

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBEN DARIO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.**



**MONOGRAFIA
PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA
GENERAL**

**TEMA
COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE LA OPERACIÓN CESAREA
EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE, PERIODO
COMPENDIDO DESDE FEBRERO A JULIO DEL 2015.**

**AUTORES: Belkis Mariam Matute Pérez.
Iveth Patricia Nicaragua Chamorro.**

**TUTOR. M.s.c M. D José de los Ángeles Méndez.
Medico Gineco-Obstetra**

**ASESOR METODOLOGICO:
Dra. Matilde Jirón.**

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud y darme lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis Padres, a quien le debo toda mi vida, les agradezco el cariño y su comprensión, a ustedes quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

También dedico este proyecto a mi novio, amigo inseparable de cada jornada.

El representó gran esfuerzo y tesón en momentos de decline y cansancio.

Belkis Mariam Matute P.

DEDICATORIA

A Dios, por mantenerme firme y darme la sabiduría para llegar hasta donde
estoy.

A mi Padre Edgard Nicaragua (Q.E.P.D.) por tu amor y confianza, porque
estuviste conmigo en todo momento, mi fuerza, sustento, ejemplo de
perseverancia y lucha.

A mi madre Marina Chamorro por tu amor, porque siempre has estado aquí
apoyándome y dándome ánimos en este largo camino. Gracias por seguir
luchando conmigo.

A mis hermanos y familia por el apoyo que siempre me brindaron día a día en
el transcurso de cada año de mi carrera.

Iveth Nicaragua Chamorro.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor José de los Ángeles Méndez que, como nuestro tutor clínico, nos ha orientado, apoyado y corregido en nuestra labor científica de investigación con un interés y una entrega que han sobrepasado, con mucho todas las expectativas, que como sus alumnas depositamos en su persona.

A todos nuestros docentes que han aportado y compartido sus conocimientos para nuestra formación académica.

A todo el personal de estadística del Hospital Bertha Calderón Roque por su amabilidad y sin cuya diligencia hubiese sido totalmente imposible la realización de este informe.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACOG:	American College of Obstetricians and Gynecologists
CLAP:	Centro Latinoamericano de Perinatología
CPN:	Controles Prenatales.
DPPNI:	Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
HBCR:	Hospital Bertha Calderón Roque
HCPB:	Historia Clínica Perinatal Base
HSV:	Virus Herpes Simple.
IMC:	Índice de Masa Corporal
INIDE:	Instituto Nacional de Información de Desarrollo
INSS:	Instituto Nacional de Seguro Social
MINSA:	Ministerio de Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
RCIU:	Retraso del crecimiento intrauterino
SG:	Semana Gestacional
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
UNFPA:	El Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN

La operación cesárea fue introducida en la práctica clínica como un procedimiento capaz de salvar la vida de la madre y del bebé, aunque esta puede conllevar a un aumento del gasto del presupuesto nacional de salud y los riesgos de morbi-mortalidad materna severa se triplican al terminar el embarazo por esta vía.

El objetivo de este estudio fue conocer el Comportamiento Epidemiológico de la Cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque de Managua en el periodo de Febrero a Julio del 2015. Esta investigación es de tipo descriptivo de corte transversal, en donde se revisó expedientes de pacientes (400) que finalizaron su embarazo posterior a las 22 semanas.

Encontrándose la edad materna con mayor frecuencia en el grupo de 20–24 años, correspondiéndole el 41,5%, de procedencia urbana y un nivel medio de educación.

El índice de cesárea fue del 44%, cifra muy superior a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual recomienda que la tasa de cesárea no supere el 15 %-20 % del total de los nacimientos registrados. Donde las pacientes primigestas tienen la mayor frecuencia de cesárea con 118 casos (29,5%).

Según los criterios de indicación de operación cesárea en dicho Hospital fueron las causas maternas con 216 casos (54,0%), seguida de las indicaciones fetales donde se reportan 152 casos (38,0%), donde la cesárea electiva fue la que predominó con 363 casos (90,8%). Esto sugiere la toma de medidas organizativas en torno a la indicación de cesárea con el fin de disminuir la tasa de cesáreas primarias a través de los medios que la institución considere convenientes

INDICE

CAPÍTULO	PÀGINA
I Generalidades	
1.1 Introducción	1-2
1.2 Antecedentes	3-6
1.3 Justificación	7-8
1.4 Planteamiento del Problema	9
1.5 Objetivos	10
1.6 Marco Teórico	11-25
II Diseño Metodológico	
2.1 Tipo de Estudio	26
2.2 Población y Muestra	26
2.3 Unidad de Análisis	27
2.4 Tipo de Fuente	27
2.5 Método e Instrumento para recoger información	28
2.6 Método e Instrumento para analizar información	28
2.7 Enumeración de Variables	28-30
2.8 Operacionalización de Variables	31-33
2.9 Prevención de Sesgos	34
2.10 Consideraciones Éticas	34

III Desarrollo

3.1 Descripción de los resultados	35-38
3.2 Discusión de los resultados	39-45
3.3 Conclusiones	46-47
3.4 Recomendaciones	48-49

IV Referencias

4. Bibliografía	50-54
-----------------	-------

V Anexos

55-72

Anexo 1. Hoja Clínica Perinatal.

