



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**Recinto universitario Rubén Darío
Facultad de Ciencias Médicas**

Tesis para optar el título de médico y cirujano

Indicaciones y complicaciones inmediatas de cesáreas realizadas a pacientes que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el período de Febrero a Julio del año 2016.

Autor:

Br. Osmar Yamir Siles Levy

Tutor Metodológico:

Dr. Douglas Alberto Montenegro

Docente UNAN-Managua

Tutor Científico:

Dr. Wilfred Cunningham Kain

Ginecoobstetra

Hospital Nuevo Amanecer

Octubre 2018

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar hasta donde he llegado, dándome fortaleza, motivación e iluminar cada paso en mi vida y ayudándome a superar las dificultades para así concluir mi carrera.

A mis padres Martina Levy y Valentin Siles, quienes son los pilares de mi vida, que con sus consejos me ayudan a ser mejor persona, me enseñan a tener fé en mí mismo y seguir adelante y me ayudan a alcanzar mis metas.

A mis hermanas Ligia Siles y Mara Siles, mi cuñado Carlos Leiman, mi sobrina Alitza Leiman; quienes me ha brindado su apoyo incondicional a lo largo de mi vida y mi carrera.

A cada familiar a quienes no alcanzaría mencionar, pero sé que han sido de apoyo en todos estos años de estudios y que seguiran siendo fuente de fortaleza a lo largo de mi carrera profesional y personal.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por iluminarme en todos estos años de estudio y permitirme la culminación de mi carrera universitaria.

A mis padres, hermanas, sobrina y demás familiares que me han brindado su apoyo incondicional y ayudarme en los momentos difíciles en mi carrera.

A todos mis docentes, que a lo largo de mi carrera me han transmitido sus conocimientos y me han sido guía para ser un buen profesional.

Al Hospital Nuevo Amanecer, por haberme permitido adquirir conocimiento y así ayudarme en mi desarrollo profesional como médico.

A mi tutor metodológico Douglas Montenegro y mi tutor científico Wilfred Cunningham Kain, que han sido de gran apoyo para concluir mi tesis monográfica.

OPINION DEL TUTOR

El presente estudio titulado **“Indicaciones y complicaciones inmediatas de cesáreas realizadas a pacientes que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el período de Febrero a Julio del año 2016.”**

Elaborado por el Br. Osmar Yamir Siles Levy, es de gran relevancia ya el número de cesáreas realizadas en los países en vías de desarrollo está aumentando y esto puede incurrir a disminución de la morbimortalidad materno-neonatal.

Este estudio revela las principales indicaciones por las cuales se realizan las cesáreas siendo las de mayor porcentaje por cesáreas anteriores seguida de sufrimiento fetal agudo y preeclampsia moderada y grave que son patologías muy frecuentes en los países latinoamericanos.

Felicito al Doctor Osmar Yamir Siles Levy, Por el logro alcanzado con la culminación de la presente Tesis monográfica, superando las adversidades que se le presentaron durante el proceso de formación académica y el servicio social así mismo por la dedicación y empeño demostrado en la ejecución del estudio, un trabajo lleno de esfuerzo y mucha calidad, aprovecho para instarlo en la superación académica y administrativa.

Dr. Douglas Alberto Montenegro Moreno
Tutor Metodológico
Docente de la Facultad de Ciencias Médicas
UNAN-Managua

RESUMEN

“Indicaciones y complicaciones inmediatas de cesáreas realizadas a pacientes que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el período de Febrero a Julio del año 2016.”

Actualmente la cesárea es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en obstetricia. Este procedimiento no es inocuo y puede llevar a complicaciones inherentes, quirúrgicos y anestésicos, con lo que esta técnica operatoria pierde su enorme efecto benéfico de salvar vidas de madres y recién nacidos cuando no está bien indicada. El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, en donde se evaluaron 183 pacientes a quienes se les realizó cesárea entre febrero a julio 2016. Dicha investigación concluyó que dentro de las características sociodemográficas que mas prevalecieron se encuentra mujeres en edades entre 16-20 años de escolaridad secundaria procedencia rural, etnia Miskitu y el mayor porcentaje no trabaja. En los antecedentes ginecoobstetricos se encontro que la mayoría son multigestas no tienen antecedente de aborto, ni legrado y un alto porcentaje no tenía cesárea anteriores, tenían un periodo intergenésico mayor de 18 meses, entre 37-41 semanas gestacionales y tenían entre 3-4 controles prenatales. En cuanto a las indicaciones de las cesáreas se encontro que el mayor porcentaje es por cesáreas anteriores seguida de sufrimiento fetal agudo y preclampsia moderada y grave. La mayoría de las pacientes en estudio no tuvieron ninguna complicaciones, ni durante ni después de la cesárea, pero una parte presentó hemorragia posparto.

Palabras claves: Cesárea, Indicaciones, Complicaciones, Bilwi

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES	3
III.	JUSTIFICACIÓN	5
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
V.	OBJETIVOS.....	7
VI.	MARCO TEÓRICO	8
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO	40
VIII.	RESULTADOS	48
IX.	ÁNÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	50
X.	CONCLUSIONES.....	53
XI.	RECOMENDACIONES	54
XII.	BIBLIOGRAFÍA	55
XIII.	ANEXOS.....	57

I. INTRODUCCIÓN

Durante el paso de los años se ha demostrado que la resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Cualquier indicación de cesárea supone una evaluación de los riesgos y beneficios de la intervención en dicha situación frente a los del parto vaginal, teniendo en cuenta factores relacionados con la madre, feto, obstetra y características del sistema sanitario. Este procedimiento no es inocuo y puede llevar a complicaciones inherentes, quirúrgicos y anestésicos, con lo que esta técnica operatoria pierde su enorme efecto benéfico de salvar vidas de madres y recién nacidos cuando no está bien indicada.

En el año 2014 en el Hospital Nuevo Amanecer hubieron 3, 498 nacimientos, de los cuales 813 fueron por vía cesárea equivalentes a 23.2%, las principales causas fueron la cesárea anterior, seguido del sufrimiento fetal aguda y las pre eclampsia grave- Eclampsia, no se registró cuantas pacientes habrán presentado complicaciones durante el periodo transquirurgicas o puerperio inmediato (MINSA-Nicaragua, 2014).

Bilwi la principal ciudad de la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte, está ubicada a 560 Km de la ciudad de Managua consta de una población de 66, 169 habitantes de los cuales 26, 741 habitantes pertenecen a la zona rural, está compuesta de diferentes etnias entre las que se destaca la población Miskitu de aproximadamente 50, 000 habitantes, Mayagnas de una población de 10, 000 habitantes y la población criolla.

El municipio consta de un Hospital el que es de referencia Regional con las especialidades básicas Ginecobstetricia, Cirugía General, Medicina Interna y Pediatría, y algunas especialidades como Ortopedia, Cardiología, Cirugía plástica, Cirugía Pediátrica y otorrinolaringología, además, es el banco de sangre de distribución regional, a pesar de ello las complicaciones se presentan dado diferentes causas, la lejanía geográfica por el cual no se pueden referir algunas complicaciones que terminan en cesárea, los hemoderivados que

no están disponibles en algunos casos, el uso de algunos preparativos de medicina tradicional algo característico de la región, casi la mitad de la población de la región es de origen rural y la lejanía con la unidad de salud hace imposible evitar las complicaciones que terminan en cesárea.

El interés de relacionar el contexto intercultural, geográfico, económico con las posibles causas de emergencias obstétricas que terminan en cesárea y las complicaciones que se presentan en algunos pacientes, relacionando los diferentes indicadores característicos de la población en estudio, además también otro aspecto es el interés académico dado a que no hay registro de trabajos investigativos que relacionen los diferentes variables que se estudian en el trabajo y será un punto de partida para la realización de futuros trabajos relacionados con el mismo tema. En el ámbito profesional será un estudio que guiara a los médicos a relacionarse más con la región y los aspectos que se deben vigilar a esta población en donde la tradición e interculturalidad influyen a causas de complicaciones obstétricas que terminan en cesárea.

La presente investigación pretende determinar las indicaciones y complicaciones inmediatas de cesáreas realizadas a las pacientes que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi. Con el fin de obtener una línea base de información que permita conocerlas principales indicaciones de las cesáreas y sus complicaciones.

II. ANTECEDENTES

(**Roman, 2012**) en el Hospital General de México, se realizó un estudio de tipo retrospectivo donde se revisaron un total de 1,080 expedientes clínicos de pacientes embarazadas atendidas durante el año 2004, de las cuales a 402 pacientes se les practicó cesárea, con resultados que demostraron una frecuencia de cesáreas de 36.7%, con relación al número de nacimientos. Las indicaciones más frecuentes en este estudio fueron: sufrimiento fetal agudo (28.4%), desproporción cefalopélvica (22.4%) y cesárea previa (15.2%).

(**López, 2013**) En el año 2013 se realiza un estudio descriptivo para conocer las indicaciones de cesáreas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Humberto Alvarado de Masaya. Con una muestra de 704 mujeres, que representa el 58.6% de la población en estudio, los resultados señalan que a las indicaciones maternas correspondía un 53.9%, la indicación fetal el 27.69% y materno fetales 9.6%. La cesárea anterior fue la más frecuente como causa materna (51.8% de los casos). La indicación fetal más frecuente fue el sufrimiento fetal agudo (57.9%) y de las indicaciones materno fetales, la más frecuente fue el parto retenido (67.7%).

(**Jenkins, 2015**) realizó un estudio con el objetivo de determinar los criterios de indicación de cesáreas y su correlación con la morbilidad materno-neonatal en pacientes atendidas en Hospital Escuela César Amador Molina, Matagalpa 2015. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal se incluyeron 266 a las cuales se les realizó cesárea. en los resultados se encontró que el 45.7% eran primigestas, el 72.8% no tenían antecedentes de cesaría anterior, 92.4 % de las pacientes estudiadas no presentaban comorbilidades asociadas, sólo un 3.3 % antecedentes de Diabetes, un 2.2 % pre eclampsia y 1.1 % eclampsia. En cuanto a las indicaciones 27.2 % fue por RPBF, seguido de 21.7 % por cesárea anterior luego 10.9 % de las pacientes por presentación pélvico y 8.7 % por Oligoamnios, destacándose como las 4 indicaciones más frecuentes reflejados en los expedientes clínicos.

(Torrez, 2014) Realizo un estudio descriptivo para conocer los beneficios de la cesárea para la madre o el feto en el Hospital Bertha Calderón Roque en los meses de julio a diciembre. En dicho periodo hubo 5809 partos en el hospital y de estos el 46% (2367) eran cesáreas. Las indicaciones maternas más frecuentes fueron cesárea anterior 82% y pre eclampsia con 9%. Las causas ovulares más frecuentes fueron doble circular de cordón con un 35%. Las complicaciones transquirurgicas se presentaron en un 59.2%, predominando la hipotonía uterina presentándose en una relación de 3:1. La complicación posquirúrgica predominante fue la anemia, con una relación de 10:4.

(Jarquin, 2013) Realiza un informe para observar la incidencia de cesárea en el Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi en periodo trianual (2012, 2013 y 2014) como parte de análisis de las metas de SIGRUN. En el año 2012 hubo 2,624 nacimientos de los cuales el 28% fueron atraves de la operación cesárea. En el año 2013 hubieron 2, 458 nacimientos de los cuales el 29% fueron atraves de la operación cesárea Y en el año 2014 en el Hospital Nuevo Amanecer hubieron 3, 498 nacimientos, de los cuales 813 fueron por vía cesárea equivalentes a 23.2%.

III. JUSTIFICACIÓN

Actualmente la cesárea es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en obstetricia. Esto se debe a factores tales como: la disminución de sus riesgos mediante el uso de antibióticos, bancos de sangre, vigilancia fetal, etc. A pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos, anestésicos y la modernización de las técnicas operatorias, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal.

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, (INSS), en el año 2012 realiza una investigación referente a la operación cesárea en el cual indica que oscila en un 55.9% de todos los nacimientos en el país. Lo que corresponde a un aumento en la incidencia de este procedimiento. Pero acompañado a esto está el aumento de la morbilidad de las pacientes a quienes se les realiza dicha intervención y estas complicaciones pueden ser en el acto quirúrgico y postquirúrgico (Jarquin, 2013).

Dado los riesgos que conlleva la cesárea, es necesario saber cuáles son las principales indicaciones de las cesáreas y las complicaciones inmediatas que presentaron y así buscar formas de detección temprana de estos factores que terminan incidiendo en dicha intervención quirúrgica. Esto ayudaría a disminuir las posibles complicaciones y mejorar la calidad de vida del binomio madre-hijo que es lo más importante. Cabe destacar que también este estudio servirá como guía o referencia a futuras investigaciones relacionadas con este tema.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las Indicaciones y complicaciones inmediatas de cesáreas realizadas a las pacientes que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar las Indicaciones y complicaciones inmediatas de cesáreas realizadas a las pacientes que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a las pacientes socio-demográficamente.
2. Describir los antecedentes ginecobstétricos de las pacientes.
3. Mencionar las principales indicaciones de las cesáreas
4. Identificar las complicaciones por las cesáreas realidas a las pacientes en estudio

VI. MARCO TEÓRICO

Aspectos Históricos de la cesárea:

Según la mitología clásica, tanto el nacimiento de *Esculapio* como el de *Baco* fueron por cesárea. En la mitología griega hay referencias a nacimientos de dioses o semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a *Hermes* que sacó a *Dionisio* por mandato de *Zeus* del vientre de *Semele*.

El origen de la palabra cesárea aun no está totalmente explicado, una palabra de origen latino, *caedere* o *scaedere*, que significa cortar, podría ser una de las 4 razones del origen de la denominación. Las otras 3 son: la ley regia de *Numa Pompilius* (siglo VIII AC) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina (ley de los césares).

La historia científica y registrable en su mayoría comienza en lo que algunos autores consideran el segundo período de la historia de la cesárea⁴ y que cae después de 1500. La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por Nufer en La madre tuvo 5 hijos más, lo que pudiera señalarse como uno de los primeros partos vaginales después de una cesárea, aspecto que en la actualidad cobra vigencia y defensores. En 1582, *Rousset* publica un libro en el que por primera vez se apoya el uso de la operación en mujeres vivas.

