Las indicaciones de Cesárea pueden clasificarse en; absolutas y relativas.

a) Indicaciones absolutas: Son aquellos casos en los cuales la cesárea es la única alternativa en circunstancias en las que la vida de la madre o del niño se encuentran en riesgo.

b) Indicaciones relativas: son aquellas en las cuales la cesárea es la mejor alternativa en circunstancias en las que se plantea alguna otra opción, y en la que la presencia de múltiples factores de riesgo justifican su realización.

Son casos que por lo tanto tendrán que ser analizados detenidamente antes de adoptar una decisión. Por ejemplo, la Cesárea previa es para algunos indicación de Cesárea por el riesgo de rotura de la cicatriz uterina durante el parto. Actualmente se considera que, si no se repiten los motivos de la primera intervención o no existe otra indicación, deberá permitirse el parto normal bajo observación cuidadosa.

²³ Pomares Cortés, Alberto y Sánchez Rosales, José Ignacio. Comportamiento Epidemiológico de la operación cesárea.

A veces es necesario realizar una Cesárea por una serie de causas asociadas, ninguna de las cuales justificaría la intervención si se considerara aisladamente. Cuando se dan varias indicaciones parciales puede haber mayor peligro en el parto por vía vaginal, de modo que a veces éstas, al sumarse, crean una verdadera indicación en conjunto.²⁴

5.12 Los Criterios para Las indicaciones de Cesárea pueden ser: maternas, fetales, materno fetales y ovulares, es muy utilizada en centros obstetriticos, sin embargo como su aplicación es difícil y casi siempre terminan como indicaciones mixtas, en España, las relacionan todas con las complicaciones del embarazo o del parto, algunos textos utilizan el siguiente esquema:

1. Se debe terminar el embarazo si existe una contraindicación para la inducción.
2. El expulsivo representa un riesgo para la madre el feto o ambos.
3. Existe una distocia mecánica o dinámica.
4. Cuando durante el embarazo o el parto se presenta una complicación que obligue a la extracción urgente del feto.

En este estudio tomaremos las indicaciones retomadas por el Ministerio de Salud en su plan docente para especialistas en Ginecoobstetricia y los criterios retomados en la hoja de historia clínica prenatal.

a) Causas Maternas pueden ser:

- **Patologías locales:** Distocias óseas, distocias dinámicas, distocias de partes blandas, tumores previos, rotura uterina, cesárea anterior, plastias vaginales previas, herpes genital
- **Patologías sistémicas:** Preclampsia, hipertensión Crónica grave, nefropatía crónica, tuberculosis pulmonar.

²⁴ Salud Per

b) Causas fetales:

- **Colocaciones viciosas:** Situación transversa, pelviana, situación de frente y situación de cara.
- **Macrosomía fetal.**
- **Vitalidad fetal comprometida:** Sufrimiento fetal agudo, retardo del crecimiento intrauterino, Enfermedad hemolítica grave, muerte habitual del feto.

c) Materno fetales:

- Desproporción feto pélvica
- Parto detenido
- Partos múltiples

d) Causas Ovulares

- Placenta previa
- Desprendimiento normo placentario
- Procidencia de cordón

La Cesárea anterior no constituye una contraindicación absoluta para un parto vaginal, si la paciente ha tenido un adecuado control prenatal y tanto ella como el feto se encuentran en buenas condiciones, de no repetirse la indicación de la cesárea anterior, la paciente puede tener un parto vía vaginal sin ningún tipo de complicación, con una adecuada monitorización del feto y de la madre durante la prueba del trabajo de parto.

En el momento actual la operación Cesárea no tiene virtualmente contraindicación alguna, excepto el hecho de no estar correctamente indicada.²⁵

Debe tratarse de un feto único, en presentación cefálica no deflexionada, el peso fetal debe ser menor de 4000 gms.

En cuanto al sufrimiento fetal, muchos de los fetos en sufrimiento, respondieron favorablemente a la administración de tratamiento oportuno con oxígeno, cambios de posición materna, corrección de la hipo e hipertensión materna, interrupción de oxitocina, empleo temporal de útero inhibidores, etc. Por lo tanto si se identifican y se corrigen las causas que originaron el sufrimiento y si la respuesta al tratamiento es efectiva, muchas cesáreas no merecen realizarse.²⁶

En países desarrollados la frecuencia de sufrimiento fetal aguda no llega al 3% de los nacimientos.²⁷

En cuanto a las distocias considerando la ambigüedad del diagnóstico, la comparación entre instituciones sugiere que el número de Cesáreas para esta indicación puede ser excesiva.

En éste sobre diagnóstico se enumeran una serie de problemas y errores en relación con:

- a) El diagnóstico del verdadero inicio del trabajo de parto.
- b) La práctica de la rotura artificial de las membranas sin franco trabajo de parto.
- c) Las inducciones del parto realizadas en cuellos no aptos para el parto vaginal.
- d) La incorrecta vigilancia del trabajo de parto y de su progreso.
- e) La desproporción céfalo-pélvica relativa.
- f) Los patrones muy rígidos para definir parto detenido, falta de progreso del parto o período expulsivo prolongado.

²⁵ Salud Perinatal. Vol 3 No. 9 CLAP 1989

²⁶ Salud Perinatal. Vol 3 No. 9 CLAP 1989

²⁷ Salud Perinatal. Vol 3 No. 9 CLAP 1989

- g) El uso incorrecto de oxitócicos y de depresores.
- h) La falta de preparación de la gestante para el parto.
- i) El ambiente poco receptivo u hostil para la gestante en trabajo de parto.

Otra alternativa para disminuir la frecuencia de cesárea por esta indicación, es el uso de la versión externa, que empleada con arte y rodeada de garantías puede disminuir al tercio la frecuencia en podálicas y la necesidad de intervención quirúrgica.

5.13 Las indicaciones más frecuentes de Cesáreas en Latinoamérica en orden de presentación fueron las siguientes.

- a) Cesárea anterior
- b) Sufrimiento fetal agudo
- c) Desproporción cefalo-pélvica
- d) Presentación podálica
- e) Toxemia gravídica
- f) Fracaso de Inducción
- g) Sufrimiento fetal crónico
- h) Distocia de la dinámica / placenta previa
- i) Parto prolongado
- j) Desprendimiento placentario
- k) Situación transversa
- l) Otras

Estas indicaciones son las principales responsables del aumento en el porcentaje de cesáreas y cualquier intento de modificación debe estar dirigido hacia ellos. Si se exceptúan las razones no médicas, ocho de cada diez cesáreas se hacen por una de estas indicaciones principales.²⁸

²⁸ Salud Perinatal. Boletín CLAP Vol3 No. 9 1989

Expertos a nivel mundial expresan que los beneficios de las cesáreas se aprecian con frecuencias de hasta el 10% de los nacimientos en población general, y de hasta el 17% en gestaciones de riesgo.²⁹

Existe una tasa de posibles complicaciones graves de un 2.4% para una prueba de trabajo de parto siendo las principales:

- a) Placenta previa
- b) Placenta acreta
- c) Rotura uterina

5.14 Las principales causas de cesáreas en Nicaragua, y que han sido retomadas del centro de referencia dela mujer son:

1. Cesárea por cesárea anterior
2. Circular de cordón al cuello
3. Parto pélvico
4. Sufrimiento fetal agudo
5. Preclampsia severa
6. Macrosomía
7. Oligoamnios
8. Desproporción feto pélvica
9. Ruptura prematura de membranas
10. Parto gemelar
11. Eclampsia
12. Muerte fetal
13. Transverso
14. Óbito fetal

5.15 El Nacimiento por Cesárea y la Mortalidad Perinatal y Materna.

En muchos países a la par que se incrementaba la tasa de Cesárea, ocurría una disminución de la tasa de mortalidad perinatal, de la relación temporal que une ambos hechos, no puede asumirse que exista una relación causa efecto, ya

²⁹ Salud Perinatal. Boletín CLAP Vol3 No. 9 1989

que aunque la Cesárea pueda contribuir a disminuir dicha tasa, existen otros factores que mejoran las tasas peri natales, tales como: la mayor cobertura y calidad de los controles prenatales, la asistencia institucional del nacimiento, los avances en el cuidado neonatal, la formación de especialistas, la difusión de conocimientos del área perinatal, los esquemas de regionalización de los servicios con atención por niveles, el mejoramiento en las condiciones generales de salud y de vida, además de los avances de la medicina y de la ciencia en general.³⁰

Pese a que la Cesárea pueda considerarse un procedimiento seguro, se asocia con mayor mortalidad y morbilidad que el parto vaginal, por ello éste último debe preferirse para minimizar los riesgos.

Los avances tecnológicos han reducido el riesgo de muerte atribuible a la intervención a niveles que pueden considerarse de seguridad cuando se garantizan, niveles óptimos de calidad de atención. Sin embargo, aunque las condiciones no son de estricta comparabilidad, el nacimiento por cesárea presenta entre otros, mayor³¹

- a) Mortalidad materna (hasta 12 veces)
- b) Mayor morbilidad materna (7 a 20 veces)
- c) Mayor estadía hospitalaria (el doble)
- d) Mayor convalecencia y alteraciones psico-afectivas.
- e) Mayores probabilidades de asfixia al nacer.
- f) Mayores trastornos respiratorios neonatales.
- g) Mayor prematurez e latrogenia

³⁰ Salud Perinatal. Boletín CLAP Vol3 No. 9 1989

³¹ Salud Perinatal. Boletín CLAP Vol3 No. 9 1989

A medida que la frecuencia de cesárea se incrementa esta indicación pasa a tener un mayor peso. La literatura es cada vez más clara en mostrar las ventajas de efectuar la prueba del parto.

El trabajo de parto debe ser asistido en un hospital que cuente con sangre, anestesiólogo y posibilidades de cirugía en un tiempo no mayor de 30 minutos.

Condiciones indispensables:

- a) La razón de la indicación no debe ser recurrente
- b) No debe haber otra indicación adicional a la cesárea
- c) Debe tratarse de un feto único, en presentación cefálica no deflexionada
- d) El peso fetal estimado debe ser menor de 4000g
- e) El trabajo de parto debe ser cuidadosamente controlado

Dependiendo de las instituciones el sufrimiento fetal se la segunda o tercera indicación de cesáreas aquí es donde al monitoreo electrónico fetal en el parto se le adjudica alguna participación. La frecuencia de cesáreas es mayor en instituciones que disponen de esta tecnología, aunque los resultados perinatales sean similares que cuando se utiliza la auscultación periódica.³²

5.16 La frecuencia de Cesárea en Instituciones Latinoamericanas.

La frecuencia más alta de nacimientos por cesáreas se registran en instituciones privadas, luego en las instituciones que tienen carácter docente y finalmente en las vinculadas a los ministerios de salud pública que en general asisten a las mujeres de menos recursos.³³

³² Salud Perinatal. Boletín CLAP Vol3 No. 9 1989

³³ Borrás, Fernando C, Patrick Vaughan, J.Y Victoria, Cesar G. ¿ Porque tantas Cesáreas?

En países como Ecuador, Brasil, Colombia, Chile, presentan una frecuencia de entre 20 y 30% de Cesáreas en tanto que países como Venezuela, Uruguay, Costa Rica se encuentran con frecuencia de Cesáreas por debajo del 18%.³⁴

A nivel internacional se considera de especial importancia, estimular la elaboración de protocolos de atención, tanto para consulta externa como hospitalización.

Una primera consideración: es que este tipo de guías facilita la adecuada conducción de los pacientes desde el punto de vista de diagnóstico y tratamiento, identificando la tecnología a usar en cada caso.

Una segunda consideración: es que en la formación de los médicos generales, de los especialistas y en general del equipo de salud, es necesario llenar ese vacío que existe.

entre el momento de la llegada del paciente y el establecimiento del diagnóstico definitivo y el tiempo en que finaliza el tratamiento médico o quirúrgico.

Una tercera consideración: hace referencia a la responsabilidad y la ética médica que se pone de manifiesto al controlar la asistencia médica basada en los protocolos.

Una cuarta consideración: y quizás la fundamental es que las dos funciones que caracterizan al médico, bien sea general o especialista, para diagnosticar y tratar al paciente, se sustentan habitualmente la evolución del proceso salud-enfermedad.

La calidad de la atención es un requisito fundamental de la prestación de los servicios de salud, lo cual conlleva la implementación de un programa de calidad en todas las instituciones.

³⁴ Salud Perinatal. Vol 3 No. 9 CLAP 1989

Se deberá examinar el proceso de atención médica y esto comprende Flujograma de servicios, protocolos de atención, historia clínica y los tiempos de espera en cada uno de los procesos de atención.