Anexo 2. Ficha de recolección de datos.

Anexo 3. Tablas.

I. GENERALIDADES

INTRODUCCION

Se entiende por cesárea la intervención quirúrgica que tiene como objeto la extracción del producto de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la pared abdominal, mediante laparotomía, histerotomía, extracción del feto, alumbramiento, histerorrafia y laparorrafia. (6)

La operación cesárea se ha incrementado a nivel mundial. Sin embargo, se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad materna, generalmente con beneficios no cuantificados para el feto. (10)

La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia en todo el mundo ya que representa hasta un 70% de los partos, dependiendo del centro evaluado y el país implicado. En general, los índices a nivel mundial oscilan entre el 5% y hasta el 20% de los partos. Se han informado tasas de entre el 20% y el 25% en el Reino Unido, los Estados Unidos de América y China. (2)

De acuerdo a la OMS, no existen argumentos que justifiquen una tasa de cesárea superior al 15% y considera porcentajes superiores a este como un indicador de mala calidad de atención obstétrica. (15)

En Nicaragua los nacimientos por cesáreas son altos. El promedio nacional oscila entre un 30% y 36% anual. El MINSA pretende reducir el índice hasta el 20%. En Cuba es de un 15% y en América del Sur de un 18%. (2)

En Nicaragua el número de nacimientos por cesaría ha pasado de 18 al 36% en la última década, tanto en el área pública como privada, lo que implica mayor riesgo para la salud de la madre y los niños y mayor gasto de recursos para el Ministerio de Salud (MINSA). (21) El incremento obedece, en parte que hay mayor captación institucional de los embarazos de alto riesgo cuando se realizan controles prenatales. También se experimenta un incremento de los embarazos en adolescentes, lo que deriva generalmente en cesárea. Así mismo muchas mujeres resultan embarazadas de forma seguida, dejando a su organismo sin oportunidad para soportar otro parto. (21)

Indudablemente la cesárea es hasta tres veces más cara que el parto normal porque implica uso de quirófano, personal, uso de anestesista, material quirúrgico y si todo evoluciona normal, la mujer puede estar hasta 72 horas hospitalizada. En los departamentos el tiempo puede ser más. (21)

Considerando la magnitud de este problema en nuestro país, diseñamos este estudio para identificar el comportamiento epidemiológico de la operación Cesárea en pacientes embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque.

ANTECEDENTES

Se realiza un estudio en el año 2011 presentado por la Universidad de Guadalajara Jalisco México, centro universitario de Ciencias de la Salud. Trabajo especial de grado Aspecto sociales, económico y epidemiológicos de la cesárea en Guadalajara Jalisco México por Guillermo Gonzales y María Vega.

El objetivo de este trabajo es identificar factores de riesgo socio demográficos, la organización de los servicios de salud y la práctica médica asociados con la operación cesárea en un hospital de segundo nivel de atención médica del IMSS en Guadalajara, Jalisco. Se realizó un estudio de casos y controles durante Abril y Junio 2003. A las participantes se le solicitó consentimiento y fueron entrevistada por dos estudiantes de maestría en ciencias de la salud y también se utilizaron expedientes clínicos, siendo la edad promedio de las cesareadas entre 26 -30 años y las que tuvieron parto normal de 22-25 años y siendo la mayoría Multigesta. Los resultados de esta investigación permitieron determinar que el aumento de la operación cesárea debe ser considerado como un problema de salud pública, ya que la vigilancia epidemiológica en las estadísticas vitales de la atención médica tiene el propósito de la planificación y evaluación de los diversos programas de asistencia médica o la vigilancia del desarrollo en los servicios médicos del sector público. Este aumento paulatino en las tasas de operación cesárea no ha sido justificado médicamente y tampoco se ha demostrado que tenga algún efecto positivo en la morbilidad o mortalidad materna-infantil. La utilización del método epidemiológico nos permite la búsqueda de evidencia en la ocurrencia del fenómeno

y la identificación de los factores asociados al problema estudiado, la cesárea en México, los estudios que abordan el tema de la cesárea desde un punto de vista epidemiológico y sociocultural son pocos, se centran en temas eminentemente clínica por lo cual antecede un precedente de mucha importancia este estudio. (28)