Escipio Mercurio, un cirujano del Padua del siglo XVI, comentó en “*La Commare Riccoglitrice*” acerca del uso de esta operación cuando no era posible el parto normal. *Hendrik van Roonhuyze* de Amsterdam, en su libro “*Obserb de Morbis Mulier*” refiere que un médico llamado *Sonnius* hizo la operación en 7 ocasiones la esposa de *Roonhuyze*. *Trautmann de Wittenberg* en Nurtemberg, Alemania.

Durante esta época no había anestesia; la incisión solía hacerse en el abdomen por fuera de los músculos rectos, en el sitio hacia el que se rotara el útero, con el fin de proteger la vejiga. El niño se extraía por el costado de la madre.² Solía hacerse una incisión longitudinal en el útero y se dejaba abierto. *Rousset* aconsejaba en ese momento colocar

una infusión de hierbas y una cánula para el drenaje de los loquios hacia la vagina, dado que la causa de la muerte era la infección.

Muchas referencias hay en cada país acerca de la primera cesárea. Así, en Colombia, se señala que la primera se realizó en 1844, en Estados Unidos en 1827 por *Richmond*, en Cincinnati; sin embargo, hay otras referencias en las que se plantea que la primera cesárea realizada en ese país fue en 1764, en un camarote, por el Dr. *Bennett*: su esposa presentaba una estrechez pélvica que hacía imposible el parto normal y a petición suya, en una mesa de operaciones consistente en 2 tablonos apoyados sobre toneles, sin ninguna anestesia y sujeta por 2 mujeres, el médico incidió rápidamente el abdomen y extrajo un niño vivo.

Hay un tercer período en la historia de la cesárea donde ya se toma conciencia de las causas de muerte en esta operación y de las técnicas que se deben realizar, donde se señala que es a partir de 1876 en que se hace énfasis en la infección como primera causa de muerte, aspecto señalado por *Cavallini* desde 1868. Con la sutura uterina que practica *Wiel* desde 1835, entra esta operación en una nueva era de progreso.

Autores como *Porro*, *Müller*, *Taylor* y otros, hacen innovaciones en ese sentido. *Bichot* en 1870 introduce la histerectomía total. *Sanger*, ayudante de *Kredé* en Leipzig, en 1882 incorpora la sutura de la pared uterina a puntos separados en 2 planos paralelos. En 1912, *Kröing* en Alemania, postula la incisión vertical uterina, pero ya advierte sobre la ventaja de practicarla en el segmento inferior, hasta que en 1926 *Kehr* crea su clásica incisión segmentaria transversal que se practica en nuestros Días. La preparación preoperatoria fue otro paso de avance en este proceder, aspecto modificado de diversas formas en la actualidad.

Epidemiología de la Cesarea:

Entre 1970 y el 2007, la tasa de cesáreas en Estados Unidos se elevó de 4.5% de todos los partos a 31.8% (Hamilton et al., 2009; MacDorman et al., 2008). Este incremento ha sido constante con excepción del intervalo entre 1989 y 1996, cuando la tasa anual de cesáreas disminuyó.

El 15% de los nacimientos entre 2006 y 2010 fueron a través de la vía cesárea. En América Latina y el Caribe, este porcentaje se duplica a un 38%. El país con mayor alto porcentaje es Brasil con 50%, seguido de México con 43%. En Centroamérica, El Salvador reporta el más alto valor con 25% y Honduras el más bajo valor con 13%. En el año 2012 (en 25 países de la región con más de 7,000 partos por año) había 13,939,455 millones de nacimientos, 5,420,236 de ellos terminaron en una cesárea (38,9%), los datos parciales de 2013 muestra que esta cifra sigue aumentando.

Las tasas de cesáreas en los países de las Américas oscilan entre 8% en Guatemala y el 55.6 por ciento en Brasil. En este período en Nicaragua El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, (INSS), en el año 2012 realiza una investigación referente a la operación cesárea en el cual indica que oscila en un 55.9% de todos los nacimientos en el país.

Las razones por las cuales la tasa de cesáreas sigue aumentando no se comprenden por completo, pero las siguientes son algunas explicaciones:

1. Las mujeres tienen cada vez menos hijos, por lo cual un mayor porcentaje de los nacimientos ocurre en *nulíparas*, que tienen mayor riesgo de cesárea.
2. Las *edades maternas* promedio está aumentando y las mujeres añosas, en especial cuando son nulíparas, tienen mayor riesgo de cesárea.
3. Hay un amplio uso de la *vigilancia fetal por medios electrónicos*, técnica que se vincula con una mayor tasa de cesáreas en comparación con la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal. Aunque la cesárea llevada a cabo principalmente por “sufrimiento fetal” constituye sólo una pequeña parte de esas intervenciones quirúrgicas, en muchos otros casos la preocupación por un trazo anómalo o “desalentador” de la frecuencia cardíaca fetal disminuye el umbral para recurrir a la cesárea.
4. Gran parte de los fetos en presentación *pélvica* se extrae hoy por cesárea. La frecuencia de *aplicaciones de fórceps medio y extracciones por vacío desde el plano medio* ha disminuido entándose y, sobre todo en nulíparas, aumentan el riesgo de cesárea
7. La prevalencia de *obesidad* ha aumentado de manera notoria y ese trastorno también incrementa el riesgo de cesárea.

8. La frecuencia de la cesárea de mujeres con preeclampsia se ha incrementado, mientras que la frecuencia de la inducción del trabajo de parto en estas pacientes se ha reducido.

9. El *parto vaginal después de una cesárea* (VBAC) ha descendido de 26% en 1996 a 8.5% en 2007 (Hamilton et al., 2009).

10. La frecuencia de cesáreas electivas aumenta cada vez más por diversas indicaciones, como la posibilidad de *lesionar el piso pélvico* durante el parto vaginal, el *nacimiento prematuro* por indicación médica, para reducir el riesgo de *lesión fetal* y por *solicitud de la paciente* (Ananth et al., 2005; Nygaard y Cruikshank, 2003).

11. Las *demandas por imprudencia profesional* siguen contribuyendo de manera considerable a la tasa actual de cesáreas. En una recopilación de datos sobre demandas por imprudencia profesional entre 1985 y 2003, las de tipo obstétrico correspondieron al mayor número de demandas pagadas (*Texas Medical Liability Trust*, 2004). Uno de los problemas más frecuentes fue el del lactante con daño cerebral y, en general, la indemnización promedio que se pagó por demandas obstétricas fue 28% mayor que para las otras 24 especialidades incluidas en la publicación. Esta información es especialmente problemática en vista de la bien demostrada falta de relación entre la cesárea y alguna disminución de los trastornos neurológicos infantiles.

Definición de cesárea

La cesárea consiste en la extracción por vía abdominal, de un feto vivo o muerto y de la placenta y sus membranas, a través de una incisión en el abdomen (laparotomía) y del útero (histerotomía). Esa definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura del útero o de un embarazo en esa localización siendo en la actualidad una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes del mundo. (F. Gary Cunningham, 2011)

Tipos de cesárea:

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

- **Primera:** Es la que se realiza por primera vez.
- **Iterativa:** Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- **Previa:** es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

Según indicaciones:

Cesárea electiva: Es aquella que se realiza en gestantes con enfermedad materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada. Las cesáreas electivas deberán programarse a partir de la semana 39 de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad fetal.

Cesárea en el curso del parto: Es la que se realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvico-fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto. (MINSAs, 2013).

Cesárea urgente: Es aquella que se realiza como consecuencia de una enfermedad aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal. Y el intervalo entre la decisión y la realización de la cesárea no debe ser mayor de 30 minutos.

Según técnica quirúrgica.

Corporal o clásica:

La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pre término, situación fetal transversa con dorso inferior, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.

Segmento corporal: (Beck)

La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pre término, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.

Segmento arciforme o transversal: (Kerr)

Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y

permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.

Según la incisión en piel: Laparotomía longitudinal y transversal (Pfannenstiel).

Incisión de Pfannenstiel: Es la incisión suprapúbica transversa de concavidad superior, dos centímetros por encima de la sínfisis púbica.

Incisión Joel-Cohen: En esta técnica se realiza una incisión transversal 3 cm. por arriba de la sínfisis del pubis.

Incisión media infraumbilical-suprapúbica.

Indicaciones de la operación cesárea:

Cualquier indicación de cesárea supone una evaluación de los riesgos beneficios de la intervención en dicha situación frente a los del parto vaginal, teniendo en cuenta factores relacionados con la madre, feto, obstetra y características del sistema sanitario.

Las indicaciones de las cesáreas pueden ser absolutas o relativas, o por causas maternas, fetales, ovulares o mixtas.

Indicaciones absolutas de cesárea:

Incluye a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo-parto o asociadas a la gestación que la medicina evidencia ha mostrado que el parto vaginal no es posible, o bien de estar presentes, se asocian con altísimas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal. Son casos en los cuales la cesárea es la única forma de terminación del parto.

Indicaciones relativas de cesáreas:

Son aquellas en la que se elige la cesárea como mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también otra opción. Son casos que por lo tanto tendrán que ser analizados detenidamente antes de adoptar una decisión. Unos de los ejemplos pueden ser: cesárea previa.

Tabla No 1. Indicaciones absolutas y relativas de la cesárea

Absolutas	Relativas
<p>Desproporción feto pélvica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Placenta previa oclusiva total y parcial - Inminencia de rotura uterina - Rotura uterina - Desprendimiento prematuro de placenta normal inserta - Antecedente de cesárea corporal previa - Transverso - Presencia de cara y mentón - Cáncer cervico-uterino invasor 	<ul style="list-style-type: none"> - Cesárea previa - Antecedente de pérdida fetal recurrente - Preeclampsia moderada - Periodo expulsivo prolongado - Presentación podálica - Sufrimiento fetal Agudo y crónico - Tumores pélvicos - Voluntad de la paciente o pareja - Pretérmino con compromiso vitalidad - Condilomatosis vulva. - Macrosomía Fetal - VIH positivo - Eclampsia - Hidrocefalia. - Prolapso de cordón con feto vivo

Las Indicaciones pueden ser maternas, fetales, materno-fetales y ovulares:

Maternas: cuando alguna enfermedad de la madre causa la necesidad a optar para realización del procedimiento.

Fetales: cuando el problema se presenta relacionando al feto directamente.

Materno – fetal: cuando hay problemas relacionados a los dos madre e hijo, por lo tanto, se debe practicarse la cesárea.

Ovulares: cuando el problema se presenta específicamente en las membranas ovulares o placentarias.

La siguiente tabla describe las diferentes patologías de cada una de las causas mencionadas.

Tabla No 2. Patología de las Causas de las indicaciones

CAUSAS PATOLOGÍAS

Maternas	Patologías locales	<ul style="list-style-type: none"> - Distocia ósea - Distocia dinámica - Distocia de partes blandas - Tumores previos - Rotura uterina - Cesárea anterior - Plastias vaginales previas - Herpes genital activo - VIH positivo - Condilomatosis vulvar
	Patologías sistémicas	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome Hipertensivo Gestacional (Pre eclampsia moderada, grave y eclampsia, Hipertensión arterial crónica, Hipertensión arterial crónica con preclamsia sobreagrada. - Diabetes gestacional
	Fracaso de la inducción	
Fetales	Colocaciones viciosas	<ul style="list-style-type: none"> - Situación transversa - Feto en presentación pélvica - Fetos múltiples
	Macrosomia fetal	
	Vitalidad fetal comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Sufrimiento fetal agudo - Retardo de crecimiento intrauterino - Enfermedad hemolítica fetal grave - Muerte habitual del feto

Materno fetal	– Desproporción fetopelvico
	– Parto detenido
Ovulares	– Placenta previa
	– Desprendimiento normoplacentario
	– Procidencia del cordón

Las causas maternas:

PATOLOGÍAS LOCALES

Distocias: es un término derivado del griego (*dystokia, de dystokos; de dys, mal, y tokos, parto*), que significa parto laborioso, difícil, y doloroso.

a. Distocias óseas:

Son aquellas que sobrevienen cuando la perturbación del mecanismo del parto se debe a una modificación del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea.

Desde el punto de vista funcional se considera que son tres las circunstancias por las que puede pasar el móvil fetal al encontrarse ante una deformación ósea que dificulte la progresión por el canal del parto:

- La dificultad se halla al principio del canal y superada esta al mecanismo de parto se cumplirá sin problemas.
- La dificultad se encuentra en todo el canal del parto.
- Dicha dificultad pélvica es progresivamente mayor a medida que el móvil avanza por el canal.

Desde el punto de vista anatómico las deformaciones pueden ser simétricas o asimétricas.

- *Deformación simétrica*: son aquellas en las que la modificación de la forma de una hemipelvis va acompañada simultáneamente por la otra.
- *Deformaciones asimétricas*: se denomina también pelvis oblicuas, tiene una diferencia de más 1 cm entre ambos diámetros.

b. Distocias dinámicas:

Son causadas por los disturbios de la contractilidad uterina o de la fuerza impulsora del útero para producir el pasaje del feto por el canal pelvigénital del parto. A la vez puede ser:

- **Cuantitativa**: por disminución de la contractilidad uterina o aumento de la contractilidad (hipodinamia e Hiperdinamia).
- **Cualitativa**: por aparición de contracciones anómalas, o espasmódicas, y se puede dividir en :
 - ✓ *Hipodinamia primitiva*: se presenta desde el comienzo, del trabajo de parto y es de causa funcional (repleción de la vejiga, inhibición sicógena por temor) o mecánica (aglutinación del cuello, falta de apoyo de la presentación, sobredistension uterina, adherencias del polo inferior de las membranas ovulares).
 - ✓ *Hipodinamia secundaria*: aparece al final del periodo dilatante o en el periodo expulsivo por agotamiento muscular generalmente en la lucha contra un obstáculo (parto obstruido).
 - ✓ *Hiperdinamia primitiva*: aparece con el trabajo de parto. Las contracciones tienen una duración muy prolongada y el útero se palpa muy duro, la madre se queja de dolor, (parto precipitado, desgarró de las partes blandas desprendimiento de la placenta, hemorragias del alumbramiento, shock, anoxia fetal).
 - ✓ *Hiperdinamia secundaria*: parece por administración exagerada de oxitócicos o por la lucha de la contracción contra un obstáculo (rigidez del cuello, estrechez pelviana o tumor previo).