El impacto o efecto de la atención incluye aspectos tales como modificación del riesgo de enfermar, incapacitarse o morir de la población, el aumento de programas, tareas previstas, se supone que si el sistema de salud no ha logrado obtener el impacto deseado, es probable que ocurrido algún problema o dificultad, pudiendo ser ocasionada por el incumplimiento de las orientaciones gubernamentales en materia de salud o en la demanda como podría ser la mala selección de un aspirante con alto grado de complejidad, carencia de recursos o problemas en el proceso de diagnóstico y tratamiento de la atención en salud.³⁵

5.17 Riesgos de la Cesárea.

El riesgo estimado de que una mujer muera después de una Cesárea es menos de 1 en 2,500 (por nacimiento vaginal es menos de 1 en 10,000).³⁶

a) Principales riesgos para la madre.

- **Infección:** El útero y otros órganos pélvicos adyacentes como las vías urinarias) pueden infectarse posterior a una cesárea.
- **Incremento en la pérdida de sangre:** La pérdida de sangre por cesárea es aproximadamente dos veces mayor que en el parto vaginal.
- **Disminución del funcionamiento del intestino:** oclusión intestinal.
- **Complicaciones respiratorias:** Neumonías post-anestésicas.
- **Larga estadía en el hospital:** mayor tiempo de recuperación.
- **Reacciones a la anestesia:** Hipotensión.

³⁵ Salud Perinatal. Boletín CLAP Vol3 No. 9 1989

³⁶ Salud Perinatal. Boletín CLAP Vol3 No. 9 1989

- **Riesgo de cirugías adicionales:** Histerectomía, Reparación de la vejiga.
- **Complicaciones de las heridas:** Dehiscencias, fístulas, diastasis de los rectos, eventraciones.

b) Principales riesgos para el bebé:

- **Nacimiento prematuro:** por mal cálculo de la edad gestacional.
- **Problemas respiratorios:** taquipnea transitoria
- **Apgar bajo:** por efecto de la anestesia o de la cirugía.
-
- **Daño fetal:** aunque raro, durante la cirugía puede accidentalmente cortarse al bebé.

La esterilización quirúrgica, muchas veces se convierte en una causa de cesárea sobre todo cuando la mujer es añosa o para impedir en forma irreversible futuras gestaciones. Esta fundamentalmente indicada en aquellos casos en que un nuevo embarazo ponga en riesgo la vida de la madre.(Cardiopatías graves, Hipertensión maligna, Nefropatía crónica)

La extirpación del útero puede ser necesaria en el embarazo, parto y puerperio. La indicación puede preverse con anticipación (histerectomía electiva) en caso de miomatosis múltiples, o en un cáncer de cuello, o surgir en forma imprevista (histerectomía de urgencia), ante una hemorragia incontrolable por rotura uterina, apoplejía, placenta previa, o en el aborto séptico.

5.18 Medidas para Disminuir las Cesáreas

Si se evitaban las indicaciones no médicas difícilmente se encontrarían porcentajes de cesáreas mayores del 25%. Se podrían optimizar los resultados perinatales en condiciones de seguridad, si se evitaban las Cesáreas no necesarias. Para ello pueden ser de utilidad los siguientes lineamientos:

- La Cesárea iterativa no debe ser automática, sobre todo si la Cesárea anterior fue Segmentaria y si la indicación no es recurrente.

- El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo intra parto realizado por monitoreo electrónico fetal, debe confirmarse por el PH de sangre capilar fetal
- Debe reconsiderarse la indicación de inducción del parto si el cuello uterino no está maduro.
- Hay que extremar la selección de casos antes de indicar Cesárea electiva en pre- término
- Realizar como regla la prueba del parto cuando se diagnostica desproporción céfalo pélvica relativa.
- En multíparas hay que considerar la vía vaginal como alternativa para el parto pelviano.
- Hay que desechar las indicaciones no médicas, incluyendo las solicitudes maternas no justificadas, o la oportunidad para realizar la esterilización tubárica u otras cirugías.
- Hay que requerir una segunda opinión autorizada o independiente, toda vez que sea posible, y en particular cuando hay duda.
- Conviene que el equipo revise periódicamente los resultados locales y actualice los conocimientos acerca de las principales indicaciones.
- La madre debe recibir información adecuada durante el embarazo y apoyo psicológico durante el trabajo como forma de disminuir el Stress y obtener mayor colaboración.

VII. Diseño Metodológico

a) Definición del estudio.

Según el problema y los objetivos planteados, el estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, porque pretende conocer como está la situación del incremento de las cesáreas y el cumplimiento de los criterios médicos al realizarla y así poder explorar alguno de los posibles factores relacionados con su realización.

En Managua existen 19 Empresas Médicas, estas garantizan la atención al asegurado y a sus derecho habientes y son responsables de la promoción, prevención, cura y rehabilitación de la salud.

Las Empresas Médicas Previsionales dependen de la gerencia de las empresas médicas del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, y reciben supervisión permanente de un delegado médico y es carácter uniforme y sus funciones están dirigidas a garantizar el cumplimiento del listado básico de prestaciones, abastecimiento de medicamentos, calidad de atención etc.

b) Universo.

El universo de estudio lo representaron un total de 3151 expedientes de mujeres a quienes se les practicó cesárea y que fueron atendidas en las empresas seleccionadas en los meses de Enero a Diciembre del año 2000, así como también el personal médico Gineco-obstetra de las empresas médicas.

Las mujeres cesareadas objeto de estudio, se encontraban adscritas en diferentes empresas medicas del departamento de Managua. Estas empresas tenían algunas características similares por lo que el estudio se realizó en todas, de tal manera que sus resultados puedan generalizarse.

c) Muestra.

La muestra fue calculada probabilísticamente por medio del paquete estadístico S.P.S.S, estableció el calculo de la población, prevalencia de Cesáreas, partos y se dividió proporcionalmente entre el numero de Cesáreas realizadas por cada empresa, para un total de 377 mujeres intervenidas por Cesárea durante el año 2000 en 19 empresas medicas provisionales.

Diseño Muestral

I. Tamaño de la Muestra

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

Donde

N: tamaño de la población a muestrear (3,151 cesáreas durante el año 2000 en EMP del departamento de Managua)

$$n_0 : \frac{Z^2PQ}{E^2}$$

Z: Coeficiente de Confiabilidad basado en la distribución normal estándar. Para una confiabilidad del 95%, Z tiene un valor de 1.96.

P: Proporción de la característica de interés en la población (desconocido, por lo general estimado en 0.5)

Q: 1 – P

E: Error de muestreo (hasta un 10% de P, es decir $0.5 \cdot 0.10 = 0.05$)

Tamaño de muestra resultante: **377**³⁷

2. Método de Selección

a) Primera Etapa

Se seleccionó de forma aleatoria 7 EMP utilizando el procedimiento de selección proporcional al tamaño

EMP seleccionadas³⁸:

- Empresa Médica Alemán-Nicaragüense
- Hospital Bautista
- Salud Integral
- Policlínica Oriental
- Mediintegral
- Nuevo Hospital Monte España
- Corporación de Zona Franca

b). Segunda Etapa

El tamaño de muestra en cada EMP seleccionada en el paso anterior es el siguiente³⁹:

- | | |
|--------------------------------------|-----|
| ▪ Empresa Médica Alemán-Nicaragüense | 23 |
| ▪ Hospital Bautista | 107 |
| ▪ Salud Integral | 62 |
| ▪ Policlínica Oriental | 71 |
| ▪ Mediintegral | 25 |
| ▪ Nuevo Hospital Monte España | 27 |
| ▪ Corporación de Zona Franca | 62 |
| ▪ Total | 377 |

³⁷ Se incluye un 10% adicional por disminución del efecto de no respuesta o datos faltantes.

³⁸ Se trabaja con la frecuencia acumulada de las subpoblaciones.

c). Tercera Etapa

El procedimiento de selección a seguir es el siguiente (en cada EMP se trabajará de forma independiente, aunque siguiendo un procedimiento común en todas):

a) En cada Empresa Médica Previsional se elaboró un listado de expedientes clínicos de pacientes que fueron cesáreas durante el año 2000, utilizándose para ello el Índice de diagnóstico o el Índice de Intervenciones quirúrgicas o cualquier otro registro donde fueron anotados los casos de cesárea para el año 2000. La lista se elaboró utilizando el número de expedientes y nombre de la paciente, una vez elaborada la lista se procedió a seleccionar los expedientes clínicos que se revisó. El procedimiento a seguir será mediante muestreo aleatorio sistemático y por Empresa Médica según los siguientes datos:

Empresas Médicas Previsionales	Intervalo de Selección	Arranque aleatorio
EMAN	6	2
Hospital Bautista	6	6
Salud Integral	6	4
Policlínica Oriental	6	2
PAME	6	3
Nuevo Hospital Monte España	6	2

³⁹ Para ello se calculó la fracción de muestreo entre el tamaño de muestra y el tamaño de la población seleccionada multiplicándolo por los tamaños subpoblacionales de las EMP seleccionadas.

d) Unidad de análisis o de observación :

La unidad de análisis fueron los expedientes de las mujeres embarazadas y cuyo parto termino en cesáreas ya que de el dependió la recolección de la información requerida para el estudio y de los médicos obstetras por medio de un cuestionario, todos pertenecientes a las empresas médicas seleccionadas en la muestra.

e) Método de recolección de la información.

Para la recolección de la información se utilizó el cuestionario “Opinión de Médicos Obstetras año 2000 y la encuesta titulada “Ficha de Expediente Clínico embarazadas cesareadas año 2000” que le fue aplicada a los expedientes de las mujeres cesareadas.

f) Procesamiento de la información.

El procesamiento de la información y plan de tabulación serán presentados en cuadros según las variables que deban destacarse y el cruce de estas, todos los datos fueron procesados en el programa S.P.S.S, la significancia y validez se midió mediante la prueba de Chi- Cuadrada, las variables fueron analizadas y serán presentadas en gráficos y cuadros individuales y en cruce de variables a fin dar respuesta a los objetivos y problema de estudio.

g) Plan de Análisis

Para el análisis estadístico se hizo la distribución por frecuencia y se aplicará el porcentaje para la determinación de criterios y análisis de algunas caracterizticas de la población en estudio

Variables

Las variables en este estudio fueron:

Variable dependiente: Incremento de cesárea.

Variable independiente: Cumplimiento de criterios médicos.

Variables por objetivos

Objetivo #1. Caracterización de la mujer embarazada

Caracterización de la mujer embarazada

EMP de procedencia	Talla
Edad	Estado Civil
Tipo de paciente	Escolaridad
Peso	Nivel socioeconómico
Hábitos tóxicos	Clasificación del riesgo
Gestas	Tecnología de apoyo
Partos vaginales	Monitoreo del trabajo del parto
Partos por cesárea	Médico que atiende la paciente
Abortos	Médico que indica cesárea
Nacidos vivos	Médico que realiza la cesárea
Nacidos muertos	Indicación de cesárea referida
Nacidos bajo peso	Esterilización quirúrgica
Nacidos macrosómicos	Complicación materna
Periodo intergenésico	Complicación fetal
Número de CPN	

Objetivo #2 . Criterios para la realización de la cesárea

Criterios médicos que deciden la cesárea.

Criterios:	Edad. < de 15 años	Causas Maternas
	>de 35 años	
Peso: ganancia < de 11kg		Causas Fetales
Talla: < de 1.50		Causa Materno –Fetales
P. interg. < de 18 meses.		Causas Ovulares

Antecedentes personales	Antecedentes familiares
Antecedentes Obstétricos	Embarazo actual
Inmunización	Exámenes de laboratorio
Hábito /estilos de vida	Historia clínica obstétrica
Riesgo obstétrico	Examen Odontológico
Estudio de la pelvis	Controles prenatales
D.C.P	Situación(eje materno -fetal)
F. CF	FCM
Toxemia	Posición.(derecha o izquierda)
Embarazo gemelar	Trabajo de parto prolongado
Riesgo obstétrico alto	conducción fallida
Macrosomía	Hábitos (fumar, alcohol y drogas)
Número de gestaciones	## de Hijos nacidos vivos
# de hijos nacidos muertos	Inicio de Trabajo de parto
Objetivo #3 Principales complicaciones:	

Complicaciones Maternas: Complicaciones presentadas por la madre en el transoperatorio y post operatorio inmediato.