También se consultó el trabajo operación cesárea, indicación justificada o preocupación justificada por José Muñoz y Enrique Rosales. La cesárea es la cirugía que con mayor frecuencia se realiza en todos los hospitales de segundo nivel de atención médica en el sector salud y con mayor frecuencia en hospitales privados de México. El Objetivo de este estudio fue conocer el comportamiento de la operación cesárea en los diferentes hospitales del sector salud en la ciudad de Aguascalientes y analizar las indicaciones durante un mismo periodo, estudio descriptivo y transversal realizado en los cuatro principales hospitales de segundo nivel del sector salud del estado de Aguascalientes, que en conjunto suman 81% de la atención obstétrica del estado, entre el 1 de septiembre y el 31 de octubre de 2008. Se analizaron: indicación de la operación cesárea y su clasificación; embarazos previos, estado civil, edad gestacional, peso y Apgar al minuto del recién nacido y el método anticonceptivo indicado durante el evento. Resultados: durante el periodo de estudio se registraron 2,964 embarazos mayores de 29 semanas; de éstos, 1,195 se terminaron por operación cesárea con una tasa global de 40.3%. Se encontraron 45 indicaciones diferentes, lo que indudablemente refleja la gran diversidad de criterios en el personal médico institucional para programar la operación cesárea y se llegó a la conclusión : a pesar de que cada institución cuenta con diferentes recursos y con una población de diferentes características, deben

elaborarse protocolos de tratamiento por parte del personal de cada hospital que tengan como piedra angular la prueba de trabajo de parto y solicitar una segunda opinión ante una cesárea programada, todo esto con el fin de disminuir la frecuencia de la operación cesárea.(24)

En esta misma labor de investigación y consulta se encontró el trabajo especial de grado titulado: Comportamiento epidemiológico de la operación cesárea en el Hospital Gaspar García Laviana de Rivas, periodo comprendido desde julio de 1996 hasta junio de 1997 teniendo como objetivo determinar el comportamiento epidemiológico de la operación cesárea , encontrándose una frecuencia de cesárea del 23.3% siendo el grupo etario con más cesárea de 20 -24 años de procedencia rural 54.8% y siendo la mayor parte analfabeta con 85.5% y con antecedentes obstétrico que eran primigesta con embarazo a término y la principal complicación de la cesárea fue sepsis postoperatoria, subdivididas en infección de herida quirúrgica y endometritis seguido de anemia.(8).

Entre los trabajos más reciente en Nicaragua en el 2004, en el Hospital Humberto Alvarado, con una muestra de 280 pacientes con Operación Cesárea, se observó que la indicación más frecuente fue la cesárea anterior, seguido del sufrimiento fetal agudo, circular de cordón y presentación pélvica (Aguirre & Aguirre, 2004), similar a un estudio realizado en la misma unidad (Jirón & Soza, 1998) con muestra de 250 mujeres en esa. Otro estudio con una muestra de 300 mujeres reporta que la indicación más frecuente fue sufrimiento fetal agudo seguido por cesárea anterior (Zapata & Rodríguez, 2004). (23)

En el año 2014 se realiza un estudio descriptivo transaccional de las indicaciones de cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el año 2014. (Narváz Rojas) Encontrándose La incidencia de cesárea en el 45.4%, lo cual triplica el máximo recomendado por la Organización Mundial de la Salud. La principal indicación de cesárea fue la cesárea anterior (34.8%) y la indicación de la cesárea primaria fue el sufrimiento fetal agudo (32.4%). Las mujeres incluidas en el estudio no representaron riesgo por edad, etnia o nivel educativo, sin relación de estas características como indicativo de cesárea. El uso de inducto-conductores durante el trabajo de parto en el HBCR fue alto en ambas vías de culminación del embarazo, parto vaginal como en cesárea. Aunque no fue objeto de este estudio, esta práctica de uso indiscriminado de oxitócicos podría aumentar el riesgo potencial de complicaciones. Las condiciones de los neonatos fueron satisfactorias durante el nacimiento en ambas vías. En el caso de las cesáreas por SFA no hubo correspondencia con el Apgar por lo que este diagnóstico podría estar siendo sobrevalorado o las cesáreas están siendo efectuadas oportunamente. Las indicaciones encontradas coincidían con las establecidas por el Centro Latinoamericano de Perinatología, prevaleciendo la indicación de cesárea por cesárea anterior seguida de sufrimiento fetal como principal causa de cesárea primaria, similar a lo encontrado en estudios nacionales e internacionales. (26)

JUSTIFICACION

En la década de los 70, apenas un 10% del total de nacimientos eran por cesárea.

(7) En 1994, en el Hospital Bertha Calderón R, se atendieron 10,242 partos, realizándose 2,749 cesáreas, lo que corresponde a una frecuencia del 26.8%, en este mismo centro de 9, 401 partos atendidos 2,769 fueron cesáreas, lo que corresponde a una frecuencia de 29,4% lográndose concluir que de cada tres o cuatro partos atendidos se realizó una cesárea.

Hoy la cifra se ha cuadruplicado teniendo un 66% de cirugías realizadas en el Hospital Bertha Calderón R, y según el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, INSS, del total de bebés nacidos en 2013 en las Proveedoras de Servicios de Salud, IPSS, privadas y en las clínicas médicas previsionales, el 59.29% vino al mundo a través de este procedimiento quirúrgico que, además de ser más costoso que el parto vía vaginal, es más riesgoso para la paciente. (7)

En Nicaragua, el Anuario del INSS 2013 reveló que, en las 36 Proveedoras de Servicios de Salud, IPSS, privadas y clínicas médicas previsionales que hay a nivel nacional, se registraron 12,507 cesáreas, de un total de 21,092 nacimientos. (7)