Distocias de partes blandas:

Se divide en dos grupos, alteración funcional y anatómica:

- **Alteración funcional:** son motivadas por anomalías contráctiles del útero.
- **Alteraciones anatómicas:** se dividen en tres:
 - ✓ *Aglutinación del cuello:* el orificio externo es inextensible debido a la presencia de adherencias en sus bordes, formadas por bridas de fibrina de más o menos laxa pero suficiente para impedir la dilatación.
 - ✓ *Edema del cuello:* el cuello del útero puede edematizarse durante el embarazo, el edema en estas condiciones puede abarcar toda su extensión (alargamiento edematoso del cuello del útero) o circunscribirse al labio anterior (edema polipiforme unilateral de Rouvier).
 - ✓ *Rigidez del cuello:* esto representa un obstáculo para la dilatación y acarrea a veces complicaciones de importancia. Se dice que la estenosis se debe a una rigidez cicatrizal o tumoral, esto es motivada comúnmente por un mioma cervical, o por una neoplasia del cuello, y el tratamiento consiste en la expectación durante un tiempo prudencial y si la dilatación no avanza, se decidirá la realización de la cesárea.

Tumores previos

Los tumores más comunes que pueden obstruir la pelvis pueden ser origen genital (uterinos y anexiales) o extragenital (pelvianos o abdominales) siendo los más frecuentes los de origen uterino y anexial.

Tumores previos de origen uterino: Los más frecuentes son los fibromas, los que asientan en el cuerpo del útero, se transforman en previos por estar delante de la presentación y por constituir serios obstáculos durante el parto.

Sin embargo el parto, puede realizarse con tumores previos los cuales se han descrito en tres mecanismos distintos:

- El tumor puede ascender hacia la cavidad abdominal durante el embarazo o durante el parto debido a la distensión del segmento inferior.

- Producto al reblandecimiento que sufre durante el embarazo y se puede aplanarse durante el parto permitiendo el paso del feto.
- Los miomas submucosos son a veces expulsados por la vagina previamente a la salida del feto.

Por lo tanto ante el fracaso de la expectación se debe valorar para practicar la operación cesárea.

Tumores previos de origen anexial: Los más comunes los quistes luteínicos del ovario, los cistadenomas y los quistes dermoides.

El parto puede efectuarse por las siguientes eventualidades:

- Por ascensión del tumor
- Por aplanamiento del tumor
- Por la rotura del quiste

Durante el parto se puede intentar la reposición manual del tumor si estas intervenciones practicables no dan resultados entonces se procederá a la operación cesárea.

Rotura Uterina:

Se define como la completa separación del miometrio con o sin expulsión de las partes fetales de la cavidad uterina a la cavidad abdominal, no considerándose como tales la perforación trans-legrado, la ruptura por embarazo intersticial o la prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea.

Traumatismos:

- Naturales: caídas, contusión directa sobre el abdomen:
- Provocados: Iatrogenia (fórceps alto, alumbramiento artificial de la placenta acreta, maniobra de kristeller, uso inadecuado de oxitócicos o misoprostol).
- Parto obstruido: estrechez pélvica, atresia vaginal, macrosomía fetal, situación transversa.
- Antecedentes de cirugía previa al embarazo: cesárea, miomectomía, escisión de tabique uterino, manipulación durante la atención del parto (versiones externas).

CLASIFICACION

Según su Extensión:

- Parcial: si comprende una sola porción,

- Total: si abarca ambas porciones.

Según su Profundidad:

- Incompleta: cuando involucra las capas mucosas y muscular del útero.

- Completa: se involucra el peritoneo y se pone en comunicación la cavidad uterina con la cavidad abdominal.

Complicada: Cuando la extensión de la herida afecte algún órgano vecino: Vagina, Vejiga, Recto, ligamento ancho, etc.

Cesárea previa o anterior:

Se dice cuando realiza la operación cesárea a una mujer que ya se le había practicado en un embarazo anterior. Esto se debe fundamentalmente a la técnica corpórea, que conllevaba un elevado riesgo de presentar rotura uterina y una alta mortalidad maternofetal.

Sin embargo el Dr. Guillermo Rodríguez Iglesia y la Dra. Anadys Segura Fernández del Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" de La Habana, Cuba, introdujeron la incisión transversa baja por *Kerr*, en una cesárea anterior en 1926, quienes argumentaban que la mayor solidez de la incisión uterina inferior una vez cicatrizada, permitía un trabajo de parto seguro en embarazos posteriores; esto fue reforzado por múltiples observaciones posteriores que concluyeron que el riesgo de mortalidad materna era menor con una prueba de trabajo de parto que con una cesárea repetida, sin embargo al haber introducido dicha técnica, algunos médicos se mantuvieron firmes en sus puntos de vista contra el parto vaginal después de cesárea.

Plastias vaginales previas

Las operaciones por prolapso genital, coloperineoplastia y amputación cervical, son indicaciones de cesárea electiva debido a que el parto vaginal expondrá a la madre a desgarros vaginales como consecuencia de la fibrosis cicatrizar y a una posible recidiva del prolapso. La conizacion no es indicación de cesárea. (Novak, 2007).

Herpes genital

El herpes genital es una infección causada por el virus del herpes simple o VHS. El tipo 2 usualmente causa el herpes genital. La transmisión al recién nacido se produce por contacto directo a través del canal del parto. Por lo cual los órganos más afectados posterior a la contaminación pueden ser el hígado, el pulmón, las suprarrenales y en el cerebro donde se

encontrarán nódulos necróticos. Por esta razón la existencia de un herpes vulvar es indicación absoluta de Cesárea, ya que, si hay infección activa en el momento del parto con riesgo de infección del 40%.

Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) / SIDA

Enfermedad infecciosa causada por un virus denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que durante el embarazo se transmite de una embarazada con VIH positivo a su hijo o hija. Los estudios más recientes realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004 describen que la prevalencia de la transmisión vertical del VIH oscila entre 13 y 48%, variando de 13 a 30% en países desarrollados, y alcanzando hasta 35 - 48% en países en vías de desarrollo.

La transmisión vertical del VIH se produce en tres momentos:

- *En el embarazo:* ocurre aproximadamente en un 30% de los casos.
- *En el parto y el puerperio inmediato* por las secreciones contaminadas que quedan impregnadas en el recién nacido.
- *Durante la lactancia materna:* ocurren entre 15 - 20% de casos.

Actualmente los estudios han variado de parámetros que se deben tomar en cuenta para una mejor elegibilidad tanto para parto vaginal, como la cesárea, en esta última se recomienda para las madres VIH positivas si:

- Se desconoce la carga viral o, en la semana 36 de embarazo, la carga viral está por encima de 1,000 copias/mL
- durante el embarazo, no ha tomado ningún medicamento contra el VIH o sólo ha tomado zidovudina (conocida también como ZDV o AZT)
- después de la semana 36 de embarazo o más tarde empezó a recibir cuidado **prenatal**.

Para ser más eficaz en la prevención de la transmisión, debe programarse la cesárea para la semana 38 o debe hacerse antes de la **ruptura de membranas** (reventar fuente).

El parto vaginal es una opción para la madre VIH positiva si:

- Durante todo el embarazo ha recibido cuidado prenatal
- En la semana 36 tiene una carga viral por debajo de 1,000 copias/mL.
- Está tomando la ZDV sola o con otros medicamentos contra el VIH
- El parto vaginal también se puede recomendar si la madre ha roto fuente y el trabajo de parto progresa rápidamente.

Condilomatosis vulvar

Es la infección del virus del papiloma Humano que afecta en la región genital de la mujer. Durante el embarazo, una paciente portadora del virus del papiloma humano, empiezan a presentar verrugas genitales, los cuales crecen y se extienden considerablemente, debido al aumento de vascularización y las condiciones de humedad, así como a la concentración de estrógenos y a una disminución de la inmunidad.

El riesgo de transmisión vertical o de infección persistente en el recién nacido es muy bajo.

PATOLOGÍAS SISTÉMICAS

Síndrome Hipertensivo Gestacional:

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son las que hacen referencia a la hipertensión que se inicia o se diagnostica durante la gestación en una paciente previamente normotensa.

El CLAP en las guías para la atención de las principales emergencias Obstetricas año 2012 también define la preclampsia por un aumento de 30 mmHg o más en la presión arterial sistólica ó de 15 mmHg ó más en la presión arterial diastólica habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco.

Hipertensión arterial:

1. Presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg y/o Presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mmHg, en al menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 horas.
2. Una sola presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg.
3. Una presión arterial media (PAM) mayor o igual a 106 mmHg.

Proteinuria:

1. Excreción urinaria de proteínas es mayor o igual a 300 mg/litro en orina de 24 horas o proteinuria cualitativa con cinta reactiva de 1 cruz (+) o más, en al menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 a 6 horas.

Presentaciones Clínicas:

Hipertensión arterial crónica

La frecuencia es del 1 a 5% del total de embarazos, de éstas más del 95% son hipertensión esencial y sólo un 2% es secundaria. La principal causa de hipertensión crónica es debido a enfermedad renal. Se definen tres grupos en la hipertensión arterial crónica:

1. Pacientes con hipertensión arterial crónica esencial o secundaria, antes de iniciar el

embarazo y que coexiste con el mismo.

2. Pacientes con hipertensión con o sin proteinuria, que aparece antes de la semana 20 de gestación.

3. Pacientes que persisten con hipertensión luego de 6 semanas de puerperio.

Hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreagregada.

Se define como la presencia de preeclampsia en embarazadas con hipertensión crónica conocida o diagnosticada antes de la semana 20 del embarazo.

1. Pacientes con hipertensión arterial crónica sin proteinuria (antes de la semana 20) que desarrolla *proteinuria significativa* luego de la semana 20 del embarazo.

2. Pacientes con hipertensión arterial y proteinuria (antes de la semana 20) que presenta uno de los siguientes:

a. Incremento de la proteinuria basal. (25% de los casos).

b. Elevación de la presión arterial en pacientes que previamente se encontraban compensadas.

3. Pacientes con hipertensión arterial crónica (antes de la semana 20) que desarrolla *trombocitopenia* o *anemia hemolítica microangiopática* o incremento de las *enzimas hepáticas (SINDROME DE HELLP)*.

Hipertensión gestacional:

Se define como el desarrollo de hipertensión sin proteinuria significativa durante la segunda mitad del embarazo en paciente previamente normotensa. La frecuencia es de 6% a 17% en nulíparas y de 2% a 4% en multíparas.

Puede evolucionar a una preeclampsia (46%), especialmente si aparece antes de las 30 semanas. Se puede reclasificar en dos categorías posterior al embarazo:

1. **Hipertensión transitoria:** Si se normaliza la presión arterial luego de la resolución del embarazo, en un período menor a 6 semanas de puerperio.

2. **Hipertensión crónica:** Paciente persiste con hipertensión arterial luego de 6 semanas del puerperio.

Preeclampsia - Eclampsia

Tiene una frecuencia de 2% a 15% del total de embarazos. Se define como un síndrome exclusivo del embarazo en pacientes con edad gestacional *mayor o igual a 20 semanas*. Solo se ha identificado casos de preeclampsia con menos de 20 semanas en pacientes con enfermedad molar, hidrops fetal y embarazo múltiple.

Se divide en dos grupos:

✧ **Preeclampsia MODERADA:**

Presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o *diastólica* ≥ 90 mmHg que ocurra después de 20 semanas de gestación en mujer previamente normotensa, *sin evidencia de daño a órgano blanco*.

Considerar también cuando la *Presión Arterial Media (PAM)* se encuentra entre 106-125mmHg.

Proteinuria significativa que se define como excreción de 300 mg o más de proteínas por litro en orina de 24 horas o 1 cruz (+) en cinta reactiva en 2 tomas con un intervalo de 4 horas, en ausencia de infección del tracto urinario o sangrado.

✧ **Preeclampsia GRAVE:**

Se realiza el diagnóstico en pacientes con *hipertensión arterial y proteinuria significativa* que presentan uno o más de los siguientes criterios de *daño a órgano blanco*:

Presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o *diastólica* ≥ 110 mmHg y/o *Presión Arterial Media* ≥ 126 mmHg.

Proteinuria ≥ 5 gr en orina de 24 horas o en cinta reactiva ≥ 3 cruces (+++).

Oliguria menor a 500 ml en 24 horas o creatinina ≥ 1.2 mg/dl.

Trombocitopenia menor a 100,000 mm^3 o evidencia de *anemia hemolítica microangiopática* (elevación de LDH mayor a 600 U/L).

Elevación de enzimas hepáticas TGO o TGP o ambas mayor o igual 70 UI.

Síntomas neurológicos: cefalea fronto occipital persistente o síntomas visuales (visión borrosa, escotomas), tinnitus o hiperreflexia.

Edema agudo de pulmón o cianosis

Epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho.

Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Eclampsia

Se define como la ocurrencia de *convulsiones* en el embarazo, parto o puerperio en pacientes con pre eclampsia y que no son explicadas por otra etiología; un 16% ocurren hasta 48 horas posteriores al parto.

Aunque el *síndrome de HELLP* no ha sido incluido en la clasificación de ACOG y del Working Group, recordemos que esta entidad no ha sido independizada.

Diabetes Gestacional:

Enfermedad metabólica caracterizada por hiperglicemia resultante de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas. La hiperglicemia crónica de la diabetes está asociada a lesiones, disfunción y fallo de varios órganos, especialmente de los ojos, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos.

Diabetes gestacional. Tipo de intolerancia a la glucosa que aparece por primera vez durante el embarazo, a partir de las 24 semanas de gestación. No excluye la posibilidad de una intolerancia a la glucosa no reconocida que se haya iniciado antes o al principio de la gestación.

CLASIFICACIÓN

- ✓ Diabetes Mellitus en el Embarazo
- ✓ Diabetes Mellitus Preexistente insulino dependiente en el embarazo
- ✓ Diabetes Mellitus Preexistente no insulino dependiente en el embarazo
- ✓ Diabetes Mellitus que se origina en el embarazo.

Clasificación etiológica de la Diabetes Mellitus (DM):

Diabetes Mellitus tipo 1 (DM tipo 1): las células beta se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulinoterapia es necesaria para que el paciente sobreviva.

Diabetes tipo 2 (DM tipo 2): se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante.

ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

1) Medir GPA, A1C, o glucemia al azar en todas las mujeres embarazadas antes de las 24 semanas de embarazo.

a) Si los valores obtenidos de glucosa de ayuna o al azar y A1C indican DM según criterios estándar: tratar y dar seguimiento como diabetes pregestacional.

b) Si los resultados no son diagnósticos de DM y la glucosa de ayuna es > 92 mg/dL pero menos de 126 mg/dL, diagnosticar como diabetes gestacional

c) Si la glucemia de ayuna es < 92 mg/dL buscar diabetes gestacional haciendo PTOG 2 horas

entre las 24 y 28 semanas de gestación.