- Infección
 - Ileo Paralítico
 - Hemorragia
 - Oclusión intestinal
 - Infección respiratoria
 - Lesión de la vejiga
 - Incremento de la estancia Hosp..
 - Adherencias
 - Incremento del tiempo de recuperación
-
- Diástasis de los rectos
 - Reacciones anestésicas
 - Eventración
 - Histerectomía
 - Dehiscencia de la herida

Complicaciones fetales: Complicaciones presentadas por el feto en el periodo perinatal

- Nacimiento prematuro
- Apgar bajo
- Taquipnea transitoria
- Lesión quirúrgica del bebé

Objetivo #4 perfil y opinión médica relacionada con el incremento de la cesárea

Perfil del médico que atiende, ordena y realiza la cesárea

Médico General

Médico Especialista

Opinión Médica

- Causa del incremento de la cesárea
- Aseguramiento de la calidad de vida del niño
- Alivio del dolor del parto
- Tiempo empleado en la atención
- Capacidad técnica del médico
- Cumplimiento de criterios

Operacionalización de las variables

Conceptos.

Incremento de cesárea: Es el aumento del número de cesáreas ocasionado por la presencia de casos nuevos.

Cumplimiento de criterios: Es cumplir con lo normado en la decisión de la realización de la cesárea.

sub. Variables

Normas. Reglas que se deben cumplir.

- a) Normas de bajo riesgo
- b) Normas del alto riesgo.

EMP de procedencia: Empresa Médica Previsional seleccionada en la muestra donde la mujer embarazada fue cesareas en el 2000.

1. Hospital Bautista
2. Policlínica Oriental
3. Salud Integral
4. Corporación Zona Franca
5. Hospital Monte España
6. Mediintegral
7. EMAN

1. Edad: Número de años cumplidos de la embarazada cesareada registrados en el expediente.

15-19

20-24

25-29

30-34

35-39

40-44

2. Tipo de paciente: Categoría de paciente según clasificación del INSS

Asegurada

Beneficiaria

3. Peso: Valoración numérica en kilogramos que permite controlar el peso de la madre durante el embarazo y que en algún momento es determinante en la conducta a seguir durante el periodo

< 50

50-74

75-99

100- +

4. Talla: Medida en centímetros de la mujer embarazada que permite orientar el accionar médico.

<50

50-74

75-99

100+

5. Estado Civil: Condición de la mujer que la caracteriza y que le permite hacer uso de los beneficios que le confieren las leyes del estado.

Casada

Acompañada

Soltera

Separada

6. Escolaridad : Último grado aprobado

Ninguna

Primaria

Secundaria

Universidad

7. Nivel Socioeconómico: Capacidad monetaria que le permite a la persona poder satisfacer sus necesidades

8. Hábitos tóxicos: Actitud de las personas buenas o malas y que pueden influir negativamente en el buen desarrollo del embarazo.

Fumar

Alcohol

Uso de drogas

9. Antecedentes Obstétricos: Conjunto de condiciones que puedan contribuir en la decisión de realizar la operación cesárea.

Gestaciones

Partos vaginales

Partos por cesárea

Abortos

Nacidos vivos

Nacidos muertos

Bajo peso
Macrosómicos
Período intergenésico
Número de controles prenatales
Riesgo

10. Exámenes realizados: Exámenes del laboratorio clínico, radiológicos y y de monitoreo realizados

BHC
VDRL
EGO
Tio y Rh
Toxoplasmosis
HIV
US abdominal
Monitoreo fetal
Química sanguínea

11. Monitoreo del trabajo del parto: Es el proceso mediante el cual el producto busca su salida de la cavidad uterina, siendo necesario en este momento realizar un monitoreo permanente de la parturienta.

Toma de frecuencia cardíaca materna
Toma de frecuencia cardíaca fetal
Toma de presión arterial materna
Toma de frecuencia de contracciones
Toma de la duración de las contracciones
Medicación de la dilatación cervical
Presencia de meconio
Realización de Partograma

Presentación

Clasificación del médico que atiende a la paciente

Clasificación del médico que indica la cesárea

Clasificación del médico que realiza la cesárea

12. Indicaciones de cesárea: Criterios médicos internacionales establecidos y que deben ser aplicados por el cuerpo médico y por las unidades de salud.

1. Causas Maternas

a) Patologías locales

Distocias óseas

Rotura uterina

Distocias de partes blandas

Cesárea anterior

Distocias dinámicas

Plásticas vaginales

Tumores previos

Herpes genital

b) Patologías sistémicas

Preeclampsia

Nefropatía crónica

HTA crónica grave

TB pulmonar crónica

c) Fracaso de la inducción

2. Causas Fetales

c) Colocación viciosa

Situación transversa

Vitalidad fetal comprometida

Situación pelviana

Sufrimiento fetal agudo

Situación de frente
CIUR
Situación de cara
Enfermedad hemolítica fetal
Macrosomía fetal
Muerte habitual del feto

3. Causas Ovulares

Placenta previa
Desprendimiento nomo placentario
Procedencia de cordón

13. Esterilización Quirúrgica: Cesárea acompañada de esterilización
quirúrgica

Si

No

14. EMP. Procedencia de los obstetras: Empresas médicas previsionales
donde

trabajan los obstetras

Policlínica Oriental

Salud Integral

Hospital Monte España

EMAN

15. Tiempo de ser obstetra: años de haberse graduado de obstetra

1-4 años

5-9 años

10 a más años

16. Tiempo de trabajar en la EMP: años de trabajo en la EMP

< 1 año

1-4 años

5-9 años

17. Trabajo en el MINSA: con anterioridad

Si

No

18. Trabajo en Privado: con anterioridad

Si

No

19 Trabajo en el MINSA: en la actualidad

Si

No

20. Trabaja en Privado : en la actualidad

Si

No

21. Trabajo de pago en la EMP: modalidad de pago a obstetras en la EMP

Salario fijo..... Por actividad

VIII. RESULTADOS

Caracterización de las mujeres sometidas a Cesárea

Fueron sometidas a revisión 377 expedientes de mujeres intervenidas de Cesárea en 19 empresas medicas distribuidas de la siguiente manera: el 28.4% le correspondió al hospital Bautista, 18.8% policlínica Oriental, 16.4% Salud integral, 16.4% a la Corporación Zona franca, 7.2% hospital Monte España, 6.6% Mediintegral El Redentor y el 6.1% a la empresa medica Alemán Nicaragüense.

El 27.3 % de las mujeres cesareadas tenían una edad comprendida entre 25 y 29 años, el 20.4% entre 30 y 34 años, y el 10.9% tenían una edad comprendida entre 15 y 19 años.

El 58.6% eran aseguradas y el 37.7% eran beneficiarias.

En cuanto al peso, el 66% tenían un peso comprendido entre 50 y 74 KG, existiendo un 24.7 % que tenían un peso comprendido entre 75 y 99kg de peso.

En relación a la talla un 55.7% tenían una talla mayor a 1.50 mts, existiendo únicamente un 8.2% tenían una talla menor de 1.50 mts.

En cuanto al estado civil un 60.5% eran casadas, un 23.6% vivían acompañadas, y únicamente el 12.5% eran solteras.

En cuanto a la escolaridad en un 53.6% eran de nivel secundario y un 26% eran universitarias, el nivel de escolaridad analfabeta era de un 1.3%.

En cuanto al nivel socioeconómico en 57% eran de nivel medio y un 26.5% de nivel considerado bajo (**ver cuadro # 1**)

Antecedentes Obstétricos de las mujeres sometidas a Cesárea

En cuanto al habito de fumar, ingerir alcohol y uso de drogas, los datos demuestran que el 95% no poseían estos hábitos.

En cuanto a las gestaciones, el 56% tenían entre 2 o 3 gestaciones, un 27.1% eran primigestas y el 16.7% tenían mas de 4 gestaciones.

En cuanto a los partos vaginales un 61.5% no habían tenido ningún parto por vía vaginal, y un 34.% habían tenido entre 1 y 3 partos vaginales, existiendo un 16% con más de 4 partos vaginales.

En cuanto a los antecedentes del parto por Cesárea el 58.9% no habían tenido ningún parto por cesárea, existiendo un 40.8% a quienes se les había realizado entre una y tres cesáreas.

En cuanto a los antecedentes de aborto, el 83.6% no habían sufrido ningún aborto, existiendo un 15.1% de mujeres con historia de haber sufrido entre 1 y 3 abortos. (**ver cuadro #2**)

Antecedentes Obstétricos de mujeres sometidas a Cesáreas

En cuanto a los antecedentes de hijos nacidos vivos, el 48.5% tenían entre 1 y 3 hijos nacidos vivos, el 3.2% tenían mas de 4 hijos y un 31.3% no tenían ningún hijo.

En cuanto a los antecedentes de hijos nacidos muertos, el 93.6% no habían tenido ningún hijo nacido muerto, y únicamente el 4.8% tenían entre 1 y 2 hijos nacidos muertos.

En relación a los antecedentes de bajo peso al nacer únicamente el 1.9% el de las mujeres cesareadas tenían historia de haber tenido entre uno o dos hijos de bajo peso al nacer.

En relación a los antecedentes de macrosomía únicamente el 0.6% tenían historia de haber tenido entre 1 o 2 productos macrosómicos.

El 33.4% de las mujeres tenían un periodo íntergenésico menor de 18 meses, existiendo un 29.2% cuyos datos no estaban consignados en el expediente.

El 40.6% de las mujeres tenían entre 7 y 9 controles prenatales, el 37.4% de mujeres que tenían entre 4 y 6 controles prenatales, y un 6.9% tenían mas de 10 controles.

La clasificación del embarazo de alto riesgo fue de 24.7% y un 9% como bajo, existiendo un 66.3% de los expedientes cuyo riesgo no fue clasificado (**ver cuadro #3**)

Exámenes de laboratorio y medios de apoyo diagnostico realizados

Son 5 los tipos de exámenes que mayoritariamente se les realizaron a las mujeres sometidas a Cesáreas , siendo estos, BHC, VDRL, ORINA, TIPO y RH, y US ABDOMINAL, otros exámenes como: Toxoplasmosis, VIH, monitoreo fetal y química sanguínea se realizaron en baja proporción (2.9%). (**ver cuadro # 4**)

En cuanto a la significancia estadística existe una diferencia significativa en la realización del VDRL tanto para el Hospital Bautista como para la Policlínica Oriental. (**ver cuadro #4**)

A) Existe una diferencia significativa en todas las empresas médicas para la toma de Toxoplasma, HIV, USA Abdominal y Monitoreo Fetal (**ver cuadro #4 B**)

Monitoreo del trabajo de parto en mujeres Cesareadas

En el 71.4% de los expedientes se registro de la toma de la frecuencia cardiaca materna, en un 95.8% la fetal, la presión arterial materna en un 86.7%, el control de las contracciones uterinas en un 71.4%, duración de las contracciones uterinas en un 57.8%, a medición de la dilatación cervical en un 50.4% , presencia de meconio en un 8%, realización del partograma únicamente en un 1.6%, valoración de la presentación del feto en un 83.6% , y en un 94.4% la Cesárea fue indicada, atendida y realizada por el medico especialista. **(ver cuadro #5)**

Principales causas para la realización de la operación Cesárea

La cesárea fue realizada mayoritariamente por las siguientes causas,: Cesárea anterior en un 39.8%, Circular de cordón en un 30.8% , Sufrimiento fetal agudo 29.2%, Preclampsia en un 15.6%, Ruptura prematura de membranas en un 9.8% , oligoamnios 8.2%, presentación pelviana 7.4%, macrosomía fetal 6.9%, distocia Óseas en un 5.8%, disminución de movimientos fetales 4.8% , paridad satisfecha 4.8%, crecimiento intra uterino retardado 4.2%, hematoma retroplacentario 2.9%, embarazo gemelar 0.8% , trabajo de parto prolongado en un 0.8%, y diabetes 0.8% **(ver cuadro #6)**

Registro de esterilización quirúrgica en mujeres Cesareadas en 19 empresas medicas.(ver cuadro #6)

Al 31.3% de las mujeres cesareadas, les fue practicada la esterilización quirúrgica. Teniendo gran significancia estadística para justificar el procedimiento, el numero de gestaciones, numero de partos vaginales y el numero de partos por cesárea y el estado civil casada. **(ver cuadro #7)**

En cuanto a la significancia de la esterilización quirúrgica en la mujer cesareada, la edad menor de 25 años, la talla menor de 1.50 mt, y el estado civil acompañada presentaron una alta probabilidad para la realización de la cesárea. **(ver cuadro #9 A)**

El número de gestaciones, el número de partos vaginales y el número de partos por cesárea fueron muy significativos para la realización de la esterilización quirúrgica **(ver cuadro #9 C)**

Complicaciones maternas

Un 84.1% de las mujeres cesareadas no presentaron ninguna complicación, siendo las principales complicaciones identificadas: Hemorragias 11.9% , anemia 1.6% , infección de la herida quirúrgica 1.3% , infección respiratoria 0.8% , dehiscencia de la herida 0.8% , hipotonía uterina 0.5% y problemas anestésicos 0.% .(ver cuadro # 8)

Existe la probabilidad de las complicaciones maternas se presenten mayormente en le Hospital Monte España, Salud Integral y Policlínica Oriental. Estos factores puede que generalmente se deban a condiciones de las empresas y no necesariamente de las embarazadas. **(ver cuadro # 11 A, 11B, 11C).**

Complicaciones fetales

Las principales complicaciones fetales fueron: apgar bajo relacionado con el bajo peso al nacer en un 22.6% , presencia de liquido amniótico meconial 5.8%, taquipnea transitoria 0.8%, fallecimiento 0.8% , nacimiento prematuro 0.55 , sepsis neonatal 0.5% e hidrocefalia 0.3%, existiendo un 75.1% que no presento ninguna complicación. **(ver cuadro # 9)**

Caracterización de los médicos obstetras.