El estudio Estado de la Población Mundial 2013, titulado "Maternidad en la Niñez" y publicado el Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, revela que Nicaragua es el país latinoamericano con el porcentaje más alto de mujeres entre 20 y 24 años que asegura haber dado a luz antes de los 18 años. (7)

Tomando en cuenta la escasa y desactualizada información sobre el tema en el país, así como el alto índice de cesárea (66%) en el hospital a estudio lo cual logramos observar durante nuestra rotación; hemos considerado necesario hacer un trabajo que contribuya a conocer en la actualidad, cual es el comportamiento epidemiológico de la operación cesarí y brindar aportes a futuros trabajos sobre este tema, así como la mejora en la calidad de atención de las pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua el número de nacimientos por cesárea son altos y ha pasado del 18 al 36% en la última década, tanto en el área pública como privada, lo que implica mayor riesgo para la salud de la madre y los niños y mayor gasto de recursos para el Ministerio de Salud (MINSU). (2) El incremento obedece, en parte que hay mayor captación institucional de los embarazos de alto riesgo cuando se realizan controles prenatales. También se experimenta un incremento de los embarazos en adolescentes, lo que deriva generalmente en cesárea. Así mismo muchas mujeres resultan embarazadas de forma seguida, dejando a su organismo sin oportunidad para soportar otro parto. (21)

Por lo tanto, consideramos de interés realizar este trabajo partiendo de la siguiente pregunta de estudio:

¿Cuál es el comportamiento epidemiológico de la operación Cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Febrero a Julio del 2015?

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el comportamiento epidemiológico de la operación cesárea en las mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido Febrero a Julio del 2015.

Objetivos Específicos

1. Describir las características demográficas y Gineco-Obstétricas de las pacientes en estudio.
2. Identificar los criterios diagnósticos de indicación de operación cesárea.
3. Detectar las complicaciones quirúrgicas asociadas a la operación cesárea y condición de egreso de las pacientes en estudio.
4. Describir el índice de cesárea y prevalencia de la operación cesárea en el periodo de estudio.

MARCO TEORICO

Definición de cesárea.

Es una intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen (laparotomía) y en el útero (histerotomía), que tiene por objeto extraer al feto vivo o muerto y la placenta por vía transabdominal, esta se realiza cuando ocurren circunstancias fetales o maternas anómalas que hacen considerar arriesgado el parto vaginal. (36)

Tipos de cesárea:

Schwarcz, Duverges, Diaz,& Fescina, (2005) refiere varios tipos de cesáreas, clasificadas según antecedentes obstétricos, indicaciones y técnica quirúrgica:

Según antecedentes obstétricos de la paciente. Primaria: es a la que se realiza por primera vez; iterativa, la cual es la que se practica cuando la paciente tiene antecedentes de dos o más cesáreas y previa. Entre los que podemos citar están:

Infecciones maternas:

- ✚ Condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando. La cesárea previene el virus del papiloma humano neonatal y debe ser reservada por indicación obstétrica IIB (38).
- ✚ Las mujeres con herpes genital primario simplex virus (HSV) que ocurre en el tercer trimestre del embarazo se les debe ofrecer cesárea planeado, ya que disminuye el riesgo de infección neonatal por HSV.

- ✚ Cesárea iterativa: ≥ 2 cesáreas anteriores tienen riesgo de ruptura uterina del 1.4%- Gestantes sometidas a cirugía uterina previa con apertura de cavidad endometrial (miomectomía).
- ✚ Cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en "T": (riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente).
- ✚ Compromiso fetal que contraindique la inducción del parto (malformaciones fetales, alteraciones Doppler, alteraciones del monitoreo fetal, arritmias fetales).
- ✚ Enfermedad médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatías, riesgo de accidente cerebro vascular).
- ✚ En caso de prematuridad, RCIU y gestaciones múltiples: se actuará según los protocolos específicos.
- ✚ Desproporción céfalo-pélvica.
- ✚ Mujeres con VIH que estén o no recibiendo una terapia anti-retroviral.
- ✚ Plastias vaginales previas.

Según indicaciones. Urgente: es la que se realiza para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica,

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 y cesárea en curso del parto. (34)

Indicaciones para efectuar una cesárea electiva:

- ✚ Las cesáreas electivas deberán programarse a partir de la semana 39 de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad fetal.
- ✚ Presentación de nalgas, transversa u oblicua.

Las presentaciones anormales particularmente transversa y en ocasiones las de nalgas, cuando se asocian con otras complicaciones justifican la extracción por la vía abdominal. (monografía)

- ✚ Macrosomía fetal: mayor o igual a 4000 g.
- ✚ Placenta previa (parcial, marginal y total).

Cesárea en curso del parto.

Es la que se realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvico-fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto. (36)

Indicaciones para efectuar una cesárea en Curso del Parto:

- ✚ Fracaso de inducto-conducción: cuando a la paciente se le ha administrado 20 mU de Oxitocina por minuto y no hay avances en las modificaciones cervicales.
- ✚ Fracaso de inducción de la maduración cervical: cuando a la mujer se le ha administrado 6 dosis de Misoprostol en 48 hrs. no hay avances en las modificaciones cervicales.
- ✚ Parto estacionado: se considerará que el parto está estacionado cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido más de 2 horas sin progresión de las condiciones obstétricas dilatación o borramiento.
- ✚ Distocia de presentación: frente/bregma, occipito/sacra, cara.