2) Diagnostico de DMG a las 24-28 semanas de gestación

a) Realizar una PTOG 2 horas en todas las mujeres en las que previamente no se encontró que padecieran de DM o DMG durante los monitoreos tempranos en el embarazo actual

b) Valores de corte para diagnóstico:

– Ayuno > 92 mg/dL

– 1 h > 180 mg/dL

– 2 h > 153 mg/dL

c) Interpretación de los resultados:

c.1) Diabetes clínica si GPA es > 126 mg/dL

c.2) DMG si uno o mas de los resultados exceden los valores de corte

c.3) Normal si todos los resultados de la PTOG no exceden los valores de corte

c.4) En mujeres con factores de alto riesgo para diabetes, si la PTOG resultara normal, repetirla a las 32 – 34 semanas de gestación.

3) Reevaluar a las pacientes con diagnostico de diabetes gestacional a 6-12 semanas postparto con los criterios de diagnóstico estándar y reclasificar:

a) Normal

b) DM tipo 1 o DM tipo 2.

c) Prediabetes (glucosa de ayuna alterada, intolerancia a la glucosa, A1c 5.7%-6.4%).

FRACASO DE LA INDUCCIÓN

Los medicamentos para la inducción de trabajo de parto siempre tienen riesgo de complicaciones, siendo la más frecuente la hiper-estimulación uterina, que puede

presentarse como taquisistolia, con más de cinco contracciones en un período de 10 minutos, contracciones de más de 90 segundos de duración o un incremento en el tono uterino basal.

La reducción del flujo sanguíneo en el espacio intervelloso asociado con la hiperestimulación acaba dando lugar a una reducción en el aporte de oxígeno al feto, lo que se manifiesta por la aparición de desaceleraciones tardías de la frecuencia cardíaca fetal.

En este caso la perfusión de oxitócicas debe ser suspendida de inmediato. Si existe evidencia de compromiso fetal, deberían instituirse medidas de reanimación intrauterina, incluyendo la administración de oxígeno y la colocación de la paciente en decúbito lateral izquierdo, sin embargo, si el compromiso vital del feto continua igual a pesar de estas medidas, entonces se procederá a terminar el embarazo por vía cesárea.

Vigile siempre:

La frecuencia cardiaca fetal por la posibilidad de desarrollar sufrimiento fetal agudo.

La salida de líquido amniótico vía vaginal por la posibilidad de ruptura de membranas o la aparición de líquido amniótico meconial que nos indique un sufrimiento fetal.

El trabajo de parto auxiliado con el partograma.

Si las membranas están íntegras, el cuello uterino dilatado y borrado, realice amniotomía y valore el estado del líquido amniótico y progresión del trabajo de parto.

Si no hay trabajo de parto efectivo, conduzca con solución de Ringer más oxitocina y vigile evolución.

Si no progresa el avance de la dilatación, borramiento del cuello y el descenso de la presentación en 2 horas, confirme diagnóstico de parto obstruido.

Si el cuello uterino está totalmente dilatado pero no hay descenso de la presentación en el periodo expulsivo, piense en diagnóstico de parto obstruido, o desproporción céfalo pélvico.

Si se confirma parto obstruido o desproporción céfalo pélvica adquirida, realice operación Cesárea.

Descartar enfermedades agregadas.

Causas fetales:

COLOCACIONES VICIOSA

a. Situación transversa

Es una situación distócica por excelencia, en este caso el feto ubica su diámetro mayor perpendicularmente (o sea en forma transversal) frente al diámetro mayor (longitudinal) del útero. Exactamente, con suma frecuencia la situación es más bien oblicua que transversa, con uno de los polos (habitualmente el cefálico) más descendido que el otro (pelviano). De este modo se establece una acentuada desproporción entre el feto colocado de tal manera y la pelvis, pues aquel adquiere un volumen excesivo frente a ésta, constituyéndose así el franco carácter distócico señalado.

La situación transversa durante el embarazo puede cambiar espontáneamente a longitudinal antes del parto, sin embargo, si este acontecimiento no ocurre, entonces la conducta para la extracción del feto es operación cesárea.

b. Presentación pelviana

Cuando el polo caudal del feto esta en relación directa con el estrecho superior de la pelvis. Existen dos modalidades diferentes: pelviana completa y pelviana incompleta.

- *Pelviana completa:* conserva su apilotamiento con los muslos flexionados sobre la pelvis y las piernas muy flexionadas sobre los muslos.
- *Pelviana incompleta:* se presenta con los miembros inferiores extendidos como férulas o tablillas por delante del tronco.

La presentación pelviana tenía una tasa de morbilidad materna-perinatal muy elevada, hasta el comienzo de este siglo que se conoció el resultado del primer estudio realizado en una población de mujeres con feto único de término y en presentación pelviana, obteniendo como resultado una reducción significativa del riesgo de morbilidad perinatal en un grupo de cesáreas programadas (electiva).

En caso de que la paciente se encuentre en trabajo de parto, se procederá a realizar las maniobras obstétricas clásicas, pero ante el fracaso de las maniobras se recolocará al feto hacia arriba en la vagina y se realizará una cesárea de emergencia.

c. Modalidades de presentación cara

Es aquella se ofrece al estrecho superior en actitud de deflexión máxima, esta deflexión de

la cabeza es acompañada por una lordosis pronunciada de la columna cervicodorsal; luego la deflexión no es parcial, sino generalizada por lo que puede decirse gráficamente que el feto este opistótonos.

Estudios recientes han demostrados que la morbimortalidad perinatal es mayor que en las presentaciones de vértice, teniendo en cuenta que el trabajo de parto es más largo y los desgarros perineales son más frecuentes, debido a que la circunferencia del encajamiento exige mayor distensión del canal, y por la compresión del polo cefálico origina hemorragia meníngea al feto.

El diagnóstico se realiza durante el trabajo de parto, al realizar el tacto, la característica de la presentación es cuando se palpa el mentón y la glabella, y a la vez dos saliencias blanduzcas como nalgas, que son las mejillas.

Debido al riesgo de enclavamiento, hemorragia meníngea y una morbimortalidad materno-fetal elevada se decide realizar cesárea.

d. Presentación frente

Es de pronóstico grave y desfavorable, que todas las presentaciones cefálicas, teniendo en cuenta el gran peligro que es el enclavamiento, callejón sin salida que anula la progresión, cumple todo su mecanismo en una actitud de moderada a mediana deflexión con la gran fontanela situada en la vecindad del centro del estrecho superior.

Dada la gravedad de esta presentación, la única conducta a seguir es la cesárea abdominal.

e. Fetos múltiples

Es el desarrollo simultáneo de varios fetos, teniendo en cuenta, que la especie humana es unípara por excelencia, por lo tanto, todo embarazo múltiple debe ser considerado patológico. Su mortalidad es cuatro veces mayor que en los embarazos únicos, la frecuencia de aborto es de 2-3 veces mayor que en los embarazos con fetos únicos.

Conducta a seguir

La forma de terminación del parto varía según la ubicación de los gemelos para eso tener en

cuenta presentación y situación de ambos fetos.

Si el primer feto se encuentra en:

- situación transversa se realizará cesárea. Ante esta eventualidad se haya contraindicado todo intento de versión.
- Presentación cefálica o pelviana: se seguirá a conducta mencionada para el embarazo único.

Si el segundo feto se encuentra en:

- cefálico: parto vaginal
- Pelviano: algunos realizan parto por vía vaginal otros intentan una versión externa bajo control ecográfico en tiempo real, en caso de ser gemelos biamnióticos de saco íntegro.
- Situación transversa: se intentara rotarlo por medio de maniobras externas a longitudinal, de ser imposible se realizará versión interna y gran extracción pelviana.

La intervención cesárea en embarazo gemelar también está indicada en caso de prociencia de cordón, que es la eventualidad más frecuente,

MACROSOMIA FETAL

Cuando el peso del producto al nacer es mayor de 4,000 gr. En caso de estos fetos grande la distocia puede surgir no solo porque la cabeza del feto sea mayor sino porque a medida que aumenta el peso es más duro y difícil de moldear. También se puede suscitar distocias por la retención de uno de los hombros.

Los fetos macrosómicos puede provocar diversas anomalías durante el trabajo de parto o fuera de él, como ser: prolongación de la fase activa del trabajo de parto, fase de desaceleración prolongada y descenso lento de la presentación fetal.

VITALIDAD FETAL COMPROMETIDA

a. Sufrimiento fetal agudo

Perturbación metabólica por disminución de los intercambios feto materna, de evolución rápida, que altera la homeostasis fetal y puede provocar modificaciones tisulares

irreparables o la muerte del feto. Los mecanismos fisiopatológicos mejor conocidos de este complejo son la hipoxia y la retención de hidrogeniones (acidosis), es más frecuente durante el trabajo de parto y es de instalación relativamente rápida y en la mayoría de los casos es la consecuencia de una distocia de la contractilidad uterina.

El tratamiento del Sufrimiento fetal agudo debe estar destinado a corregir las alteraciones del intercambio fetomaterno para mejorar el aporte de oxígeno al feto a la vez que se favorece la eliminación de catabolitos ácidos. Cuando el Sufrimiento fetal agudo persiste o sus causas no pueden corregirse, se debe extraer el feto mediante el procedimiento cesárea.

b. Retardo del crecimiento fetal intrauterino

El Colegio Americano de Ginecología (ACOG), lo define como aquella condición en la que el feto posee una estimación de peso menor al percentil 10, para una determinada edad gestacional.

El estándar de oro para el diagnóstico y evaluación del Retardo del crecimiento fetal intrauterino es la biometría ultrasonográfica, que consiste en las mediciones del diámetro biparietal, circunferencia de la cabeza, circunferencia abdominal, y longitud del fémur.

Por lo cual, ya teniendo en cuenta el estándar para el diagnóstico, se evaluará los criterios para la interrupción del embarazo, los cuales son:

- Doppler con flujo diastólico ausente o reverso en arteria umbilical.
- Perfil biofísico alterado.
- Oligoamnios absoluto
- Patología materna que condicione interrupción, (síndrome hipertensivo, diabetes mellitus, anemia y otras)

Sin embargo, al haber ausencia de contraindicaciones para intentar el parto vaginal, se realiza inducción oxitócica monitorizada, ya que la cesárea electiva no disminuye necesariamente la morbimortalidad perinatal.

Causas feto-maternas

DESPROPORCIÓN FETOPÉLVICA

La desarmonía fetopélvica conocida también como desproporción feto-pélvica o céfalo-pélvica, es imposibilidad del parto por vía vaginal, cuando el conducto pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto, ya sea por disminución de las dimensiones de la pelvis en relación a un determinado feto (estrechez pélvica) o bien porque el volumen parcial o total del feto resulte excesivo para una determinada pelvis. Es decir, hay una pérdida de la relación armoniosa fetopélvica y esto es indicación de cesárea.

Se dice que hay desproporción cefalopélvica si se presenta:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal, con buena actitud.
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (hidrocefalia). O con mala actitud.
- Pelvis y feto normales con relaciones fetopélvica ajustadas, después de una prueba de trabajo de parto fracasada.

Una vez diagnosticada la desproporción cefalopélvica la conducta a seguir es la extracción del feto por vía cesárea.

PARTO DETENIDO

Trabajo de parto obstruido o detenido es cuando la embarazada después de estar en trabajo de parto efectivo que ha provocado modificaciones cervicales y avance en el proceso de encajamiento y descenso de la presentación, tiene como resultado el progreso insatisfactorio o no-progresión del trabajo de parto (no progresa ni el borramiento ni la dilatación del cuello uterino y no hay descenso de la presentación), ya sea por alteraciones en la contractilidad uterina (dinámica) o por desproporción céfalo pélvica o por presentaciones viciosas (mecánicas).

Etiología:

- Desproporción cefalopélvica (incompatibilidad feto-pélvica).
- Presentación viciosa. Ej. Cara-frente.
- Situación y presentación fetal anómala (situación transversa, presentación pélvica compuesta).
- Ayuno prolongado.
- Distocias de partes blandas (Tumores anexiales).

- Distocias cervicales.
- Distocias de contracción.

Causas ovulares

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERTADA

Es el desprendimiento parcial o total, antes del parto de una placenta insertada en su sitio normal, en el fondo del útero, que puede tener grandes consecuencias para el feto y para la madre. la hemorragia propia del desprendimiento prematuro de placenta se filtra entre las membranas y el útero, y luego escapa por el cuello uterino y causa hemorragia externa.

La operación cesárea abdominal se realiza en caso de:

- Trabajo de parto detenido sin dilatación cervical feto muerto o vivo, realizar cesárea.
- Cérvix uterino desfavorable, para el trabajo de parto (cerrado, firme, y grueso) con feto muerto o vivo.
- Conducción del trabajo de parto fallida en feto muerto o vivo.
- Existencia de signos de compromiso de bienestar fetal, disminución de los movimientos fetales, frecuencia cardiaca fetal mayor de 160 o menor de 120 latidos por minuto y no se espera el nacimiento por vía vaginal.
- Si hay sangrado genital activo, acompañado de dolor, agravamiento del estado de la paciente, shock o peligro de muerte fetal.

PLACENTA PREVIA

Es un proceso caracterizado anatómicamente por la inserción de placenta en el segmento inferior del útero, y clínicamente por la hemorragia de intensidad variable. La hemorragia, aunque es frecuente, puede o no presentarse en el proceso.

Ubicación de la placenta:

- *Lateral*: cuando se inserta en el segmento inferior (tercio inferior del útero), a una distancia del orificio interno del cuello inferior a 10 cm y sin llegar al mismo.
- *Marginal*: cuando el reborde placentario alcanza el margen del orificio cervical.
- *Oclusiva parcial o central parcial*: cuando la placenta ocupa solo parcialmente el área del orificio cervical al inicio de su dilatación.

- *Oclusiva o central total*: cuando se implanta sobre el área cervical, obturando al orificio.