El 30.8% de los médicos entrevistados eran de las empresas Policlínica Oriental y Salud Integral, el 23.1% del hospital Monte España, 7.7% de la Empresa Médica Alemán Nicaragüense y Medi Integral El Redentor. El tiempo que tienen de ser obstetras varía entre 5 y más de 10 años y únicamente 3 tienen entre 1 y 4 años, el 100% de los médicos han trabajado en el Ministerio de Salud y en el sector privado, en relación al salario, el 84.6% tienen un salario fijo y un bajo porcentaje de ellos (7.7 %) reciben pago por actividad. (**ver cuadro # 10**)

Percepción de los médicos obstetras

El 100% de los médicos consideran que existe un incremento en la realización de la cesárea, y el 46.2% consideran no está siendo utilizada como alivio del dolor del parto y que aun cuando se efectuó de manera oportuna, no es determinante para la sobrevivencia de la gestación y la mejora de la calidad Psico intelectual del niño. Expresan además en 69.2%, que existen evidencias de que la Cesárea ha contribuido a la disminución de la morbilidad perinatal y materna, considerando el 61.5% de ellos que no existe presión de la familia para utilizar la operación Cesárea como método para disminuir el número de hijos.

El 61.5% de los médicos entrevistados, consideran que la presencia circunstancial de factores de riesgo asociados a la patología de base, son factores que ejercen gran influencia y presión sobre los médicos para tomar la decisión de realizar la cesárea .

Un porcentaje igual consideran que la actualización científico técnica de los médicos influye en la decisión para realizar la cirugía, y que el carácter conservador de estos en un 53.8% no influye en su decisión y el 61.5 % considera que las indicaciones se ajustan a los criterios internacionalmente establecidos ,existiendo un 30.8 % que consideran lo contrario . El 92.3 %

consideran que la escasez de tecnología en las Empresas Médicas no ejerce presión para una mayor indicación de Cesárea . Un 61.5 % consideran que el tiempo que dedica el médico a la atención del parto Vaginal no está influyendo en la decisión para realizar la cesárea. Un 84.6% consideran que el incremento del honorario médico recibido por la realización de la cirugía no influye en el incremento de éstas y un 53.8% consideran que el INSS no es un factor que influya en una mayor decisión para la indicación de la Cesárea.(**ver cuadro #11**)

IX.- Discusión de los Resultados

Las mujeres cesareadas en la actualidad en las Empresas Medicas Previsionales de

Managua, tienen una edad comprendida entre 20 y 34 años (57.3%), el grupo de 15 a 19 años represento un 10.9%, este comportamiento es igual de experimentado en las diferentes unidades del Ministerio de Salud y debido principalmente a las características demográficas de nuestra población de mayor distribución porcentual y explicada por el inicio temprano de su vida reproductiva, el grupo de 20 a 34 años presenta el menor riesgo prenatal.

La mortalidad materna y fetal se presenta mas en adolescentes y en mujeres mayores de 35 años, la adolescente en las empresas productivas del país se emplean en menor frecuencia, por lo cual el embarazo en adolescentes es mas frecuente en unidades publicas.

En el presente estudio el peso y la talla no fueron determinantes para la realización de la Cesárea, los datos sobre el peso preconcepsional y de su relacion con la talla, nos indicaran la presencia de eventuales desajustes que deben corregirse durante el embarazo. La obesidad puede asociarse con una serie de complicaciones como diabetes, hipertensión y enfermedades tromboembolicas.

El estado civil casada y un nivel de escolaridad secundaria son factores que favorecen y el buen desarrollo del embarazo, esto facilita el cumplimiento de algunas reglas especificas de higiene necesarias para llevar a feliz termino el embarazo.

En relación a los antecedentes obstétricos, el 56.5% de las mujeres tenían entre dos o tres gestaciones, y el 40.8% habían sido cesareadas y tenían entre 1 y 3 hijos vivos, la incidencia de cesárea tanto a nivel mundial se triplico su uso, el porcentaje global es muy variado y depende de factores como: indicaciones de cesárea, tipo de asistencia (publica o privada) etc.

Algunos estudios explican el incremento de cesárea por las siguientes razones: Vigilancia electrónica fetal, uso rutinario de anestesia epidural, abuso de los oxitócicos, presentación de nalgas y embarazo gemelar, el diagnóstico del sufrimiento fetal y el manejo de las distocias.

El bajo al nacer en América Latina presenta una incidencia de un 9% y esta presente en el 75 % de los niños que mueren en el periodo neonatal de un 39 a 60% corresponden a niños con crecimiento intrauterino retardado, la asfixia es 11 veces mayor, en las primeras 24 horas presentan membrana hialina en un 10 a 20%, la hipoxia es responsable de entre el 20 o 30% de muerte en las primeras semanas de vida, estos niños pueden presentar alteraciones neuropsíquicas., en este estudio la frecuencia del bajo peso al nacer fue de 1.9% existiendo un 0.6% de macrosomía.

Es importante reconocer los riesgos que representa el embarazo en un periodo menor de 24 meses, en este estudio el 33.4% de las mujeres cesareadas tenían un periodo intergenésico menor de 18 meses, cuanto menor es el periodo intergenésico mayor es la incidencia de niños de bajo peso, con alteraciones neurológicas al año de vida y de mayor morbilidad perinatal.

El control prenatal, es un elemento básico para garantizar la salud de la mujer de la mujer embarazada, en este estudio el 40.6% de las mujeres estudiadas tenían entre 7 y 9 controles prenatales y un 37.4% entre 4 y 6 controles, el estudio de la ganancia de peso materno, la determinación de la presión arterial y los valores del crecimiento fetal, permite evaluar la evolución normal del embarazo, identificar tempranamente los riesgos y planificar las intervenciones.

La OMS considera que se debe aplicar un modelo de H.C.P.S. que recoja datos básico durante las distintas etapas del período reproductivo que permita identificar los riesgos en nuestro estudio el 66.3% de los expedientes

estudiados no contaban con la historia clínica prenatal y no tenían consignada la clasificación del riesgo, la no clasificación del riesgo, no evidencia la necesidad absoluta de la realización de la cesárea, Nicaragua en sus normas de bajo riesgo obstétrico, establece la realización por lo menos de 4 controles

prenatales en tanto que para el embarazo de alto riesgo se establecen entre 10 y 12 controles .

Cinco fueron los exámenes mayoritariamente efectuados durante el control prenatal, en este estudio investigativo, los exámenes de Laboratorio además de la BHC, ORINA, VDRL, TIPO y RH, GLUCOSA, deben ser aplicadas selectivamente a la mujer embarazada, debiéndose considerar además, la toma de otros exámenes como: HIV, Toxoplasmosis, Chagas, Urocultivo, Cultivo Cervical para gonorrea y para Clamidia Trachomatis, además del examen sistemático de Papanicolau y el odontológico.

Como exámenes complementarios tenemos el ultrasonido abdominal, el diagnóstico del bienestar fetal, la amnioscopia, pelvimetria, dopler, etc.

Los registros de los controles realizados a la mujer durante el trabajo de parto, debe ser un requisito igual que la historia clínica, para las mujeres que entraron en trabajo de Parto y terminaron en cesárea. Bajo el principio general de un manejo conservador del Parto, quien se disponga a atenderlo deberá tener el concepto que desde el principio, su actitud no podrá ser pasiva, deberá esmerarse en todo momento en descubrir las desviaciones para corregirlas o contribuir al mejor desarrollo de sus fenómenos propios.

En este estudio los principales registros fueron: toma de la frecuencia cardiaca materna, frecuencia cardiaca fetal, presión arterial materna, frecuencia y duración de las contracciones, dilatación cervical, presencia de meconio, valoración de la presentación, la valoración del partograma únicamente se realizó en un 1.6%, ya que este control mayormente se realiza cuando la mujer se encuentra en sala de labor.

El Partograma con curvas de alerta, orientan la necesidad de una mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia, sin embargo este termino es responsable de un tercio del incremento de las cesárea , el control de la contractilidad uterina , permite medir la intensidad de las contracciones, la frecuencia y el intervalo de estas, la medición de la dilatación cervical y la frecuencia de las contracciones nos permite llevar un control mas exacto del progreso del parto.

Las principales causas de cesáreas encontradas en este estudio , presentan un comportamiento muy parecido al observado a nivel internacional y nacional, siendo estas: Cesárea por cesárea anterior, cesárea por circular de cordón, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, oligoamnios, presentación pelviana, etc.

Se han realizado muchos estudios dedicados a los riesgos vinculados al parto vaginal despues de la cesárea, el consenso global es que existe un riesgo limitado aumentado para una prueba de trabajo de parto despues de una cesárea y una tasa de posibles complicaciones graves de un 2.4%, siendo estas la rotura uterina y la placenta creta.

El momento oportuno para efectuar la operación cesárea es cuando se inicia el trabajo de parto y que exista evidencia de la madurez fetal y que el feto pese 2,500 gms o más y no en una fecha programada arbitrariamente con base en la fecha esperada del parto

La presencia de circular de cordón al cuello, no es criterio para la realización de la cesárea, existen falsos nudos por espesamiento del cordón y nudos verdaderos, únicos o múltiples, viejos y recientes, los recientes se producen durante el parto y al deshacerlos, no dejan depresión ni adelgazamiento.

En cuanto al sufrimiento fetal, en este estudio fue la tercera causa de cesárea, este puede ser agudo y crónico, el sufrimiento fetal crónico se caracteriza por una disminución del crecimiento del feto debido principalmente a la disminución

en forma prolongada de los aportes insuficientes para su desarrollo. La forma aguda se presenta mas frecuentemente durante el trabajo de parto, y es instalación repentina y rápida, Se cree que se origina por una disminución en el aporte de oxígeno al feto, asociada a la retención de anhídrido carbónico en el mismo. Si se identifican y corrigen a tiempo, las causas que lo originaron y si la respuesta al tratamiento es efectiva, muchas cesáreas, no merecerían realizarse, en este estudio fue la tercera causa referida para cesárea.

Los signos de sufrimiento fetal mas importantes se obtienen mediante la auscultación del corazón del feto (bradicardia, taquicardia, e irregularidad de los latidos fetales), y la presencia de meconio en el liquido amniótico puede indicar un episodio de sufrimiento fetal actual o ya superado por el feto.

La preclampsia fue la cuarta indicación de cesárea, es la patología médica más frecuente en el embarazo, se puede complicar con eclampsia(convulsiones en el embarazo) , síndrome de HELLP (alteración de las enzimas hepáticas, disminución de las plaquetas y destrucción de los glóbulos rojos.), edema pulmonar, fallo renal, desprendimiento de placenta, etc. Es una condición potencialmente seria que, si no es tratada puede llevar a complicaciones o muerte en la madre y el feto.

Es común en mujeres mayores de 35 años y en menores o adolescentes, la única manera de acabar con el problema es sacar al bebe aun cuando este pueda ser prematuro. La prevención va dirigida al control prenatal con un obstetra desde el inicio del embarazo, conocer los signos y síntomas de alarma y tomar todo el medicamento que le sea ordenado, en este estudio un 7.4% de mujeres tenían entre 35 y 39 años, el control prenatal debe incluir un componente especial dedicado exclusivamente para la educación sexual y reproductiva con el proposito de ir disminuyendo estos riesgos a la mujer.

Como quinta causa de cesárea encontramos la ruptura prematura de membranas, la integridad de la bolsa de las aguas, es un factor de seguridad indiscutible, ya que evita la proclampsia de cordón y su ruptura favorece la

presencia de infecciones. Aproximadamente el 30% de las cesáreas por ruptura prematura de membranas, obedece a una coriamnionitis, la cual es una infección grave.