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 (29)

Indicaciones para realizar una cesárea urgente:

- ✚ Sospecha/pérdida de bienestar fetal.
- ✚ DPPNI.
- ✚ Prolapso de cordón.

- ✚ Ruptura uterina.
- ✚ Embolia de líquido amniótico.
- ✚ Placenta previa sangrante.

Según técnica quirúrgica. Cesárea corporal o clásica: se caracteriza por una incisión vertical en el cuerpo uterino. Está indicada cuando la paciente tiene un cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina, entre otros. Segmento corporal o Beck, la incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Entre sus indicaciones encontramos: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, placenta previa en la cara anterior del útero, entre otros. Cesárea tipo Kerr, Es la técnica quirúrgica más usada.

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. (34).

DIAGNÓSTICO

Exámenes diagnósticos

Previo a la realización de la cesárea electiva se deberán realizar y analizar los resultados siguientes:

- ✚ Biometría hemática.
- ✚ Tipo y Rh
- ✚ Pruebas cruzadas.
- ✚ Prueba rápida de VIH, Previo consentimiento informado.
- ✚ Glucosa.
- ✚ Examen General de Orina.
- ✚ Tiempo de Sangría.
- ✚ Tiempo de Coagulación.
- ✚ Tiempo de Protrombina.
- ✚ Tiempo Parcial de Tromboplastina.
- ✚ Coomb indirecto en caso de que la madre sea Rh negativo.

Previo a la realización de cesárea de urgencia se deberán realizar los siguientes

Exámenes:

- ✚ Biometría hemática.
- ✚ Tipo y Rh.
- ✚ Tiempo de Protrombina.
- ✚ Tiempo Parcial de Tromboplastina.

PROCEDIMIENTO

Recomendaciones generales:

- ✚ La indicación de cesárea debe constar claramente en la Historia clínica

- ✚ Informar a la paciente y o familiar, y realizar consentimiento informado por cada procedimiento por los responsables de su realización según normativa del expediente clínico, Normativa 004.
- ✚ Se deben revisar las indicaciones descritas para cada caso.
- ✚ Verifique si el feto está vivo, escuchando la frecuencia cardíaca fetal y examine para determinar la presentación fetal.
- ✚ Revise los principios de la atención quirúrgica.
- ✚ Canalice utilizando bránula número 16 o de mayor calibre si es necesario.
- ✚ Administre Solución Salina Normal o Lactato de Ringer, si la mujer está en shock, evite usar sustitutos del plasma, no hay evidencia que los sustitutos del plasma sean superiores a la solución salina normal.

Medidas Pre-operatorias: (31, 19).

- ✚ Preparar dos unidades de paquete globular 24 horas antes de la intervención quirúrgica. (En cirugía electiva).
- ✚ La paciente no debe ingerir alimentos sólidos un mínimo de 6 horas antes de la intervención ó 2 horas antes en el caso de líquidos. (31)
- ✚ No eliminar el vello en área quirúrgica salvo que interfiera con la operación. Categoría I-A.
- ✚ Si el vello en área quirúrgica tiene que ser eliminado hágalo inmediatamente antes de la operación. Categoría I-A. (19)
- ✚ Recomiende que la paciente se bañe al menos la noche antes de la operación. Categoría I-B.

- ✚ Lave y limpie completamente el sitio quirúrgico y sus alrededores; eliminar la contaminación grosera antes de la preparación de la piel. Categoría I-B.
- ✚ Use un antiséptico adecuado (Yodopovidona) para la preparación de la piel. Categoría I-B.
- ✚ Aplique el antiséptico en círculos concéntricos de la piel, moviéndose hacia la periferia. El área preparada debe ser lo suficientemente amplia por si fuera necesario extender la incisión o crear otras nuevas o sitios de drenaje. Categoría II.
- ✚ Para reducir el riesgo de las mujeres de neumonitis por aspiración debe usarse antiácidos y medicamentos (tales como antagonistas de los receptores H2 o inhibidores de la bomba de protones) para reducir el volumen y la acidez gástrica y uso de procinéticos para mejorar el vaciamiento gástrico antes de la cesárea. [B] (29)
- ✚ La paciente deberá permanecer durante la preparación-intervención quirúrgica en decúbito supino, con una inclinación lateral de 15°, para reducir la compresión de la vena cava y de esta manera reducir la hipotensión materna (A)
- ✚ Se debe de utilizar Efedrina o Fenilefrina intravenosa, además del volumen de precarga con cristaloides o coloides para reducir el riesgo de hipotensión que ocurre durante cesárea. (29).