Conducta a seguir

- Si la placenta es baja o marginal y existe dilatación cervical avanzada, realizar amniotomía y esperar el nacimiento por vía vaginal.
- Si la placenta es baja o marginal y cuello uterino no favorable, para el trabajo de parto y existe o no sangrado, practicar operación cesárea.
- Si la placenta previa es total, practicar cesárea

PROCIDENCIA DE CORDÓN

Normalmente el cordón se encuentra apelotonado en el hueco que forma la cara ventral del feto, que es cóncava en la actitud de flexión y está limitada por los miembros flexionados. Cuando el cordón desciende por debajo de la presentación estamos frente a una procidencia.

Se describen 3 grados de la emigración extraovular de la procidencia:

1. *Intrauterino*: cuando el cordón no franquea el orificio externo del cuello.
2. *Intravaginal*: cuando habiendo llegado a la vagina no asoma por la vulva.
3. *Extravulvar*: cuando sale de los genitales hacia el exterior

Causas:

- *Maternas*: multiparidad, encajamiento tardío, flacidez uteroabdominal, mala acomodación, tumores y desviaciones del útero.
- *Fetales*: feto pequeño, presentaciones atípicas.
- *Anexiales*: placenta previa, hidramnios
- *Dependientes del obstetra*: modo de romper la bolsa, rechazo de la cabeza con el fórceps.

Conducta a seguir:

1. Con feto vivo y maduro:

- Con dilatación incompleta del cuello, operación cesárea.
- Dilatación completa y situación transversa, cesárea.

- Dilatación completa o de nalgas por encima del plano III de Hodge, cesárea.
- Dilatación completa y presentación cefálica encajada, aplicar fórceps.
- Dilatación completa y presentación de nalgas encajada, realizar la extracción pelviana.

2. *Con feto muerto:*

Se deja evolucionar el parto espontáneamente ya que la madre no corre peligro.

Complicaciones de la cesárea

Complicaciones anestésicas:

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

En la actualidad, la principal técnica para el alivio del dolor en el trabajo de parto, la más eficaz e inocua, es la anestesia epidural, existiendo con ella complicaciones maternas y fetales mínimas. no obstante, pueden aparecer:

- ✓ Hipotensión
- ✓ Cefalea postpunción dural
- ✓ Bloqueo incompleto
- ✓ Inyección intravascular
- ✓ Hematoma
- ✓ Absceso epidural
- ✓ Meningitis química
- ✓ Anestesia espinal total,
- ✓ Complicaciones neurológicas
- ✓ Pirexia materna.

Cuando se emplea la analgesia subdural o bloqueo raquídeo los efectos secundarios son más frecuentes, entre ellos aumenta la incidencia de hipotensión, de cefaleas post punción y puede aparecer prurito cuando se administran opiáceos.

Menos frecuentes son cuadros graves como son la parada cardiorrespiratoria o el síndrome

de aspiración pulmonar del contenido gástrico (Síndrome de Mendelson).

Otra complicación es la *cefalea tras punción dural*. Es una complicación que ocurre al puncionar la duramadre en el curso de una anestesia intradural o epidural. La pérdida de líquido cefalorraquídeo produce vasodilatación intracerebral, que a su vez produce cefalea.

Complicaciones quirúrgicas:

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

Factores de riesgo:

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

Lesiones de tracto urinario.

La lesión vesical (0.3%) es más frecuente en cesáreas repetidas y durante una cesárea-histerectomía. Se suele identificar inmediatamente, en el curso de la intervención. Se recomienda reparar la lesión con 2 capas y dejar un sondaje vesical prolongado.

Lesiones intestinales.

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

Lesiones nerviosas.

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

COMPLICACIONES INFECCIOSAS:

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

La cesárea tiene entre 5 y 20 veces más riesgo de infección que el parto vaginal. Las complicaciones infecciosas después de una cesárea incluyen: fiebre, infección de la herida quirúrgica y del tracto urinario, endometritis, bacteriemia e infecciones severas (absceso pélvico, tromboflebitis pélvica séptica y shock séptico).

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

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

- **Enfermedad tromboembólica:** Poco frecuente durante el embarazo ,la tromboembolia venosa es una de las principales causas de muerte materna en el mundo desarrollado, el riesgo de trombosis venosa profunda es entre 3 y 5 veces superior después de una cesárea que después de un parto vaginal. Además, el parto por cesárea particularmente si es emergente, incrementa el riesgo de embolia pulmonar letal más de 10 veces en relación con el parto vaginal. Sin embargo, el riesgo de trombosis puede atenuarse con la administración profiláctica de heparina, sobre todo en pacientes de riesgo por historia familiar, personal o predisposición genética.

Complicaciones Hemorrágicas:

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

en la parturienta.

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

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

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

TONO: La atonía uterina aparece ante:

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

TEJIDO.

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

TRAUMA.

- Desgarro en canal blando del parto (parto precipitado, parto operatorio).
- Desgarro en cesárea (malposición fetal, gran encajamiento).
- Rotura uterina (cirugía previa).
- Inversión uterina (gran paridad, placenta fúndica).

TROMBINA. Alteraciones de la coagulación:

- Previas a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand.
- Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopenia idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la preclamsia, la

muerte intraútero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico).

- Anticoagulación terapéutica.

La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP, está implicada en más de la mitad de los casos y es responsable del 4% de las muertes maternas.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Área de estudio:

El Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nuevo Amanecer, de Bilwi. Este Hospital que cuenta con los servicios de Emergencia, Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Ginecoobstetricia, como propios y especialidades por consulta externa como Endoscopia, Cirugía plástica, ortopedia, otorrinolaringología y cardiología. Cobertura de población.

Tipo de estudio:

Estudio Observacional, Cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal

Universo:

El universo está conformado 345 pacientes a quienes se le realizo cesárea durante el periodo Febrero a Julio del 2016.

Muestra tamaño:

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	345
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	183
80%	112
90%	152
97%	200
99%	228
99.9%	262
99.99%	282

Ecuación

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

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abierto SSPropor

La muestra corresponde a 183 pacientes

Tipo de muestreo:

Probabilístico aleatorio simple seleccionando ala azar todos los expedientes.

Criterios de inclusión:

- Toda paciente que se le haya realizado cesárea independientemente su indicación durante el periodo en estudio.
- Todas las pacientes hayan presentado complicaciones inmediatas ya sea en el transquirurgicas o las primeras del puerperio.
- Todas las pacientes que tengan expediente clínico completo.

Criterios de exclusión:

- Expedientes clínicos incompletos.

Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de la información

Se procederá en un inicio, a buscar información pertinente del tema para ver la importancia del mismo, siempre dentro de las líneas de investigación de la Facultad y de la Universidad, posteriormente, se solicitó a las autoridades del Hospital Nuevo Amanecer, de Bilwi por medio de una carta para obtención del listado de los pacientes Se explicó el objetivo del estudio y el procedimiento de la investigación, posteriormente, se procedió a la recolección de la información pertinente a través del instrumento previamente elaborado y validado.

Obtención de la información

La fuente de información fue secundaria, a través de la revisión de expedientes clínicos valorando todos los datos pertinentes en relación al estudio.

El instrumento utilizado para este estudio fue una ficha de recolección de la información, que contendrá una serie de preguntas. Dicho instrumento será elaborado según los objetivos del estudio, para ello constará de los siguientes acápite:

- características sociodemograficas
- Antecedentes Ginecoobstetricos
- Indicaciones para realización de cesárea
- Complicaciones de las cesáreas realizadas

Variables en estudio:

Objetivo no.1:

Caracterizar a las pacientes de acuerdo a sus factores sociodemográficos.

- ❖ Edad
- ❖ Escolaridad
- ❖ Procedencia
- ❖ Etnia
- ❖ Situación laboral

Objetivo no.2:

Describir los antecedentes ginecobstétricos de las pacientes.

- ❖ Gesta
- ❖ Paras
- ❖ Aborto
- ❖ Cesárea anterior
- ❖ Legrado
- ❖ Período intergenésico
- ❖ Semanas de gestación
- ❖ Controles prenatales.

Objetivo no.3:

Mencionar las principales indicaciones maternas, fetales y ovulares de las cesáreas.

- ❖ Distocias oseas
- ❖ Distocia de partes blandas
- ❖ Antecedentes patológicos sistemicos maternos.
- ❖ Colocaciones viciosas Vitalidad fetal comprometida
- ❖ Causas Ovulares.

Objetivo no.4:

Identificar las complicaciones transquirurgicas y postquirúrgicas inmediatas.

- ❖ Complicaciones de las cesáreas.

	Definición operacional	Indicador	Valor
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento del ingreso a la unidad hospitalaria.	Años	≤ 15 años 15-20 21-25 26-30 31-35 >35
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado por la madre hasta el momento de la intervención.	Grado académico	Iletrada Primaria Secundaria Universitario
Procedencia	Término que designa el origen, el comienzo de una persona y del cual entonces procede	Origen de donde proviene la persona	Urbano Rural
Etnia	Personass que tienen rasgos culturales	Raza	Miskitu Mayagna Mestizo Criollo
Situación Laboral	Situación laboral de la persona	Trabajo	Trabajo si Trabajo no
Gesta	Número de embarazos que ha tenido la paciente.	Tipo de gesta	Primigesta. Multigesta.

Paridad	Número de hijos nacidos por vía vaginal posterior a las 22 semanas de gestación.	Tipo de para	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara
Aborto	Número de embarazos que no logran maduración y se expulsan antes de las 22 semanas de gestación	Antecedente de aborto	Si. No.
Cesárea.	Extracción de un producto de la concepción por vía abdominal mayor a las 22 semanas de gestación y con peso mayor a 500gr.	Antecedente	Si. No.
Período Intergenésico	Período cumplido desde la finalización del último embarazo hasta el inicio del otro.	Meses	No aplica Menor o igual de 18 meses Mayor de 18 meses
Semana de gestación	Duración del embarazo desde la concepción al nacimiento.	Semanas	22<27 semanas 27< 37 semanas 37<41 semanas > 42 semanas
Controles prenatales	Número de visitas médicas programas para el seguimiento del desarrollo del embarazo.	Número de controles	0 1- 2 3-4 5 o Más.
Distocias óseas	Son aquellas vinculadas con alguna anomalía de la pelvis: tamaño, forma o	Presencia	-Estrechez pélvica. -Pelvis asimétrica o deformada.

	inclinación.		-Tumores óseos de la pelvis. -Otras.
Distocia de partes blandas:	Son aquellas vinculadas con alguna anomalía en el útero y canal de parto el cual dificultaría el descenso del producto durante el trabajo de parto.	Presencia	-Malformaciones congénitas. -Malformaciones uterinas o vaginales. -Prolapso -Tumores -Cirugías previas (Cesárea anterior). -Distocia de inducción. -Otros.
Antecedentes patológicos sistémicos maternos.	Son aquellas enfermedades sistémicas que padece la madre e influyen en el curso del embarazo.	Presencia	-SHG. -Nefropatía. -Tuberculosis grave. -Asma bronquial. -Diabetes Gestacional. -VIH -Otros.
Colocaciones viciosas	Son aquellas en las que la posición, situación y presentación fetal influyen en la vía de nacimiento.	Presencia	-Situación transversa. -Pélvico -Frente -Cara. -Otros.

			-Macrosomia Fetal
Vitalidad fetal comprometida	Es la situación en la que la vitalidad del bebe está en riesgo y que la única forma de evitarlo, es por vía cesárea.	Presencia	SFA SFC RCIU Enfermedad hemolítica grave Muerte habitual del feto. Otros.
Causas Materno-Fetales	Es aquella situación en la que se indica cesárea por patología materno y causa fetal.	Presencia	-Desproporción feto pélvico. -Parto detenido
Causas Ovulares	Es aquel en la cual las características de la placenta son causa de cesárea.	Presencia	Placenta Previa. DPPNI. Procidencia del cordón. Otros.
Complicaciones Transquirurgicas	Son aquellas que se presenta durante la inducción anestésica, el transoperatorio.	Presencia	Hipotonía uterina Atonía Uterina Trombo embolismo del líquido amniótico. Prolongación de Histerotomía Lesión a órganos cercanos. Hipoventilación. Broncocontriccion. Otros.
Complicaciones	Es aquel evento que se	Presencia	HPP

Inmediatas	presenta en las primeras 24 horas de puerperio quirúrgico de los pacientes,		Atonía Hipotonía Uterina Hematoma Ileoparalítico Anemias sintomática Dehiscencia de herida quirúrgica. Otros.
-------------------	---	--	---

Métodos de recolección de datos:

Plan de tabulación y análisis:

A partir de los datos que se recolectaron, se diseñó la base de datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 20 para Windows. Una vez que se realizó el control de calidad de los datos registrados, se elaboraron los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables cuantitativas y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizaron los análisis descriptivos y analíticos correspondientes a las variables nominales y/o numéricas, entre ellos: (a) El análisis de frecuencia y (b) estadísticas descriptivas según cada caso. Además, se realizaron gráficos del tipo: (a) pastel o barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, (b) barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano.

Aspectos Éticos

La información que se recolectó fue para fines académicos, se obviaron los nombres de las pacientes y se tendrá toda la discreción en cuanto a la revisión de los expedientes clínicos.