El riesgo de morbilidad perinatal en el parto, es el parto en presentación pelviana, y es significativamente más alto que en la cefálica, esto ha determinado, en la actualidad una tendencia progresiva a practicar la operación cesárea. El riesgo está aumentado en nulípara, en cualquier paridad en la que se agregue cualquier otro factor de riesgo, como feto de gran tamaño, edad materna avanzada, etc.

La esterilización quirúrgica cobró gran importancia en este estudio, ya que al 31% de las mujeres cesareadas fueron esterilizadas quirúrgicamente, la esterilización Quirúrgica está

indicada fundamentalmente en aquellos casos en que un nuevo embarazo puede poner en peligro la vida de la madre, es una operación destinada a impedir en forma irreversible futuras gestaciones, la realización de Cesárea para este fin, no es aceptable, no solo por los riesgos de la cirugía sino porque existen técnicas más simples con el mismo resultado.

Las complicaciones maternas encontradas en este estudio presentan igual comportamiento al encontrado en estudios realizados en unidades públicas del Ministerio de Salud, es importante mencionar que en ningún caso se utilizó profilaxis antibiótica., estas complicaciones son: hemorragias, apgar bajo relacionado con el bajo peso al nacer, presencia de líquido amniótico meconial, anemia, infección de herida, entre otras.

La Hemorragia, es la complicación más frecuente durante la intervención, y se puede originar por la ruptura de vasos en los bordes de la herida o por atonía uterina, la infección de distintas localizaciones y grados es la complicación tardía más frecuente, existiendo muchos factores que favorecen su aparición, la endometritis se observa de 3 a 5 veces más que en el parto vaginal, la

dehiscencia de la herida, puede ser consecuencia de una infección o presencia de un hematoma, la embolia pulmonar es una complicación grave y puede presentarse en 20 o 25%, la mortalidad materna cada día es menor y puede fluctuar entre 1 o 2 por mil cesáreas.

La morbilidad del neonato es mas difícil de medir porque existen factores anteriores a la cirugía y durante la cesárea que pueden influir para aumentarla. Cuando se dan las mismas condiciones fetales para el parto y la cesárea, y luego se comparan los resultados inmediatos por el Índice de Apgar a los 5 minutos y el desarrollo neurológico a los 4 y 14 meses, se observa un mayor porcentaje de anormalidad para los niños nacidos por cesárea. Parece ser que la anestesia es un factor importante para explicar estos resultados.

El peso relativo de las principales causas de muerte materna difiere con el grado de desarrollo de los países, la hipertensión y la toxemia ocupan un lugar secundario en los países subdesarrollados, mientras que en los desarrollados se desplazan en orden de importancia la hemorragia y la infección, este comportamiento debe orientar el uso eficiente de los recursos y la efectividad de la tecnología.

En todas las empresas médicas, la cesárea fue indicada y realizada por el médico obstetra, quienes en su mayoría poseen gran experiencia y además conocen las normativas establecidas por el Ministerio de salud para el control del bajo y alto riesgo obstétrico, así como los criterios establecidos para la realización de la cesárea, sin embargo el personal médico no ha ejercido presión en las empresas para obtener todos los formatos y hoja de historia clínica prenatal establecida por el CLAP y retomada por el sistema de salud.

No existe nada que identifique el embarazo de alto riesgo con el de bajo riesgo, sin embargo estos mismos obstetras, si realizan esta actividad, en las instituciones estatales, donde la clasificación del riesgo es obligatoria. La consignación del riesgo y de los criterios para la realización de la cesárea en el

expediente clínico, le da una oportunidad al personal médico de evidenciar las razones por las cuales se realiza la cesárea.

Los médicos obstetras consideraron que existe un incremento de la cesárea, a pesar de que consideran que no es determinante para la sobrevivencia de la gestación y la mejora de la calidad de vida, ya que muchas veces se realiza por la presencia de otros factores circunstanciales de riesgo, considerando además que la actualización científica de los médicos no influye en su decisión, ni la escasez de tecnología ni los honorarios médicos.

En la actualidad, la cesárea es una acción terminal que emplea un cúmulo de conocimientos obstétricos y que se aplican en razón de un considerable número de diagnósticos diversos, se ha constituido en la solución única de una serie de situaciones complejas.

Con los adelantos médicos en hemoterapia y anestesiología y el uso de antibióticos contribuyó a que en la década de 1940 a 1950, el nacimiento por cesárea pasara del 2% al 4%, logrando en conjunto de otras medidas de salud pública una marcada disminución de la mortalidad perinatal y materna.

Existen otros factores que pueden influir indirectamente en el incremento de las cesáreas como son: insuficiente organización de los servicios, carencia de la formación profesional, mayor cobro de honorarios por parte de las instituciones y los profesionales, necesidad de que existan oportunidades de práctica para estudiantes universitarios, en el Brasil por ejemplo, donde los distintos factores de la naturaleza merecen desempeñar una función clave al decidir si se debe practicar la cesárea por cuya ejecución los médicos reciben honorarios más altos que por el parto vaginal, siendo el mayor proveedor de atención médica el Instituto de Previsión Social.

La cesárea debería de ser de beneficio conjunto para la madre y el niño y estar apoyada en el conocimiento científico, los avances tecnológicos han reducido el riesgo de muerte atribuible a la intervención a niveles que puedan considerarse de seguridad, cuando se garantizan niveles óptimos de calidad de atención. El resultado perinatal marcha paralelo con las normas sanitarias, con la calidad de la atención y las condiciones socioeconómicas de la población.

X.- CONCLUSIONES

1. Las mujeres cesareadas en las Empresas Médicas de Managua son jóvenes y con una edad comprendida entre 20 y 34 años de edad.
2. El indicador porcentual de cesáreas en las Empresas Médicas Previsionales de Managua en los años 99 y 2000, se mantiene en 47%.
3. Al 66.3% de las mujeres cesareadas no se les realizó la clasificación del riesgo obstétrico.
4. Fue muy significativo el hecho de que la cesárea fuera realizada sin que la mujer entrara en trabajo de parto.
5. Los exámenes de laboratorio mayormente realizados en todas las Empresas Médicas Previsionales de Managua fueron cinco, existiendo diferencia significativa para la toma del VDRL en Policlínica Oriental y Hospital Bautista, y un gran heterogeneidad en todas las Empresas para la toma de Toxoplasma, HIV, U.S.A abdominal, Monitoreo Fetal, etc.
6. Únicamente la Empresa Mediintegral El Redentor, al 66.7% de las mujeres que ingresaron embarazadas les ofertó médico general para su atención, todas las demás Empresas lo hicieron con médicos especialistas.
7. Las complicaciones maternas en las Empresas Médicas se deben a la diferencias de condiciones que cada una de ellas tienen mas que a los otros factores propios de las pacientes.
8. Los criterios por los cuales se realizó la cesárea, fueron: edad, talla, período intergenésico, hijos vivos o muertos, historia de bajo peso, macrosomía, patologías de riesgo, presentación del feto, cesárea por cesárea anterior, presencia de circular de cordón al cuello, sufrimiento fetal agudo, paridad satisfecha, preeclampsia, ruptura

9. prematura de membranas, oligoamnios, macrosomía fetal, distocia ósea, disminución de movimientos fetales y crecimiento intrauterino retardado, presentación pelviana.

10. Las 10 principales complicaciones encontradas fueron: las hemorragias, anemias, infección de herida, infección respiratoria, dehiscencia de herida, hipotonía uterina, reacción anestésica, laceración uterina, hematoma de pared y perforación de la dura madre.

11. La esterilización quirúrgica fue practicada al 31.3% de las mujeres cesareadas, la edad, la talla y el estado civil fueron significativos para la realización del procedimiento.

12. Todos los médicos obstetras coinciden en el hecho de que existe un incremento de la Cesárea y tienen percepciones diferenciadas en el cumplimiento de los criterios médicos, y consideran que existen factores de riesgo que favorecen la morbilidad materna y fetal y que no son indicaciones de cesáreas pero que ejercen presión para la realización de ésta.

XI.- RECOMENDACIONES

- 1.** En vista de todos los médicos obstetras en las Empresas Médicas de Managua, coinciden en que existe un incremento en las indicaciones de cesáreas, pero presentan opiniones diferenciadas en el cumplimiento de los criterios establecidos, el Ministerio de Salud como ente normador y regulador deberá establecer los criterios a cumplir para la indicación de cesáreas, tanto para empresas públicas como privadas y nombrará comisiones que midan este cumplimiento a fin establecer las medidas correctivas.
- 2.** El Ministerio de Salud, mediante la conformación de los comités de calidad en Empresas Públicas como Privadas, vigilará el comportamiento del indicador porcentual de cesáreas, con el fin de evitar abusos en la realización de este procedimiento, ya que se ha convertido en un problema de Salud Pública.
- 3.** Las Empresas Médicas Previsionales existentes en todo el país, deberán cumplir las normativas establecidas por el Ministerio de Salud, para la atención de la mujer embarazada sea esta de alto o bajo riesgo reproductivo, ya que la madre y el niño son prioridades en nuestro Sistema de Salud.
- 4.** Tanto las unidades públicas como privadas en todo el país, deberán utilizar en la atención de la mujer embarazada, las mismas herramientas para garantizar la homogeneidad de la atención tanto en el control prenatal como el post-natal.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Alvarado, Walquiria Elena. Comportamiento de dos técnicas de anestesia en esárea de urgencia con sufrimiento fetal agudo. Hospital “Carlos Marx” y Hospital “Berta Calderón”. Managua MINSA,1991.
2. Borrás, Fernando C.; Patrick Vaughan, J. Y Victoria, Cesar G. ¿Por qué tantas cesáreas?: necesidades de mayor cambio de políticas en Brasil. Pp: 1023-1034 En: White,Kerr, et. al. Investigaciones sobre. Servicios de Salud: una antología, Washington,D.C. OPS/OMS.1984. (Publicación Científica; 534)
3. Chávez, Róger. Cesárea de urgencia Hospital “Fernando Vélez Paiz.”. Managua. MINSA.1991.
4. Collado García, María Auxiliadora. Factores que inciden en la mortalidad por la operación cesárea. Hospital “García Laviana”, Rivas. Tesis para optar al título de Médico Cirujano. Managua. UNAN. 1995.
5. Dawson Saunders, B. y Trapp, R.G. Bioestadística Médica. México. Manual Moderno. 1993.
6. Duarte Membreño. Moisés. Mortalidad-morbilidad en partos vaginales con cesárea anterior. Hospital “Carlos Marx”. Managua, MINSA .1991.
7. Elston, R.C. y Jonson, W.D. Principios de bioestadística. México. Manual Moderno. 1990.
8. Estudio de salud: caso de incremento de cesáreas en la E.M.P. “ Policlínica Oriental “ Managua, Nicaragua.
9. Escobar Hukis, Julia. Indicaciones en el uso de fórceps. Hospital “Berta Calderón “ Managua. MINSA. 1991.
10. Hernández, Jannette. Embarazada con información y ayuda sobre el bebé y el embarazo. La cesárea. s.n.t.

11. Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Oficina de investigación y desarrollo. Managua, Nicaragua.
12. Gutiérrez Alemán, Carlos A. Propofol inductor de anestesia general de cesárea electiva. Hospital "Berta Calderón" Managua. Minsa. 1998.
13. Jirón Macias, María Danelia y Soza Martínez, María Auxiliadora. Indicación de cesárea relacionado con los resultados. Masaya. Hospital "Hilario Sánchez ". MINSA. 1997.
14. Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección General de Docencia e Investigación. Plana y programas de estudios de la especialidad de Gineco-obstétrica. León. Nicaragua. UNAN. 1991
15. ----- Oficina de Estadísticas Vitales y Censo. Actividades complementaria por SILAIS del país. Managua, Nicaragua.
16. ----- Políticas del salud 1997- 2001. Managua, MINSA. 1997.
17. Norman, G.R. y Streiner, D.L. Bioestadísticas. Madrid, España. DOYMA. 1996
18. Organización Panamericana de la Salud. Perinatal. Bol. Del Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano. Montevideo, Uruguay. (CLAP) s.l.
19. Reigelman, R. Y Hirsch, R.P. Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la literatura médica. Washington, D.C. OPS/OMS. 1998. (Publicación Científica; 531)
20. Schwarcz, Ricardo y Duverges, Carlos A. Obstetricia. Washington, D.C. OPS. 1995.
21. Santa Biblia. Génesis. Capítulo 3. Versículo 16.
22. Pomares Cortés, Alberto y Sánchez Rosales, José Ignacio. Comportamiento epidemiológico de la operación cesárea. Tesis para optar al título de médico cirujano. León, Nicaragua. UNAN. 1997.