Manejo de Post-Operatorio:

Postoperatorio Inmediato:

Vigilar por 2 horas en recuperación los siguientes parámetros:

- ✚ Las pérdidas uterinas y la altura uterina (existencia del globo de seguridad).
- ✚ Valoración hemodinámica y respiratoria: con monitorización continua de ECG y saturación de oxígeno (en la unidad que se encuentren disponibles).
- ✚ Anotación de signos vitales cada 15-30 minutos: temperatura, frecuencia cardíaca y tensión arterial.
- ✚ Control de la regresión del bloqueo neurológico si se aplicó anestesia loco-regional.
- ✚ Control del estado de conciencia.
- ✚ Sangrado vaginal.
- ✚ Diuresis horaria.
- ✚ Manejo del dolor.

El neonato permanecerá con la puérpera durante estas dos horas de reanimación inmediata, para iniciar el contacto madre-hijo y la lactancia materna. (Apego precoz). En los casos en los que el estado materno no permita un contacto adecuado madre-hijo, el neonato permanecerá en sala correspondiente.

A las 2 horas post-quirúrgico, si el estado hemodinámico, el sangrado vaginal está dentro de la normalidad y se ha recuperado la movilidad de extremidades inferiores, la puérpera será trasladada a la planta de hospitalización correspondiente.

Postoperatorio en sala de hospitalización:

- ✚ 1000 ml. de solución salina al 0.9% a pasar IV en 8 horas. (valorar un segundo líquido dependiendo del estado hemodinámico de la paciente).
- ✚ 1000 ml. de solución salina al 0.9% mas 10 unidades de Oxitocina a pasar IV en 8 horas.

- ✚ Control de signos vitales horario por 6 horas.
- ✚ Iniciar la ingesta de líquidos a las 6 horas posteriores a la cirugía, y progresar a la dieta si la paciente la tolera.
- ✚ Retirar la sonda vesical permanente a partir de las 6 horas posteriores de la cirugía, y controlar la primera micción espontánea.
- ✚ Mantener el apósito compresivo durante 24 horas y realizar la cura diaria de la herida.
- ✚ Evaluar diariamente el sangrado, aumento del dolor, y posibles signos inflamatorios o dehiscencia de la herida.
- ✚ Se recomienda retirar los puntos de sutura o grapas a los 7 días post-cesárea.

PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA:

Se administrará enoxiparina 1mg/kg cada 24 horas o heparina sódica 5000 UI cada 12 horas subcutánea después de 6 horas intervención quirúrgica. Se mantendrá hasta la movilización de la gestante, si coexiste uno de los siguientes factores de riesgo:

- ✚ Edad materna > 35 años.
- ✚ Obesidad (IMC>25 antes de la gestación).
- ✚ Insuficiencia venosa severa.
- ✚ Infección con repercusión sistémica.
- ✚ Preeclampsia.

- ✚ Enfermedad materna asociada con riesgo trombótico: cardiopatía, enfermedad pulmonar, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome nefrótico o neoplasia.

ANALGESIA

Se recomienda uso de:

- ✚ Ketorolaco 30 mg endovenoso cada 8 horas. ò
- ✚ Metamizol 1 gramo endovenoso cada 8 horas. ò
- ✚ Diclofenac 75 mg IM cada 8 horas.

ESTANCIA HOSPITALARIA

Las pacientes que se están recuperando bien y no tienen complicaciones después de la cesárea deben ser dadas de alta después de 24 horas.

Notificar al SILAIS y la unidad de salud correspondiente para dar su seguimiento.

Embarazo y parto después de una cesárea:

La vía del parto de elección tras **una cesárea previa** es la vía vaginal, con una tasa de éxito aproximada del 80%, aunque se deberá tener en cuenta las preferencias de la madre, así como informarle de un aumento en el riesgo de ruptura uterina de aproximadamente el 0.5%.

Se recomienda un mínimo de 18 meses después de la cesárea antes de una nueva gestación.

La vía del parto recomendada tras dos cesáreas previas es una cesárea electiva.

Condiciones para la vía vaginal con cesárea anterior

- ✚ La paciente debe aceptar el procedimiento y cooperar.
- ✚ Cesárea anterior sin complicaciones.

- ✚ Trabajo de parto franco: dilatación 5 cms. o más y, borramiento: 80% o más.
Preferiblemente con membranas integra.

- ✚ Una cesárea anterior con periodo intergenésico mayor de 18 meses.

No indicación de cesárea.

- ✚ Cesárea anterior efectuada en hospital reconocido.

- ✚ Atención de la cesárea por personal calificado y en sala de operaciones.

- ✚ Incisión anterior tipo kerr, sin otras cicatrices uterinas.

- ✚ Antecedentes de partos antes de la cesárea.

- ✚ Antecedente de un parto después de la cesárea.

- ✚ Feto céfálico, encajado y preferiblemente oía.

- ✚ Feto mediano o pequeño menor de 3,500 gr. preferiblemente a término.

- ✚ Excelente relación céfalo-pélvica.

- ✚ No antecedentes de muerte fetal.

- ✚ Analgesia epidural.

- ✚ Buena reserva fetal.

Contraindicación para indicar parto vaginal después de una cesárea:

- ✚ Edad igual o mayor de 40 años.

- ✚ Que persista la indicación anterior de la cesárea previa.