VIII. RESULTADOS

Estudio sobre indicaciones y complicaciones inmediatas de cesáreas realizadas a pacientes que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016. Se obtuvo una muestra de 183 pacientes:

Características sociodemograficas

En cuanto a la edad se encontro la de mayor prevalencia entre 16-20 años con un 26.8%(49), seguido de 23%(42) entre 21-25 años y 26-30 años respectivamente, entre 31-35 años 13.1%(24) y en menor frecuencia con 7.7%(14) menor de 15 años. (Ver anexo Tabla 1)

Con respecto a la escolaridad se encontro que el mayor porcentaje tienen secundaria aprobada con un 46.4%(85), seguido de primaria 34.4%(63), universitaria 15.3%(28) y las mujeres que son iletriadas representan el 3.8%(7). (Ver anexo Tabla 1)

Dentro de la procedencia se encontro que la mayoría son de zona urbano con un 59.6%(109) y rural 40.4%(74). (Ver anexo Tabla 1)

En las etnias que mas predominaron se encontro que el Miskitu prevalecion con un 64.5%(118), seguido de Mestizo 28.4%(52), Mayagana 3.8%(7) y criollo 3.3%(6). (Ver anexo Tabla 1)

En la situación laboral el 58.5%(107) Trabaja y el 41.5%(76) no trabaja. (Ver anexo Tabla 1)

Antecedentes Ginecoobstetricos

En cuanto a las gestas se encontro que el 62.3%(114) eran multigestas y el 37.7%(69) primigestas, dentro de las paras se encontro que el 39.3%(72) eran Nulípara, seguida de 30.1%(55) múltiparas, primiparas 26.8%(49) y Gran Múltipara 3.8%(7). (Ver anexo Tabla 2)

Dentro del antecedente de aborto se encontro que el 89.6%(159) no ha presentado ningun aborto y el 13.1%(24) han tenido entre 1 a dos abortos, de igual manera el 69.9%(128) no tiene antecedente de cesárea y el 30.1%(55) han tenido cesareas anteriores. (Ver anexo Tabla 2)

Datos Ginecobstétricos actuales

El 49.2%(90) tenían un periodo intergenésico mayor de 18 meses, seguido de un 39.3%(72) que nunca habian estado embarazadas y el 11.5%(21) que tenían un periodo menor de 18 meses. (Ver anexo Tabla 3)

En la edad gestacional se encontró que el 87.4%(160) tenían entre 37-41 semanas, seguido de 9.3%(17) entre 27-37 semanas, 2.7%(5) mayor de 42 semanas y 0.5%(1) entre 22-27 semanas. (Ver anexo Tabla 3). El mayor porcentaje de acuerdo al número de controles prenatales se encontro entre 3-4 controles con un 69.4%(127), seguido de 5 a más controles con 23%(42), entre 1-2 controles 7.1%(13) y las que no tenían nignun control prenatal 0.5%(1). (Ver anexo Tabla 3)

Indicaciones de las cesáreas

En las indicaciones de las cesáreas se encontro que las cesáreas anteriores ocupan las de mayor prevalencia con 30.6%(56), seguido de Sufrimiento fetal agudo con 19.7%(36), Preclampsia moderada y grave 12.6%(23), ologohidramnio severo 9.3%(17), Situación viciosa 6%(11), Trabajo de parto detenido y desproporción cefalopevica 4.9%(5), Distocia de partes blandas 3.8%(7), Condilomatosis vulvar 3.3%(6), Macrosomia fetal y Emabrazo gemelar 2.7%(5). (Ver anexo Tabla 4).

Complicaciones de las cesáreas

En las complicaciones se encontro que el 93.4%(171) que se les realizo cesárea no presentaron ninguna complicaciones, el 4.4%(8) presento Hemorragia posparto y el 2.2%(4) Hipotonia uterina. (Ver anexo Tabla 5)

IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Según la literatura científica las edades de alto riesgo están asociadas al uso de cesáreas, es decir pacientes menores de 20 años y pacientes mayores de 35 a 40 años, coincidiendo con el presente estudio que refiere que las edades más frecuentes se encuentran entre los 16 a 20 años.

A pesar de los múltiples esfuerzos que realiza el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) mediante el Ministerio de Educación (MINED) en el campo de la educación, existen zonas que aún con bajo nivel educativo. Sin embargo en el presente estudio por ser pacientes bastante jóvenes el nivel educativo está acorde a la edad, siendo las cifras de iletradas muy bajo según el informe de ENDESA 2011/2012.

El hospital nuevo amanecer del municipio de Bilwi tiene una población bien mezclada hay zonas céntricas urbanas y zonas rurales, por lo que no es de extrañar que se encuentren bien identificado ambos grupos. Según algunos estudios ser de zonas rurales es un factor de riesgo a presentar complicaciones por cesarea esto pueda deberse a la falta de acceso o visitas oportunas (CPN) a la embarazada.

Existen pocos estudios en relación a la etnia Miskitu, es de entender que la zona de Bilwi es mayoritariamente de presencia Miskitu según lo refiere ENDESA 2011/12, eso permite comprender la distribución geográficas de las etnias establecidas en el país.

Según la literatura el embarazo en adolescente es un factor que dificulta el conseguir una condición laboral, sin embargo en el presente estudio más de la mitad posee una situación activa laboral.

Nicaragua posee la más alta tasa de embarazos en adolescente en la región centroamericana (UNFPA, 2017) señalando un sexualidad irresponsable, por lo que no es de extrañarse también que se encuentren datos de multigestas, sin embargo llama poderosamente la atención que en cuanto a los partos la mayoría era nulípara, es decir que dichas mujeres estuvieron embarazadas en varias ocasiones pero probablemente tuvieron una finalización inadecuada del embarazo, así lo reporta la cantidad de abortos que refiere el estudio, siendo algo contradictorio entre estas asociaciones.

De igual manera los datos en relación a los antecedentes de cesarea se explican ya que la mayoría eran nulipara, y por ende no había cesareas anteriores, sin embargo en aquellas que si tenían ese fue el motivo de realización del procedimiento quirúrgico.

A pesar que la mayoría referría tener un periodo intergenésico mayor de 18 meses, el abordaje y la indicación de cesarea era debido a cesarea anterior, contradiciendo un poco algunos estudios incluyendo el parto humanizado del Ministerio de Salud en el que se plantea que si existieran condiciones en mujeres con un periodo intergenésico largo se podría valorar el parto por vía vaginal, para reducir los índices del procedimiento quirúrgico cesárea.

La edad gestacional se encontró entre 37-41 semanas, es decir un embarazo a término. Esto es de importancia ya que se ve garantizado el principio de seguridad para la atención de las embarazadas.

Tanto en los estudios internacionales como nacionales la indicación de cesarea más frecuente es por cesarea anterior, como lo explica López, 2013 y Jenkins, 2015. Dicha situación es una discusión amplia en el sistema de salud ya que actualmente se encuentra en vigencia la norma de humanización del parto institucional, en donde plantea la oportunidad de que la mujer decida la manera de finalización de su embarazo ... *“Recibir información continua, completa y comprensible sobre la evolución del parto, así como de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que fueran necesarios, con sus ventajas e inconvenientes.”*

Las capacitaciones y educación permanente que el Ministerio de Salud realiza en el fortalecimiento de la prevención de la mortalidad materna fetal al personal de salud están brindando sus frutos, así lo reflejan los datos de este estudio que refiere que no se encontraron complicaciones en este procedimiento quirúrgico. A diferencia de estudios de años anteriores que referían un porcentaje de anemias y hemorragias posterior a la cesarea (Torrez, 2014)

X. CONCLUSIONES

En el estudio realizado sobre las indicaciones y complicaciones de las cesareas realizadas en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016. Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Dentro de las características sociodemográficas que más prevalecieron se encuentran mujeres en edades entre 16-20 años de escolaridad secundaria procedencia rural, etnia Miskitu y el mayor porcentaje no trabaja.
- En los antecedentes ginecoobstétricos se encontró que la mayoría son multigestas no tienen antecedente de aborto, ni legrado y un alto porcentaje no tenía cesárea anteriores, tenían un periodo intergenésico mayor de 18 meses, entre 37-41 semanas gestacionales y tenían entre 3-4 controles prenatales.
- En cuanto a las indicaciones de las cesáreas se encontró que el mayor porcentaje es por cesareas anteriores seguida de sufrimiento fetal agudo y preclampsia moderada y grave.
- La mayoría de las pacientes en estudio no tuvieron ninguna complicaciones, ni durante ni después de la cesárea, pero una parte presentó hemorragia posparto.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

- Continuar la actualización de las normativas que rigen la práctica médica en relación a la indicación cesárea como es el caso de: Protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas – Normativa 109.
- Supervisar y evaluar el cumplimiento de los criterios e indicaciones que fundamenten el procedimiento quirúrgico.
- Mejorar la calidad de atención prenatal para la detección y prevención precoz de los factores potencialmente modificables que puedan aparecer a lo largo del embarazo y que conlleven a cesárea.

Al Hospital Nuevo Amanecer-Bilwi

- Establecer medidas organizativas en torno a la indicación de cesárea, cuyo fin sea disminuir la tasa de cesáreas primarias a través de los medios que la institución considere conveniente, tales como parto fisiológico humanizado.
- Concientizar al personal correspondiente, sobre las complicaciones que conllevan las pacientes abordadas por cesárea.

A las embarazadas

- Que asistan de forma periódica y responsable a las consultas prenatales para un buen seguimiento.
- Sensibilizarse en salud sexual y reproductiva responsable, evitando factores de riesgo que puedan complicar el parto.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- F. Gary Cunningham, K. L. (2011). *Obstetria* . Mexico: Mc Graw Hill.
- Fuentes, M. G. (2009)). *Complicaciones de la Cesárea. Conferencia de Residencia 2009* . Granada, España.
- Jarquin, L. (2013). Bilwi: El Nuevo Diari.
- Jarquin, L. (2013). *incidencia de cesárea en el Hospital Nuevo Amanecer de Bilwi en periodo trianual* . Bilwi: El Nuevo Diari.
- Joyce A. Martin, M., Brady E. Hamilton, P., Michelle J.K. Osterman, M., Sally C. Curtin, M., & and T.J. Mathews, M. (2013). *Births: Final Data for 2013. Washington*:. Obtenido de National Vital Statistics Reports.
- López, E. (2013). *Indicaciones de Cesáreas ene le servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Humberto Alvarado Masaya*. Masaya.
- Roman, J. A. (2012). *Indicaciones más frecuentes de Cesárea*. México.
- Schawarcz, F. &. (2008). *Reducción de la frecuencia de la operación Cesárea*. México: IMSS.
- Torrez, A. (2014). *Beneficios de la cesárea para la madre o el feto en el Hospital Bertha Calderon Roque*. Managua.
- AIDS. (2006). *El VIH durante el embarazo, el parto y después del parto*. Rockville: AIDS-Info.
- Joyce A. Martin, M., Brady E. Hamilton, P., Michelle J.K. Osterman, M., Sally C. Curtin, M., & and T.J. Mathews, M. (2013). *Births: Final Data for 2013*. Washington: National Vital Statistics Reports.
- MINSA. (2013). *Normativa 109: Protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas*. Managua: MINSA.

- Nieves-Fernandez, D., Teulon Gonzales, M., & Aguilar Conesa, M. D. (2012). DESARROLLO DE ESTÁNDARES DE USO APROPIADO DE CESÁREA. *TAISS*, 17-54.
- O.P.S. (2012). *Las Cesáreas*. Managua: OPS.
- , O. M. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra: OMS.
- Schnapp, C., Sepulveda, E., & Robert, J. A. (2014). OPERACIÓN CESÁREA. *Revista Médica-Clinica Los Condes*, 987-991.
- Secretaría de Salud, D. G. (2004). *Cesárea Segura: Lineamiento técnico*. México: IMSS.
- Schawarcz, R., Fescina, R., & Duverges, C. (2008). *Obstetricia*. Buenos Aires : El Ateneo.
- MINSA. (2011). *Normativa 077: Protocolo para el abordaje de las Patologías más frecuente del Alto Riesgo Obstétrico*. Managua: MINSA.
- Jarquin, L. (23 de Septiembre de 2013). Tasa triplica lo recomendado por OMS: 56% de nacimientos son por cesárea. *El Nuevo Diario* , págs. 1-3.

XIII. ANEXOS

Instrumento para recolección de la información

Estudio sobre Indicaciones y complicaciones inmediatas de cesáreas realizadas a pacientes que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.

N. De expediente: _____ N. De ficha _____

I. Realice el siguiente formulario marcando con una “X” la opción que corresponde según los datos obtenidos del expediente clínico.

Ia. Antecedentes demograficos:

Edad. ≤15 años _____ 16-20 _____ 21-25 _____ 26-30 _____ 31-35 _____ >35 _____

Tipo de Escolaridad:

Ilustrada. _____ Primaria. _____ Secundaria. _____ Universidad. _____

Procedencia:

Urbano. _____ Rural. _____

Etnia.

Miskitu _____ Mayagna _____ Mestizo _____ Criollo _____ Otros _____

Trabaja: Si _____ No _____

Ib. Antecedentes Ginecobstétricos.

Tipo de Gesta.

Primigesta. Multigesta.

Tipo de Paridad.

Nulípara. Multípara.
 Primípara. Gran Multípara.

Antecedente de Aborto:

- Si No

Si se realizó Legrado.

Tipo de Legrado.

- LUI LUA

Antecedente de Cesárea:

- Si.
 No.

Período Intergenésico.

- Menor o igual a
18 meses.
 Mayor de 18
meses

Semanas de gestacion:

22<27 semanas_____

27< 37 semanas_____

37<41 semanas_____

> 42 semanas_____

Controles Prenatales:

0

1- 2

3-4

5 o más

Ic. Orientado a las indicaciones de la realizacion de la operacion cesarea:

Causas maternas:

Distocias oseas:

Estrechez pelvica_____ Pelvis asimetrica o deformada_____

Tumores oseos de la pelvis_____ Otros.(Especifique):_____

Distocias de partes blandas:

Malformaciones congenitas (Especifique)_____ Prolapso_____

Tumores de partes blandas_____ Cirugia previa (Especificar tipo)_____

Antecedentes patológicos sistemicos maternos:

SHG_____ Nefropatia_____ Asma bronquial_____ Tuberculosis grave_____

Diabetes gestacional_____ Otros. (Especifique)_____

Causa Fetales:

Colocaciones viciosas:

-Situacion transversa._____

-Pelvico_____

-Frente_____

-Cara.____

-Otros.____

-Macrosomia Fetal____

Vitalidad fetal comprometida:

-SFA____ SFC____ RCIU____

Enfermedad hemolitica grave____ Muerte habitual del feto.____ otros.____

Causas Ovulares:

Placenta Previa____ Procidencia del cordon.____ DPPNI.____ otros.____

Id. Complicaciones Transquirurgicas:

Hipotonia uterina____

Atonia Uterina____

Tromboembolismo del liquido amniotico.____

Prolongacion de Histerotomia____

Lesion a organos cercanos.____

Otros.____

Ie. Complicaciones Inmediatas.