23. Silva, R.C. Excursión ala regresión logística en ciencias de la salud. Madrid, España. Díaz de Santos. 1995.
24. Torres Carrión, Francisco y Gómez Suárez, Rubén. Indicadores de cesáreas Hospital Regional "Cesar Amador Molina" Tesis para optar al título de médico Cirujano. León, Nicaragua. UNAN . 1994.
25. Yazle Richa, Juan Estuardo; Ortiz, Pabla Cleotilde y Tai Fung. La incidencia de cesárea y la remuneración de la asistencia presentada durante el parto. En: White, Kerr. Op.cit. pp: 1002-1008.
26. Zapata, Julio. et. Al. Mujer: tema de salud. Managua, Nicaragua. MINSA. 1994.

ANEXOS

CUADRO 1
EMBARAZADAS CESAREADAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES
EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	N°	% (*)
EMP de procedencia	Hospital Bautista	107	28.4
	Policlínica Oriental	71	18.8
	Salud Integral	62	16.4
	Corporación de Zona Franca	62	16.4
	Hospital Monte España	27	7.2
	Medintegral	25	6.6
	EMAN	23	6.1
Edad	15-19	41	10.9
	20-24	113	30.0
	25-29	103	27.3
	30-34	77	20.4
	35-39	28	7.4
	40-44	7	1.9
	No consignado	8	2.1
Tipo de paciente	Asegurada	221	58.6
	Beneficiaria	142	37.7
	No consignado	14	3.7
Peso (kg)	< 50	9	2.4
	50-74	249	66.0
	75-99	93	24.7
	100-+	9	2.4
	No consignado	17	4.5
Talla (cm)	< 150	31	8.2
	≥ 150	210	55.7
	No consignado	136	36.1
Estado civil	Casada	228	60.5
	Acompañada	89	23.6
	Soltera	47	12.5
	Separada	1	0.3
	No consignado	12	3.2
Escolaridad	Ninguna	5	1.3
	Primaria	63	16.7
	Secundaria	202	53.6
	Universidad	98	26.0
	No consignado	9	2.4
Nivel socioeconómico	Alto	2	0.5
	Medio	215	57.0
	Bajo	100	26.5
	No consignado	60	15.9

(*): Porcentajes con relación a un total muestral de 377 embarazadas cesareadas
 FI: Expediente Clínico

CUADRO 2
EMBARAZADAS CESAREADAS SEGÚN PRINCIPALES ANTECEDENTES
EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	Nº	% (*)
Hábito de Fumar	Sí	6	1.6
	No	357	94.7
	No consignado	14	3.7
Ingesta de Alcohol	Sí	7	1.9
	No	353	93.6
	No consignado	17	4.5
Uso de Drogas	Sí	0	0.0
	No	358	95.0
	No consignado	19	5.0
Gestaciones	Primigestas	102	27.1
	2-3	211	56.0
	4-+	63	16.7
	No consignado	1	0.3
Partos vaginales	Ninguno	232	61.5
	1-3	128	34.0
	4-+	16	4.2
	No consignado	1	0.3
Partos por cesárea	Ninguno	222	58.9
	1-3	154	40.8
	No consignado	1	0.3
Abortos	Ninguno	315	83.6
	1-2	57	15.1
	3-4	3	0.8
	No consignado	2	0.5

(*): Porcentajes con relación a un total muestral de 377 embarazadas cesareadas

FI: Expediente Clínico

CUADRO 3
EMBARAZADAS CESAREADAS SEGÚN PRINCIPALES ANTECEDENTES
EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	Nº	% (*)
Nacidos vivos	Ninguno	118	31.3
	1-3	183	48.5
	4+	12	3.2
	No consignado	64	17.0
Nacidos muertos	Ninguno	294	78.0
	1-2	18	4.8
	No consignado	65	17.2
Bajo peso	Ninguno	126	33.4
	1-2	7	1.9
	No consignado	244	64.7
Macrosómicos	Ninguno	131	34.7
	1-2	2	0.6
	No consignado	244	64.7
Período intergenésico	< 18 meses	39	10.3
	> 18 meses	126	33.4
	Primigestas	102	27.1
	No consignado	110	29.2
Número de CPN	Ninguno	3	0.8
	1-3	36	9.5
	4-6	141	37.4
	7-9	153	40.6
	10 - +	26	6.9
	No consignado	18	4.8
Riesgo	Alto	93	24.7
	Bajo	34	9.0
	No clasificado	250	66.3

(*): Porcentajes con relación a un total muestral de 377 embarazadas cesareadas

FI: Expediente Clínico

CUADRO 4
EMBARAZADAS CESAREADAS SEGÚN EXAMENES REALIZADOS
EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	N°	% (*)
BHC	Sí	366	97.1
	No	11	2.9
VDRL	Sí	325	86.2
	No	52	13.8
EGO	Sí	354	93.9
	No	23	6.1
TIPO Y RH	Sí	356	94.5
	No	21	5.5
TOXOPLASMOSIS	Sí	130	34.5
	No	247	65.5
HIV	Sí	108	28.7
	No	269	71.4
US ABDOMINAL	Sí	350	92.8
	No	27	7.2
MONITOREO FETAL	Sí	70	18.6
	No	307	81.4
QUÍMICA SANGUINEA	Sí	5	1.3
	No	372	98.7

(*): Porcentajes con relación a un total muestral de 377 embarazadas cesareadas

FI: Expediente Clínico

CUADRO 4A
EXAMENES REALIZADOS SEGÚN EMP
2000

Emp	Examen		P(*)
	BHC		
	% realizado	% no realizado	
Hospital Bautista	94.4	5.6	0.051
Policlínica Oriental	100.0	-	
Salud Integral	100.0	-	
Corporación de Zona Franca	95.2	4.8	
Hospital Monte España	100.0	-	
Medintegral	96.0	4.0	
EMAN	95.7	4.3	
	VDRL		
	% realizado	% no realizado	
Hospital Bautista	92.5	7.5	0.029
Policlínica Oriental	93.0	7.0	
Salud Integral	75.8	24.2	
Corporación de Zona Franca	83.9	16.1	
Hospital Monte España	81.5	18.5	
Medintegral	84.0	16.0	
EMAN	78.3	21.7	
	EGO		
	% realizado	% no realizado	
Hospital Bautista	95.3	4.7	0.266
Policlínica Oriental	98.6	1.4	
Salud Integral	91.9	8.1	
Corporación de Zona Franca	90.3	9.7	
Hospital Monte España	96.3	3.7	
Medintegral	88.0	12.0	
EMAN	91.3	8.7	
	Tipo y Rh		
	% realizado	% no realizado	
Hospital Bautista	92.5	7.5	0.063
Policlínica Oriental	100.0	-	
Salud Integral	96.8	3.2	
Corporación de Zona Franca	91.9	8.1	
Hospital Monte España	92.6	7.4	
Medintegral	88.0	12.0	
EMAN	95.7	4.3	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 4B
EXAMENES REALIZADOS SEGÚN EMP
2000

Emp	Examen		P(*)
	Toxoplasmosis		
	% realizado	% no realizado	
Hospital Bautista	85.0	15.0	0.000
Policlínica Oriental	15.5	84.5	
Salud Integral	11.3	88.7	
Corporación de Zona Franca	-	100.0	
Hospital Monte España	37.0	63.0	
Medintegral	40.0	60.0	
EMAN	4.3	95.7	
	HIV		0.000
	% realizado	% no realizado	
Hospital Bautista	83.2	16.8	
Policlínica Oriental	1.4	98.6	
Salud Integral	16.1	83.9	
Corporación de Zona Franca	-	100.0	
Hospital Monte España	22.2	77.8	
Medintegral	4.0	96.0	
EMAN	4.3	95.7	
	US Abdominal		0.036
	% realizado	% no realizado	
Hospital Bautista	95.3	4.7	
Policlínica Oriental	95.8	4.2	
Salud Integral	98.4	1.6	
Corporación de Zona Franca	85.5	4.5	
Hospital Monte España	92.6	7.4	
Medintegral	84.0	16.0	
EMAN	87.0	13.0	
	Monitoreo Fetal		0.022
	% realizado	% no realizado	
Hospital Bautista	22.4	77.6	
Policlínica Oriental	11.3	88.7	
Salud Integral	24.2	75.8	
Corporación de Zona Franca	9.7	90.3	
Hospital Monte España	37.0	63.0	
Medintegral	16.0	84.0	
EMAN	13.0	87.0	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 5
EMBARAZADAS CESAREADAS SEGÚN MONITOREO DEL TRABAJO DE PARTO
EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	N°	% (*)
Toma de Frecuencia Cardíaca Materna	Sí	269	71.4
	No	107	28.4
	No consignado	1	0.3
Toma de Frecuencia Cardíaca Fetal	Sí	361	95.8
	No	15	3.9
	No consignado	1	0.3
Toma de Presión Arterial Materna	Sí	327	86.7
	No	49	13.0
	No consignado	1	0.3
Toma de la Frecuencia de Contracciones	Sí	269	71.4
	Sin trabajo de parto	106	28.1
	No consignado	2	0.5
Toma de la Duración de las Contracciones	Sí	218	57.8
	No	51	13.5
	Sin trabajo de parto	106	28.1
	No consignado	2	0.5
Medición de la Dilatación Cervical	Sí	190	50.4
	No	79	21.0
	Sin trabajo de parto	106	28.1
	No consignado	2	0.5
Presencia de Meconio	Sí	30	8.0
	No	345	91.5
	No consignado	2	0.5
Realización de Partograma	Sí	6	1.6
	No	371	98.4
Presentación	Cefálica	316	83.8
	Pélvica	37	9.8
	Transversa	1	0.3
	No consignada	23	6.1
Calificación del médico que atiende a la paciente	General	20	5.3
	Especialista	345	91.5
	No consignado	12	3.2
Calificación del médico que indica la cesárea	General	4	1.1
	Especialista	361	95.8
	No consignado	12	3.2
Calificación del médico que realiza la cesárea	General	1	0.3
	Especialista	361	95.8
	No consignado	15	4.0

(*): Porcentajes con relación a un total muestral de 377 embarazadas cesareadas

FI: Expediente Clínico

CUADRO 5 A
 MONITOREO DEL TRABAJO DE PARTO REALIZADO SEGÚN EMP
 MANAGUA 2000

EMP	Toma de Frecuencia Cardíaca Materna		P (*)
	% realizado	% no realizado	
Hospital Bautista	72.9	27.1	0.000
Policlínica Oriental	29.6	70.4	
Salud Integral	83.6	16.4	
Corporación de Zona Franca	93.5	6.5	
Hospital Monte España	66.7	33.3	
Medintegral	88.0	12.0	
EMAN	91.3	8.7	
	Toma de Frecuencia Cardíaca Fetal		
	% realizado	% no realizado	
Hospital Bautista	92.5	7.5	0.101
Policlínica Oriental	97.2	2.8	
Salud Integral	100.0	-	
Corporación de Zona Franca	96.8	3.2	
Hospital Monte España	92.6	7.4	
Medintegral	96.0	4.0	
EMAN	100.0	-	
	Toma de Presión Arterial Materna		
	% realizado	% no realizado	
Hospital Bautista	85.0	15.0	0.000
Policlínica Oriental	67.6	32.4	
Salud Integral	90.2	9.8	
Corporación de Zona Franca	96.8	3.2	
Hospital Monte España	100.0	-	
Medintegral	92.0	8.0	
EMAN	100.0	-	
	Toma de la Frecuencia de Contracciones		
	% realizado	% sin trabajo de parto	
Hospital Bautista	68.2	31.8	0.000
Policlínica Oriental	59.2	40.8	
Salud Integral	85.0	15.0	
Corporación de Zona Franca	83.9	16.1	
Hospital Monte España	48.1	51.9	
Medintegral	88.0	12.0	
EMAN	69.6	30.4	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 5 B
MONITOREO DEL TRABAJO DE PARTO REALIZADO SEGÚN EMP
MANAGUA 2000