- ✚ Que el tipo de histerografía sea segmento corporal o corporal.

- ✚ Período intergenésico igual o menor a 24 meses.

- ✚ Embarazos gemelares o que el feto pese más de 4,000 gr (macrosomía fetal).

- ✚ Que haya alguna contraindicación para el parto (indicación de cesárea).

- ✚ Que no se pueda monitorizar el trabajo de parto.

- ✚ Falta de un ginecólogo, anestesiólogo y pediatra.
- ✚ Que se niegue a firmar un consentimiento informado.

COMPLICACIONES

Las complicaciones que se presentan pueden ser maternas y fetales.

Complicaciones Maternas

- ✚ Hemorragias.
- ✚ Distensión abdominal.
- ✚ Infecciones.
- ✚ Útero de Couvelaire.
- ✚ Atonía uterina.
- ✚ Dehiscencia de heridas.
- ✚ Embolismo pulmonar.
- ✚ Daño a los órganos abdominales.

✚ **Complicaciones Fetales**

- ✚ Trastornos respiratorios del recién nacido.
- ✚ Trauma obstétrico.

DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN

Criterios de traslado

- ✚ Carencia de recursos humanos, materiales, equipos y medicamentos para dar respuesta a las complicaciones.
- ✚ Carencia de sangre y sus derivados.
- ✚ Carencia de unidad de cuidados intensivos.

Criterios de ALTA

- ✚ Signos vitales estables.
- ✚ Ausencia de fiebre por lo menos durante las 24 horas anteriores.
- ✚ No signos de infección de herida.
- ✚ Eliminación de heces, gases y orina de forma espontánea.
- ✚ Ingesta de dieta general.
- ✚ Deambulación por sus propios medios.
- ✚ BHC en parámetros normales para el puerperio.

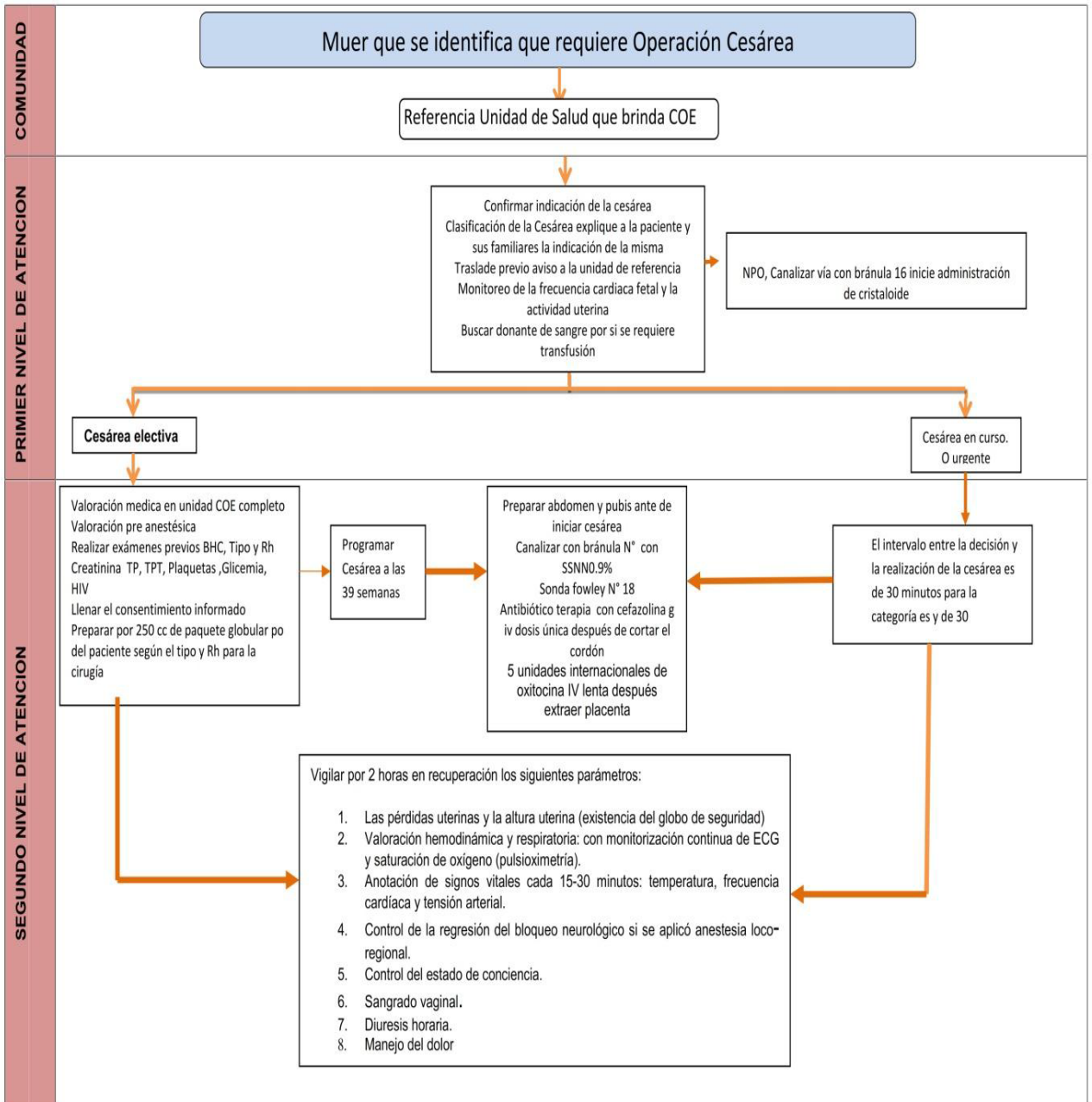
EDUCACIÓN, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Control y seguimiento