HPP.____

Atonia.____

Hipotonia Uterina____

Hematoma____

Ileoparalitico____

Anemia sintomatica____

Dehiscencia de herida quirurgica____

Otros. (Especificar)____

Tablas y gráficos

Tabla 1. Características sociodemográficas de las paciente que se les realizó cesárea, en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.

n=183

Características Sociodemográficas			
		Frecuencia	Porcentaje
Edad	≤ 15 años	14	7.7%
	16-20 años	49	26.8%
	21-25 años	42	23%
	26-30 años	42	23%
	31-35 años	24	13.1%
	≥ 36 años	12	6.6%
	Total	183	100%
Escolaridad	Iletrada	7	3.8%
	Primaria	63	34.4%
	Secundaria	85	46.4%
	Universitario	28	15.3%
	Total	183	100%
Procedencia	Urbano	109	59.6%
	Rural	74	40.4%
	Total	183	100%
Etnia	Miskitu	118	64.5%
	Mayagna	7	3.8%
	Mestizo	52	28.4%
	Criollo	6	3.3%
	Total	183	100%
Trabajo	Si	76	41.5%
	No	107	58.5%
	Total	183	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 2. Antecedentes Ginecoobstétricos de las paciente que se les realizó cesárea en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.

n=183

Antecedentes Ginecoobstétricos			
		Frecuencia	Porcentaje
Gestas	Primigesta	69	37.7%
	Multigesta	114	62.3%
	Total	183	100%
Paridad	Nulípara	72	39.3%
	Primípara	49	26.8%
	Múltipara	55	30.1%
	Gran Múltipara	7	3.8%
	Total	183	100%
Aborto	Si	24	13.1%
	No	159	86.9%
	Total	183	100%
Legrado	Si	19	10.4%
	No	164	89.6%
	Total	183	100%
Cesárea	Si	55	30.1%
	No	128	69.9%
	Total	183	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 3. Datos del embarazo actual de las paciente que se les realizó cesárea en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.

n=183

Datos del embarazo actuales			
		Frecuencia	Porcentaje
Período Intergenésico	No Aplica	72	39.3%
	Menor de 18 meses	21	11.5%
	Mayor de 18 meses	90	49.2%
	Total	183	100%
Semana Gestacional	22-27 Semanas	1	0.5%
	27-37 Semanas	17	9.3%
	37-41 Semanas	160	87.4%
	> 41 semanas	5	2.7%
	Total	183	100%
CPN	Ninguno	1	0.5%
	1-2 controles	13	7.1%
	3.-4 Controles	127	69.4%
	5 a más Controles	42	23%
	Total	183	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 4. Indicaciones de las Cesárea realizadas en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.

n=183

Indicación de las cesáreas		
	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea anterior	56	30.6%
Distocia de partes Blandas	7	3.8%
Síndrome Hipertensivo Gestacional	1	0.5%
Preclamsia Moderada y severa	23	12.6%
Situación Viciosa	11	6%
Condilomatosis Vulvar	6	3.3%
Oligohidramnios severo	17	9.3%
Sufrimiento fetal agudo	36	19.7%
Macrosomico	5	2.7%
Desproporción cefalopelvica	9	4.9%
Embarazo Gemelar	5	2.7%
Trabajo de parto detenido	9	4.9%
Total	183	100%

Fuente: Expediente Clínico

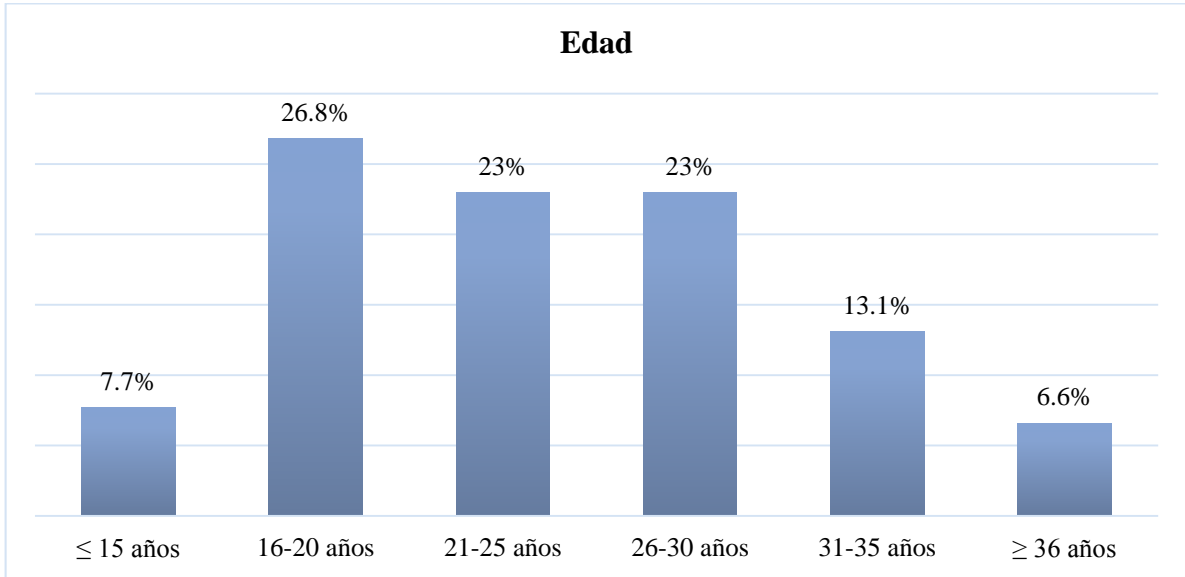
Tabla 4. Complicaciones de las Cesárea realizadas en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.

n=183

Complicaciones de las cesáreas		
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	171	93.4%
Hemorragia Posparto	8	4.4%
Hipotonía Uterina	4	2.2%
Total	183	100%

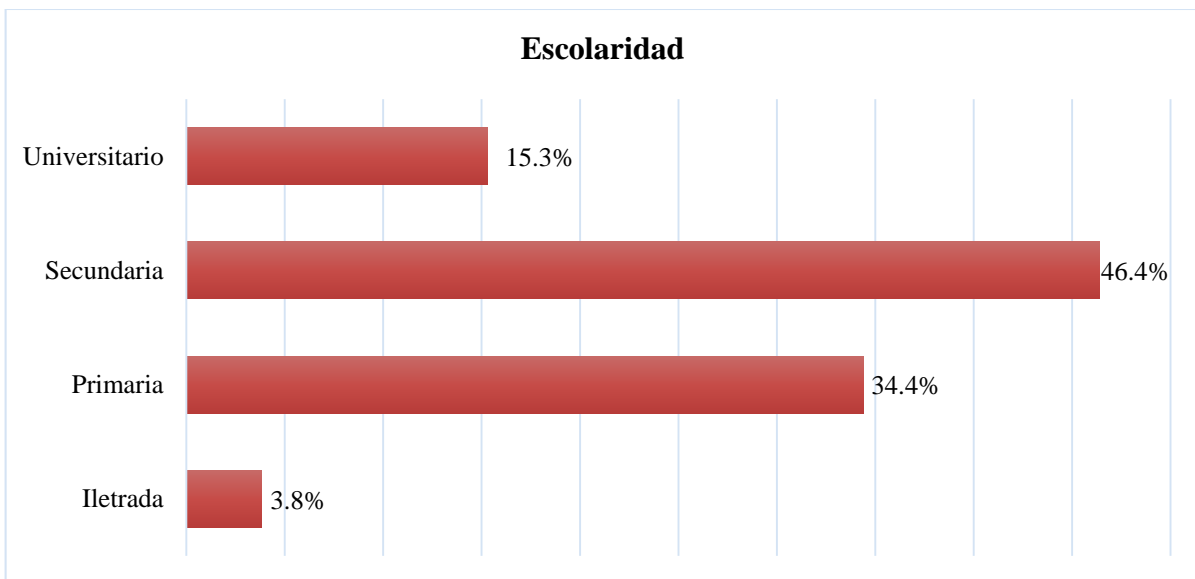
Fuente: Expediente Clínico

Gráfico 1. Edad de las paciente que se les realizó cesárea, en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.



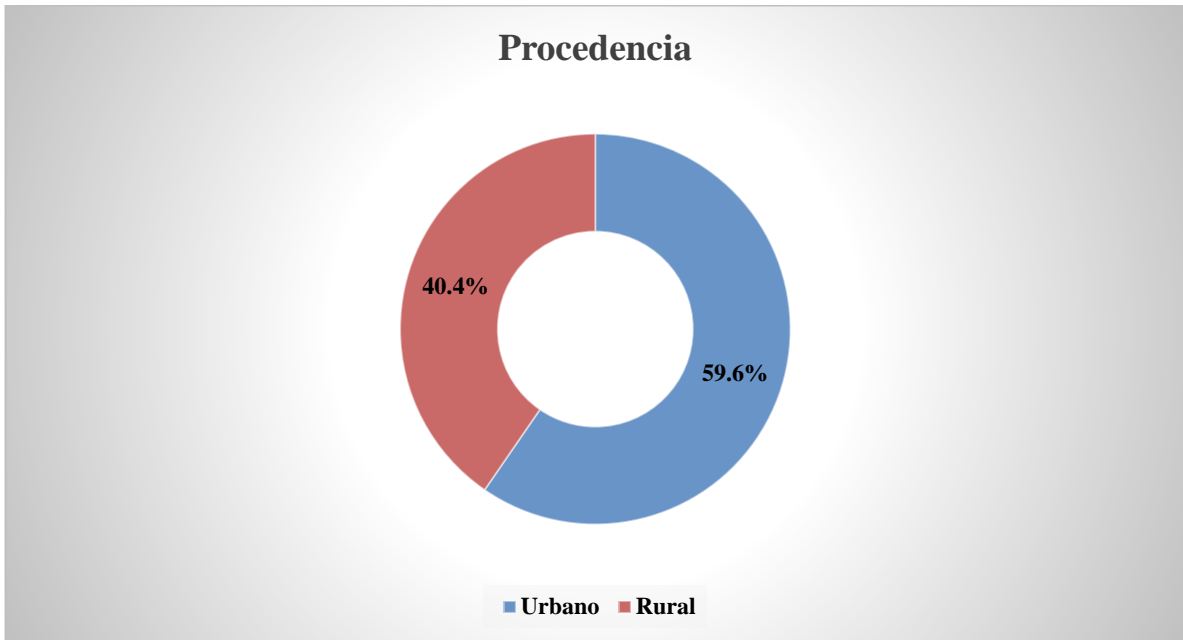
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2. Escolaridad de las paciente que se les realizó cesárea, en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.



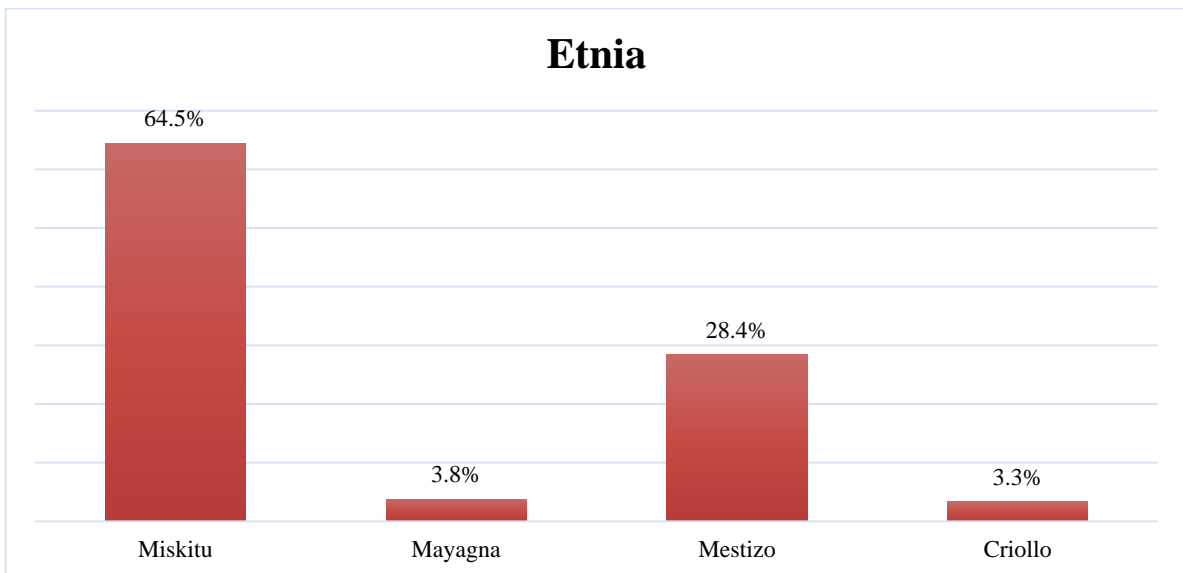
Fuente: Tabla 1

Gráfico 3. Procedencia de las paciente que se les realizó cesárea, en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.



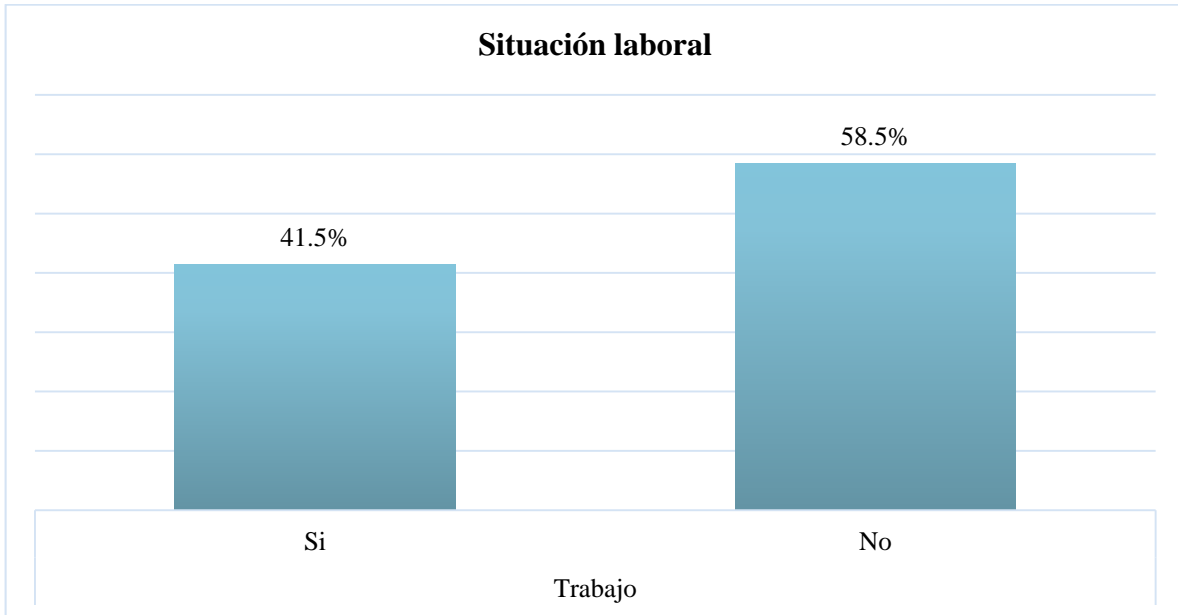
Fuente: Tabla 1

Gráfico 4. Etnia de las paciente que se les realizó cesárea, en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.