EMP	Toma de la Duración de las Contracciones			P (*)
	% realizado	% no realizado	% sin trabajo de parto	
Hospital Bautista	25.2	43.0	31.8	0.000
Policlínica Oriental	59.2	-	40.8	
Salud Integral	85.0	-	15.0	
Corporación de Zona Franca	77.4	6.5	16.1	
Hospital Monte España	44.4	3.7	51.9	
Medintegral	88.0	-	12.0	
EMAN	69.6	-	30.4	
	Medición de la Dilatación Cervical			
	% realizado	% no realizado	% sin trabajo de parto	
Hospital Bautista	53.3	15.0	31.8	0.000
Policlínica Oriental	42.3	16.9	40.8	
Salud Integral	53.3	31.7	15.0	
Corporación de Zona Franca	62.9	21.0	16.1	
Hospital Monte España	33.3	14.8	51.9	
Medintegral	44.0	44.0	12.0	
EMAN	52.2	17.4	30.4	
	Presencia de Meconio			
	% Sí	% No		
Hospital Bautista	9.3	90.7		0.064
Policlínica Oriental	8.5	91.5		
Salud Integral	3.3	96.7		
Corporación de Zona Franca	9.7	90.3		
Hospital Monte España	3.7	96.3		
Medintegral	-	100.0		
EMAN	21.7	78.3		
	Realización de Partograma			
	% realizado	% no realizado		
Hospital Bautista	1.9	98.1		0.349
Policlínica Oriental	1.4	98.6		
Salud Integral	1.6	98.4		
Corporación de Zona Franca	-	100.0		
Hospital Monte España	7.4	92.6		
Medintegral	-	100.0		
EMAN	-	100.0		

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 5 C
MONITOREO DEL TRABAJO DE PARTO REALIZADO SEGÚN EMP
MANAGUA 2000

EMP	Presentación			P (*)
	% cefálica	% pélvica	% transversa	
Hospital Bautista	88.9	11.1	-	0.178
Policlínica Oriental	95.2	4.8	-	
Salud Integral	96.6	3.4	-	
Corporación de Zona Franca	83.6	16.4	-	
Hospital Monte España	88.9	11.1	-	
Medintegral	84.0	16.0	-	
EMAN	77.3	18.2	4.5	
	Calificación del médico que atiende a la paciente			
	% médico general		% médico especialista	
Hospital Bautista	1.0		99.0	0.000
Policlínica Oriental	-		100.0	
Salud Integral	1.8		98.2	
Corporación de Zona Franca	-		100.0	
Hospital Monte España	-		100.0	
Medintegral	66.7		33.3	
EMAN	9.1		90.9	
	Calificación del médico que indica la cesárea			
	% médico general		% médico especialista	
Hospital Bautista	2.9		97.1	0.339
Policlínica Oriental	-		100.0	
Salud Integral	1.8		98.2	
Corporación de Zona Franca	-		100.0	
Hospital Monte España	-		100.0	
Medintegral	-		100.0	
EMAN	-		100.0	
	Calificación del médico que realiza la cesárea			
	% médico general		% médico especialista	
Hospital Bautista	-		100.0	0.716
Policlínica Oriental	-		100.0	
Salud Integral	1.8		98.2	
Corporación de Zona Franca	-		100.0	
Hospital Monte España	-		100.0	
Medintegral	-		100.0	
EMAN	-		100.0	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 6
CAUSAS REFERIDAS PARA INDICACIÓN DE CESAREA EN
EMBARAZADAS CESAREADAS DE LAS EMP DE MANAGUA
2000

Causa referida	N°	% (*)
Cesárea anterior	150	39.8
Circular de cordón	116	30.8
Sufrimiento fetal agudo	110	29.2
Preclampsia	59	15.6
RPM	37	9.8
Oligohidramnios	31	8.2
Situación pelviana	28	7.4
Macrosomía fetal	26	6.9
Distocia ósea	22	5.8
Disminución de movimientos fetales	18	4.8
Paridad satisfecha	18	4.8
CIUR	16	4.2
Distocia funicular	15	4.0
Vitalidad fetal comprometida	13	3.4
Hematoma retroplacentario	11	2.9
Distocia de partes blandas	10	2.7
Placenta previa	4	1.1
Distocia dinámica	3	0.8
Fracaso de la inducción	3	0.8
Embarazo gemelar	3	0.8
Trabajo de parto prolongado	3	0.8
Líquido Meconial	3	0.8
Diabetes	3	0.8
Tumores previos	2	0.5
HTA crónica grave	2	0.5
Situación transversa	2	0.5
Condilomatosis	2	0.5
Polihidramnios	2	0.5
TB pulmonar	1	0.3
Desprendimiento monoplacentario	1	0.3
Sufrimiento fetal crónico	1	0.3
Insuficiencia placentaria	1	0.3
Nefropatía crónica	1	0.3
Muerte habitual del feto	1	0.3
Procidencia del cordón	1	0.3
Malformaciones congénitas	1	0.3
No consignado	1	0.3

(*): Porcentajes con relación a un total muestral de 377 embarazadas cesareadas

FI: Expediente Clínico

CUADRO 7
ESTERILIZACIÓN QUIRURGICA EN EMBARAZADAS CESAREADAS
EN EMP DE MANAGUA 2000

Esterilización Quirúrgica	N°	%
Sí	118	31.3
No	259	68.7
Total	377	100.0

(*): Porcentajes con relación a un total muestral de 377 embarazadas cesareadas

FI: Expediente Clínico

CUADRO 7 A
 ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA EN EMBARAZADAS CESAREADAS
 SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES
 EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	Esterilización Quirúrgica		P (*)
		% Sí	% No	
EMP	Hospital Bautista	29.9	70.1	0.233
	Policlínica Oriental	38.0	62.0	
	Salud Integral	25.8	74.2	
	Corporación de Zona Franca	22.6	77.4	
	Hospital Monte España	29.6	70.4	
	Medintegral	44.0	56.0	
	EMAN	43.5	56.5	
Edad	15-19	4.9	95.1	0.000
	20-24	15.9	84.1	
	25-29	25.2	74.8	
	30-34	51.9	48.1	
	35-39	71.4	28.6	
	40-44	85.7	14.3	
Tipo de paciente	Asegurada	30.3	69.7	0.561
	Beneficiaria	33.8	66.2	
Peso (kg)	< 50	44.4	55.6	0.393
	50-74	30.9	69.1	
	75-99	30.1	69.9	
	100-+	55.6	44.4	
Talla (cm)	< 150	45.2	54.8	0.046
	≥ 150	27.6	72.4	
Estado civil	Casada	29.4	70.6	0.000
	Acompañada	43.8	56.2	
	Soltera	10.6	89.4	
	Separada	-	100.0	
Escolaridad	Ninguna	20.0	80.0	0.546
	Primaria	34.9	65.1	
	Secundaria	31.7	68.3	
	Universidad	25.5	74.5	
Nivel socioeconómico	Alto	50.0	50.0	0.474
	Medio	29.8	70.2	
	Bajo	36.0	64.0	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 7 B
 ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA EN EMBARAZADAS CESAREADAS
 SEGÚN PRINCIPALES ANTECEDENTES
 EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	Esterilización Quirúrgica		P (*)
		% Sí	% No	
Hábito de Fumar	Sí	33.3	66.7	0.895
	No	30.8	69.2	
Ingesta de Alcohol	Sí	14.3	85.7	0.586
	No	31.2	68.8	
Uso de Drogas	Sí	-	-	...
	No	30.7	69.3	
Gestaciones	Primigestas	-	100.0	0.000
	2-3	35.5	64.5	
	4+	68.3	31.7	
Partos vaginales	Ninguno	22.8	77.2	0.000
	1-3	39.8	60.2	
	4+	87.5	12.5	
Partos por cesárea	Ninguno	19.4	80.6	0.000
	1-3	48.7	51.3	
Abortos	Ninguno	29.5	70.5	0.182
	1-2	38.6	61.4	
	3-4	66.7	33.3	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 7C
 ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA EN EMBARAZADAS CESAREADAS
 SEGÚN PRINCIPALES ANTECEDENTES
 EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	Esterilización Quirúrgica		P (*)
		% Sí	% No	
Nacidos vivos	Ninguno	0.8	99.2	0.000
	1-3	44.8	55.2	
	4+	91.7	8.3	
Nacidos muertos	Ninguno	28.6	71.4	0.054
	1-2	50.0	50.0	
Bajo peso	Ninguno	4.8	95.2	0.000
	1-2	57.1	42.9	
Macrosómicos	Ninguno	6.1	93.9	0.000
	1-2	100.0	-	
Período intergenésico	< 18 meses	35.9	64.1	0.000
	> 18 meses	46.0	54.0	
	Primigestas	-	100.0	
Número de CPN	Ninguno	33.3	66.7	0.933
	1-3	30.6	69.4	
	4-6	34.0	66.0	
	7-9	30.1	69.9	
	10 - +	26.9	73.1	
Riesgo	Alto	38.7	61.3	0.108
	Bajo	20.6	79.4	
	No clasificado	30.0	70.0	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 8
COMPLICACIONES MATERNAS EN
EMBARAZADAS CESAREADAS DE LAS EMP DE MANAGUA
2000

Complicación Materna	N°	% (*)
Ninguna	317	84.1
Hemorragia	45	11.9
Anemia	6	1.6
Infección de la herida	5	1.3
Infección respiratoria	3	0.8
Dehiscencia de herida quirúrgica	3	0.8
Hipotonía uterina	2	0.5
Reacción anestésica	1	0.3
Laceración uterina	1	0.3
Hematoma de pared	1	0.3
Perforación de la duramadre	1	0.3
Hipertensión arterial	1	0.3

(*): Porcentajes con relación a un total muestral de 377 embarazadas cesareadas

FI: Expediente Clínico

CUADRO 8A
 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS EMBARAZADAS CESAREADAS
 SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS
 EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	Complicación Materna		P (*)
		% Sí	% No	
EMP	Hospital Bautista	5.6	94.4	0.000
	Policlínica Oriental	18.3	81.7	
	Salud Integral	24.2	75.8	
	Corporación de Zona Franca	9.7	90.3	
	Hospital Monte España	66.7	33.3	
	Medintegral	8.0	92.0	
	EMAN	-	100.0	
Edad	15-19	17.1	82.9	0.361
	20-24	13.3	86.7	
	25-29	20.4	79.6	
	30-34	16.9	83.1	
	35-39	3.6	96.4	
	40-44	14.3	85.7	
Tipo de paciente	Asegurada	16.3	83.7	0.701
	Beneficiaria	14.8	85.2	
Peso (kg)	< 50	22.2	77.8	0.132
	50-74	15.7	84.3	
	75-99	15.1	84.9	
	100-+	44.4	55.6	
Talla (cm)	< 150	16.1	83.9	0.291
	≥ 150	24.8	75.2	
Estado civil	Casada	13.6	86.4	0.063
	Acompañada	25.8	74.2	
	Soltera	12.8	87.2	
	Separada	-	100.0	
Escolaridad	Ninguna	40.0	60.0	0.083
	Primaria	23.8	76.2	
	Secundaria	12.4	87.6	
	Universidad	18.4	81.6	
Nivel socioeconómico	Alto	-	100.0	0.105
	Medio	14.9	85.1	
	Bajo	24.0	76.0	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 8B
 PRINCIPALES ANTECEDENTES EN EMBARAZADAS CESAREADAS
 SEGÚN COMPLICACIÓN MATERNA
 EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	Complicación Materna		P (*)
		% Sí	% No	
Hábito de Fumar	Sí	33.3	66.7	0.291
	No	15.7	84.3	
Ingesta de Alcohol	Sí	28.6	71.4	0.403
	No	15.9	84.1	
Uso de Drogas	Sí	-	-	...
	No	16.2	83.8	
Gestaciones	Primigestas	17.6	82.4	0.569
	2-3	14.2	85.8	
	4+	19.0	81.0	
Partos vaginales	Ninguno	15.5	84.5	0.462
	1-3	18.0	82.0	
	4+	6.3	93.8	
Partos por cesárea	Ninguno	18.5	81.5	0.146
	1-3	12.3	87.7	
Abortos	Ninguno	14.3	85.7	0.135
	1-2	24.6	75.4	
	3-4	33.3	66.7	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 8C
 PRINCIPALES ANTECEDENTES EN EMBARAZADAS CESAREADAS
 SEGÚN COMPLICACIÓN MATERNA
 EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	Complicación Materna		P (*)
		% Sí	% No	
Nacidos vivos	Ninguno	18.6	81.4	0.670
	1-3	17.5	82.5	
	4+	8.3	91.7	
Nacidos muertos	Ninguno	17.7	82.3	0.912
	1-2	16.7	83.3	
Bajo peso	Ninguno	19.8	80.2	0.191
	1-2	-	100.0	
Macrosómicos	Ninguno	18.3	81.7	0.316
	1-2	50.0	50.0	
Período intergenésico	< 18 meses	23.1	76.9	0.723
	> 18 meses	17.5	82.5	
	Primigestas	17.6	82.4	
Número de CPN	Ninguno	-	100.0	0.013
	1-3	16.7	83.3	
	4-6	14.9	85.1	
	7-9	20.9	79.1	
	10 - +	-	100.0	
Riesgo	Alto	19.4	80.6	0.357
	Bajo	20.6	79.4	
	No clasificado	14.0	86.0	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 8D
 CALIFICACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO
 SEGÚN COMPLICACIÓN MATERNA
 EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	Complicación Materna		P (*)
		% Sí	% No	
Calificación del Médico que atiende a la paciente	General	-	100.0	0.092
	Especialista	16.8	83.2	
Calificación del Médico que indica la Cesárea	General	-	100.0	0.238
	Especialista	16.1	83.9	
Calificación del Médico que realiza la Cesárea	General	-	100.0	0.558
	Especialista	15.8	84.2	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 9
 COMPLICACIONES FETALES EN
 EMBARAZADAS CESAREADAS DE LAS EMP DE MANAGUA
 2000

Complicación Fetal	N°	% (*)
Ninguna	283	75.1
Apgar bajo	55	14.6
Bajo peso al nacer	30	8.0
Líquido meconial	22	5.8
Taquipnea transitoria	3	0.8
Fallecimiento	3	0.8
Nacimiento prematuro	2	0.5
Sepsis	2	0.5
Hidrocefalia	1	0.3

(*): Porcentajes con relación a un total muestral de 377 embarazadas cesareadas

FI: Expediente Clínico

CUADRO 9A
 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS EMBARAZADAS CESAREADAS
 SEGÚN COMPLICACIONES FETALES
 EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	Complicación Fetal		P (*)
		% Sí	% No	
EMP	Hospital Bautista	20.6	79.4	0.001
	Policlínica Oriental	36.6	63.4	
	Salud Integral	40.3	59.7	
	Corporación de Zona Franca	11.3	88.7	
	Hospital Monte España	25.9	74.1	
	Medintegral	12.0	88.0	
	EMAN	17.4	82.6	
Edad	15-19	17.1	82.9	0.665
	20-24	27.4	72.6	
	25-29	21.4	78.6	
	30-34	28.6	71.4	
	35-39	28.6	71.4	
	40-44	28.6	71.4	
Tipo de paciente	Asegurada	22.6	77.4	0.285
	Beneficiaria	28.2	71.8	
Peso (kg)	< 50	55.6	44.4	0.216
	50-74	24.5	75.5	
	75-99	25.8	74.2	
	100-+	22.2	77.8	
Talla (cm)	< 150	16.1	83.9	0.103
	≥ 150	32.4	67.6	
Estado civil	Casada	24.1	75.9	0.074
	Acompañada	32.6	67.4	
	Soltera	12.8	87.2	
	Separada	-	100.0	
Escolaridad	Ninguna	40.0	60.0	0.296
	Primaria	15.9	84.1	
	Secundaria	26.2	73.8	
	Universidad	26.5	73.5	
Nivel socioeconómico	Alto	50.0	50.0	0.780
	Medio	26.5	73.5	
	Bajo	27.0	73.0	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 9B
 PRINCIPALES ANTECEDENTES EN EMBARAZADAS CESAREADAS
 SEGÚN COMPLICACIÓN FETAL
 EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	Complicación Fetal		P (*)
		% Sí	% No	
Hábito de Fumar	Sí	50.0	50.0	0.186
	No	24.6	75.4	
Ingesta de Alcohol	Sí	57.1	42.9	0.045
	No	24.1	75.9	
Uso de Drogas	Sí	-	-	...
	No	24.6	75.4	
Gestaciones	Primigestas	28.4	71.6	0.511
	2-3	22.7	77.3	
	4-+	27.0	73.0	
Partos vaginales	Ninguno	24.6	75.4	0.421
	1-3	27.3	72.7	
	4-+	12.5	87.5	
Partos por cesárea	Ninguno	28.4	71.6	0.090
	1-3	20.1	79.9	
Abortos	Ninguno	22.5	77.5	0.010
	1-2	40.4	59.6	
	3-4	-	100.0	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 9C
 PRINCIPALES ANTECEDENTES EN EMBARAZADAS CESAREADAS
 SEGÚN COMPLICACIÓN FETAL
 EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	Complicación Fetal		P (*)
		% Sí	% No	
Nacidos vivos	Ninguno	29.7	70.3	0.377
	1-3	23.5	76.5	
	4+	16.7	83.3	
Nacidos muertos	Ninguno	25.2	74.8	0.623
	1-2	33.3	66.7	
Bajo peso	Ninguno	27.8	72.2	0.667
	1-2	42.9	57.1	
Macrosómicos	Ninguno	28.2	71.8	0.521
	1-2	50.0	50.0	
Período intergenésico	< 18 meses	28.2	71.8	0.861
	> 18 meses	25.4	74.6	
	Primigestas	28.4	71.6	
Número de CPN	Ninguno	-	100.0	0.105
	1-3	19.4	80.6	
	4-6	19.9	80.1	
	7-9	29.4	70.6	
	10 - +	38.5	61.5	
Riesgo	Alto	24.7	75.3	0.977
	Bajo	26.5	73.5	
	No clasificado	24.8	75.2	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 9D
 CALIFICACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO
 SEGÚN COMPLICACIÓN FETAL
 EMP DE MANAGUA 2000

Variable	Escala	Complicación Fetal		P (*)
		% Sí	% No	
Calificación del Médico que atiende a la paciente	General	10.0	90.0	0.203
	Especialista	25.2	74.8	
Calificación del Médico que indica la Cesárea	General	25.0	75.0	0.977
	Especialista	24.4	75.6	
Calificación del Médico que realiza la Cesárea	General	100.0	-	0.092
	Especialista	24.1	75.9	

FI: Expediente Clínico

(*): Chi Square

CUADRO 10
MEDICOS GINECOOBSTETRAS ENCUESTADOS
DE LAS EMP DE MANAGUA SEGÚN CARACTERÍSTICAS GENERALES
2000

Variable	Escala	Nº	% (*)
EMP	Policlínica Oriental	4	30.8
	Salud Integral	4	30.8
	Hospital Monte España	3	23.1
	EMAN	1	7.7
	Medintegral	1	7.7
Tiempo de ser Obstetra	1-4 años	3	23.1
	5-9 años	4	30.8
	10 a más años	6	46.1
Tiempo de trabajar en la EMP	< 1 año	3	23.1
	1-4 años	5	38.5
	5-9 años	4	30.8
	No consignado	1	7.7
Ha trabajado en el MINSA	Sí	13	100.0
	No	0	0.0
Ha trabajado en Privado	Sí	13	100.0
	No	0	0.0
Trabaja en el MINSA actualmente	Sí	6	46.2
	No	7	53.8
Trabaja en Privado actualmente	Sí	9	69.2
	No	4	30.8
Tipo de Pago en la EMP	Salario fijo	11	84.6
	Por actividad	1	7.7
	Ambos	1	7.7

(*): Porcentaje con relación a 13 médicos entrevistados

FI: Cuestionario

CUADRO 11
 RESPUESTAS DE LOS MEDICOS GINECOOBSTETRAS ENCUESTADOS
 DE LAS EMP DE MANAGUA
 2000

Pregunta	Respuestas	Nº	% (*)
¿Cree usted que actualmente existe un incremento importante en el número de cesáreas, tanto a nivel mundial como a nivel nacional?	Sí	13	100.0
	No	0	0.0
¿Cree Ud. que la práctica de la operación cesárea este siendo utilizada como alivio al dolor del parto?	Sí	4	30.8
	No	6	46.2
	Un poco	1	7.7
	En ocasiones	1	7.7
	Sin contestar	1	7.7
¿Cree Ud. que realizando la operación cesárea en el tiempo adecuado se puede aumentar la sobre-vida del producto de la gestación y mejorar la calidad psico-intelectual futura del niño?	Sí	3	23.1
	No	9	69.2
	No necesariamente	1	7.7
¿Cree usted que existan evidencias para asegurar que el incremento en el número de cesáreas ha contribuido a la disminución de la morbi-mortalidad perinatal?	Sí	12	92.3
	No	1	7.7
¿Cree usted que existan evidencias para asegurar que el incremento en el número de cesáreas ha contribuido a la disminución de la morbi-mortalidad materna?	Sí	9	69.2
	No	2	15.4
	En los casos que lo ameritan	1	7.7
	No siempre	1	7.7
¿Cree Ud. que el deseo de disminuir el número de hijos por familia ejerza cierta presión sobre los médicos obstétricos para optar por la operación cesárea?	Sí	4	30.8
	No	8	61.5
	Sin contestar	1	7.7
¿Cree Ud. que la presencia circunstancial de factores de riesgo para la morbi-mortalidad materno-fetal que no son indicaciones de cesárea ejerzan presión en los médicos obstétricos para indicar la operación cesárea?	Sí	8	61.5
	No	3	23.1
	Depende	1	7.7
	Esta pregunta no está bien elaborada	1	7.7

(*): Porcentaje con relación a 13 médicos entrevistados

FI: Cuestionario

CUADRO 11
RESPUESTAS DE LOS MEDICOS GINECOOBSTETRAS ENCUESTADOS
DE LAS EMP DE MANAGUA
2000

Pregunta	Respuestas	N°	% (*)
¿Cree Ud. que la actualización de los conocimientos médicos profesionales influyan en la decisión de indicar la operación cesárea?	Sí	8	61.5
	No	5	38.5
¿Cree Ud. que el carácter conservador de algunos médicos influya para la mayor indicación de la operación cesárea?	Sí	2	15.4
	No	7	53.8
	Puede ser	3	23.1
	Sin contestar	1	7.7
¿Considera Ud. que actualmente las indicaciones de cesárea en Nicaragua se ajustan a los criterios internacionalmente establecidos?	Sí	8	61.5
	No	4	30.8
	En algunos casos	1	7.7
¿Considera Ud. que la escasez de tecnología en la EMP influya y ejerza presión sobre los médicos obstetras para una mayor indicación de la operación cesárea?	Sí	0	0.0
	No	12	92.3
	En algunos casos	1	7.7
¿Considera Ud. que el tiempo que dedica el médico a la atención del parto vaginal está influyendo en la decisión para la realización de la operación cesárea?	Sí	3	23.1
	No	8	61.5
	Depende	2	15.4
¿Cree Ud. que el mayor pago por honorarios por parte de las EMP a favor de la cesárea en comparación con el parto vaginal ha favorecido el incremento del número de cesáreas?	Sí	2	15.4
	No	11	84.6
¿Considera Ud. que el INSS constituya un factor de presión y esté influyendo sobre los médicos obstétricos en una mayor indicación de la operación cesárea? ¿De qué manera?	Sí	4	30.8
	No	7	53.8
	Podría ser	1	7.7
	A veces	1	7.7

(*): Porcentaje con relación a 13 médicos entrevistados

FI: Cuestionario

Operacionalización de las variables

I . Caracterización de la mujer cesareada

Edad	Estado civil	Hábitos
Peso	Nivel escolar	Gestas
Talla	Nivel socio económico	Paridad
Nacidos vivos.	Empresas médicas	Clasificación de la Paciente
Nacidos Muertos	Bajo Peso	

II.- Antecedentes obstétricos.

Parto vaginal	Cesárea	Macrosomía
Bajo peso al nacer.	Abortos	

III.- Embarazo actual.

# de controles prenatales	clasificación del riesgo	Perfil del medico
Control del trabajo de parto		Periodo íntergenésico

IV.- Parto.

Control del trabajo de parto	Frecuencia cardiaca fetal	Frecuencia cardiaca materna
Presión arterial	Contractilidad uterina	Borramiento
Dilatación	Presentación	Partograma
Presencia de meconio		

V.- Perfil del médico que atiende, ordena y realiza la cesárea.

Médico general	Médico especialista.
----------------	----------------------

VI.-Criterios utilizados en la Indicación de cesárea.

Causas maternas

-Patologías locales
-Patologías sistémicas
-Vitalidad fetal comprometida
Fracaso de la inducción
Enfermedad hemolítica fetal
Muerte habitual del feto
Otras causas.

Causas Fetales

Variedad de Presentación
Macrosomía
Ciur

Causas Ovulares

Placenta Previa
Desprendimiento
de Placenta
Procidencia de
Cordón.

VII.- Complicaciones.

De la madre

Del feto

VIII.- Opinión Médica.

Causas de Incremento de Cesárea
Aseguramiento de la calidad de vida del niño
Alivio del Parto
Tiempo empleado en la atención
Cumplimiento de Criterios