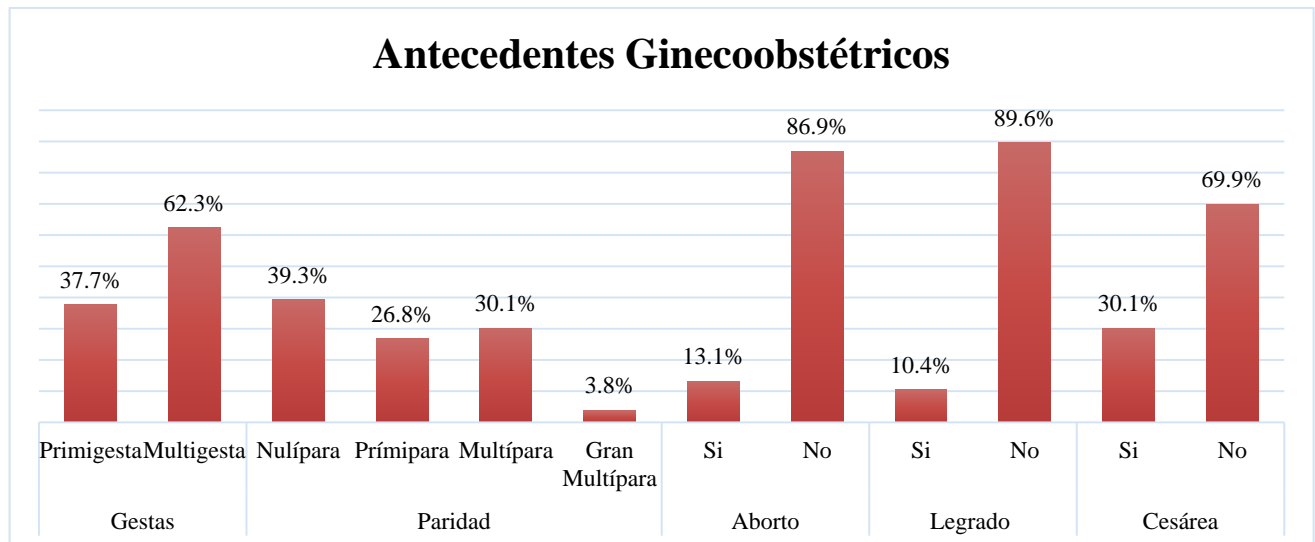
Fuente: Tabla 1

Gráfico 5. Situación laboral de las paciente que se les realizó cesárea, en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.



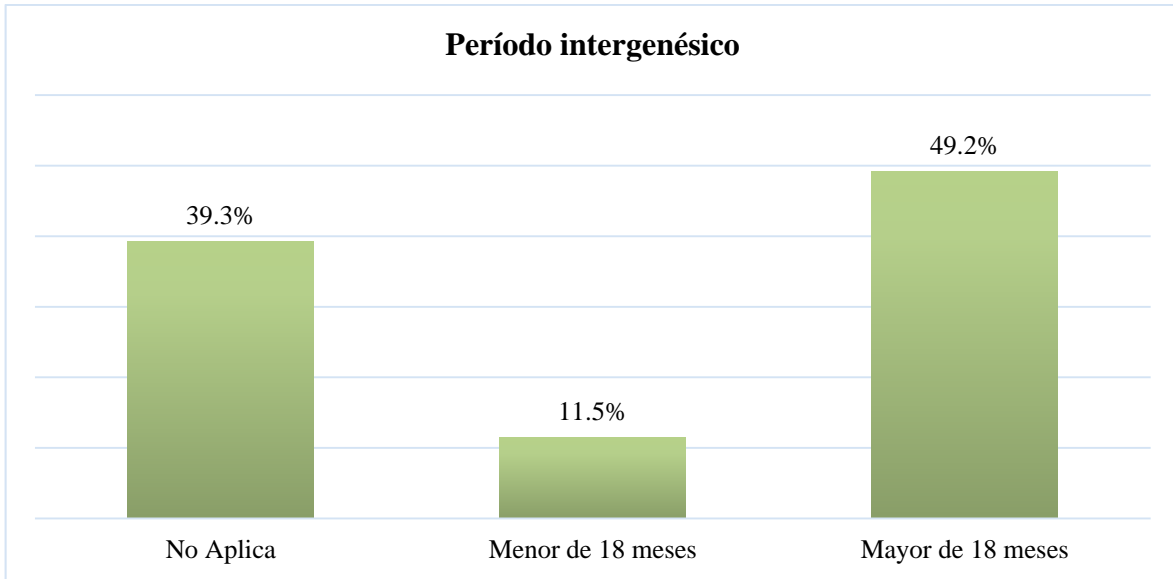
Fuente: Tabla 1

Gráfico 6. Antecedentes Ginecoobstétricos de las paciente que se les realizó cesárea, en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.



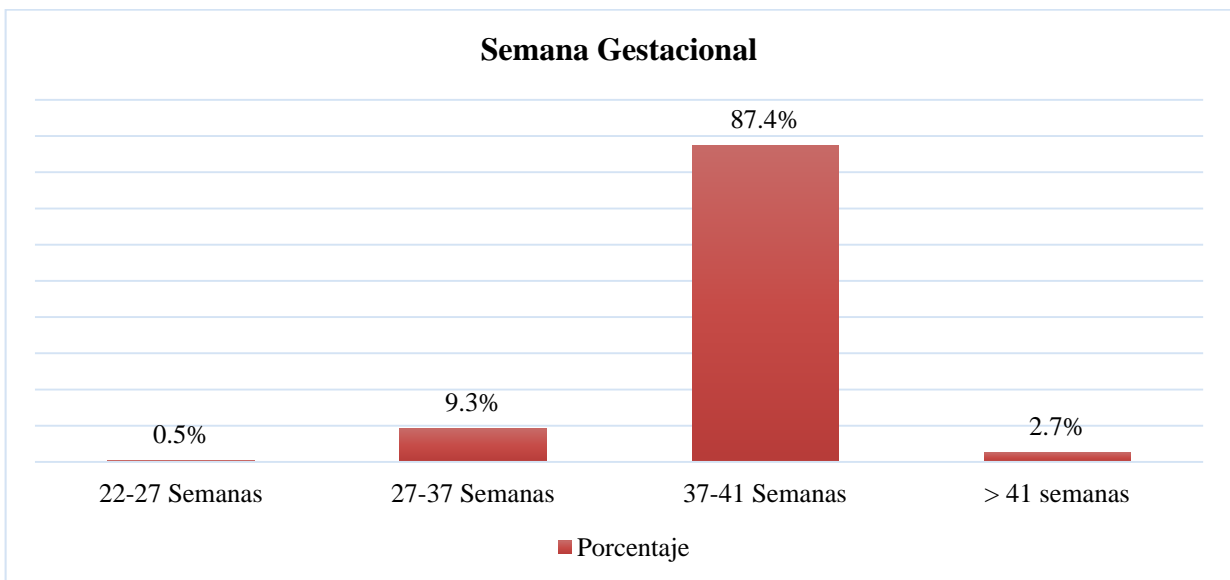
Fuente: Tabla 2

Gráfico 7. Período intergenésico de las paciente que se les realizó cesárea, en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.



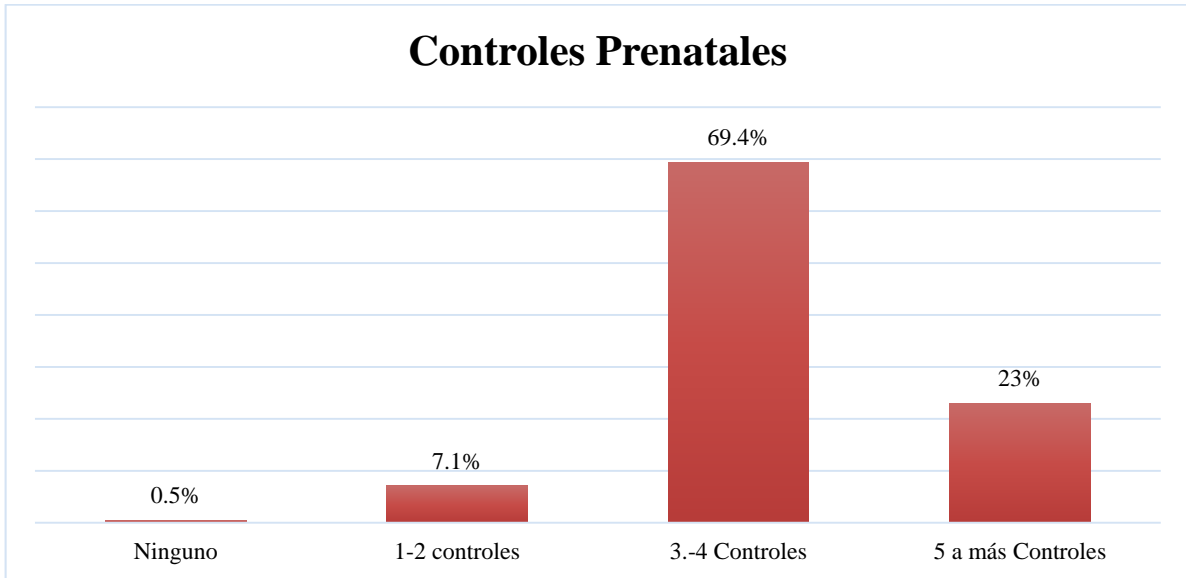
Fuente: Tabla 3

Gráfico 8. Semana Gestacional de las paciente que se les realizó cesárea, en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.



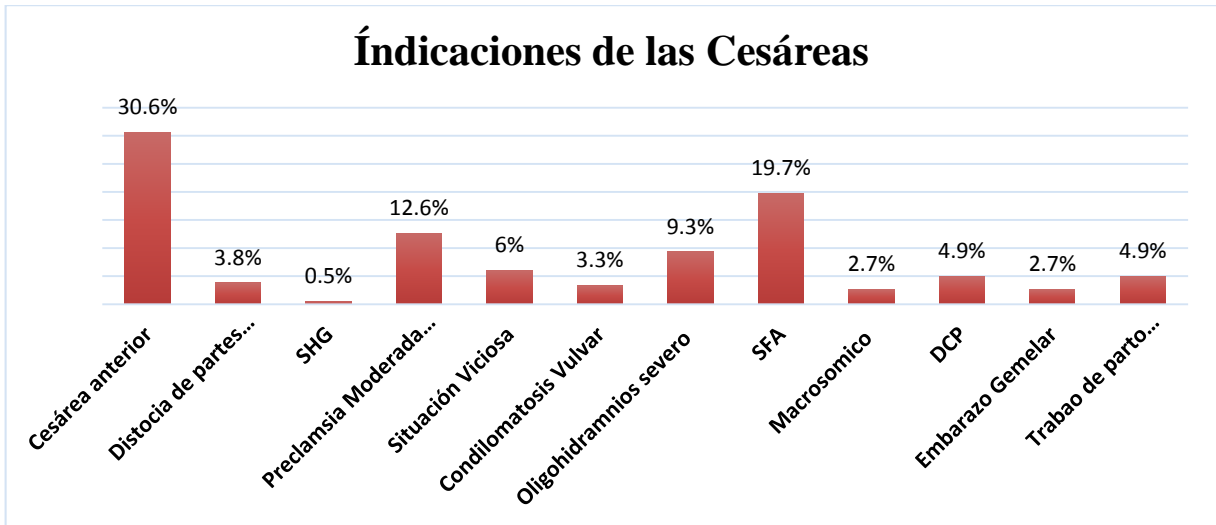
Fuente: Tabla 3

Gráfico 9. Número de controles prenatales de las paciente que se les realizó cesárea, en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.



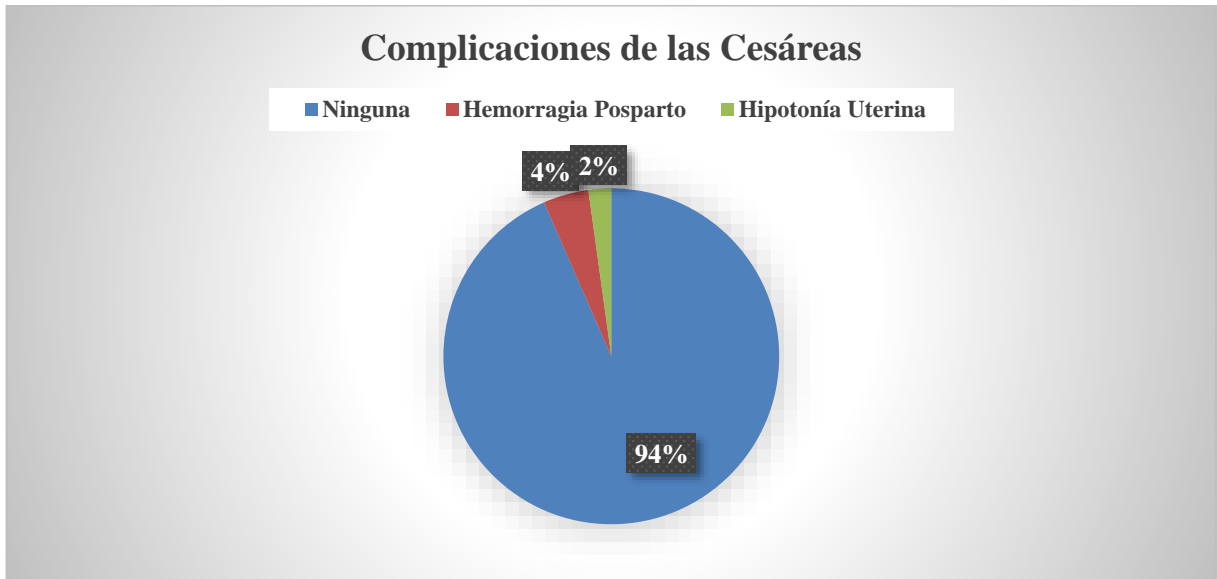
Fuente: Tabla 3

Gráfico 10. Indicaciones de las cesárea realizadas en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.



Fuente: Tabla 4

Gráfico 11. Complicaciones de las cesárea realizadas en el Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el periodo de Febrero a Julio del año 2016.



Fuente: Tabla 5