- ✚ Retiro de puntos al menos a los 7 días en centro de salud.
- ✚ Cita a la consulta externa de su centro hospitalario a las 72 horas de su puerperio.

Si herida quirúrgica se pone eritematosa, indurada, dolorosa, acudir a su unidad de Salud.

OPERACIÓN CESAREA



II. DISEÑO METODOLOGICO

MATERIAL Y METODO

Tipo de estudio:

El presente estudio es descriptivo de corte transversal.

Área y periodo de estudio:

El estudio se realizó en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque de la ciudad de Managua, en el periodo Febrero a Julio del 2015.

El hospital como Centro de referencia Nacional, brinda asistencia especializada a la mujer nicaragüense a través de las especialidades de Ginecología, Obstetricia, Gineco-Oncología, Perinatología, Neonatología, Medicina Interna, Patología, Planificación Familiar y Cirugía General.

POBLACION Y MUESTRA

Universo:

Todas las pacientes embarazadas atendidas en la sala de Gineco – Obstetricia con criterios de indicación de operación cesárea en el periodo de estudio del Hospital Bertha Calderón Roque las cuales fueron un total de 1600 y de este universo se decide trabajar con 400 pacientes.

Muestra: Es una muestra aleatoria homogénea la cual se sacó cada 4 expedientes 1 expediente.

Criterios de inclusión:

1. Todas las pacientes embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia que se les realizó cesárea ya sean por emergencia o de forma electiva.
2. Pacientes embarazadas con criterios de indicación cesárea
3. Pacientes embarazadas a quienes se les realizó cesárea dentro del periodo de estudio.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes embarazadas sin criterios de indicación de cesárea.
2. Información incompleta en los expedientes clínicos.
3. Pacientes embarazadas a quienes se les realizó cesárea fuera del periodo de nuestro estudio.

Unidad de Análisis:

Mujeres que finalizaron su embarazo (>22 semanas de gestación) en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque por operación cesárea.

Tipo de fuente:

Secundaria porque se revisó expedientes clínicos del área de Gineco-Obstetricia archivados en el departamento de estadística del Hospital Bertha Calderón Roque.

Método e Instrumento para recoger información:

La recolección de la información, se realizó por medio de una ficha de recolección de datos previamente elaborada y validada, lo cual se aplicó a cada expediente clínico auxiliándose del libro de registros de la sala de Postquirúrgico, constituyendo de esta forma nuestra fuente de información.

Método e Instrumento para analizar información:

La información obtenida fue procesada mediante una base de datos, analizada en el programa estadístico SPSS Versión 23 en forma de preguntas con todas las variables del estudio, se aplicó el análisis estadístico descriptivo para obtener las frecuencias y porcentajes, los resultados se presentarán en tablas.

Variables:

1. Edad Materna
2. Procedencia
3. Nivel educativo
4. Estado civil.
5. Ocupación.
6. Paridad
7. Gestaciones
8. Cesárea anterior
9. Edad gestacional
10. Controles prenatales
11. Antecedentes patológicos
12. Indicación de cesárea
13. Complicaciones de cesárea
14. Condición de Egreso.

**Objetivo 1. Describir las características demográficos y Gineco-
Obstétricas de las pacientes en estudio.**

Edad materna.

Escolaridad.

Procedencia.

Estado civil.

Ocupación.

Gestaciones.

Paridad.

Edad gestacional.

Número de control prenatal.

Cesárea anterior.

**Objetivo 2. Identificar los criterios diagnósticos de indicación de
operación cesárea.**

Antecedentes patológicos personales

Indicación de cesárea.

Objetivo 3. Detectar las complicaciones quirúrgicas asociadas a la operación cesárea y condición de egreso de las pacientes en estudio.

Complicación de la Cesárea.

Condición de egreso

Objetivo 4. Describir la incidencia y prevalencia de la operación cesárea en el periodo de estudio.

Índice de cesárea.

Prevalencia.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Concepto	Indicadores	Escala/Valor
Edad Materna	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la Cesárea.	Años	Menos de 15 años 15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35 y más.
Procedencia	Origen de una persona.	Lugar origen	Urbano Rural
Nivel educativo	Conocimientos básicos de enseñanza	Nivel académico	Primaria Secundaria Universitaria Analfabeta
Estado civil	Condición social de una persona como parte de una pareja.	Situación conyugal	Soltera Acompañada Casada
Ocupación	Actividad, remunerada o no, a la que se dedica la persona.	Situación laboral	Ama de casa Obrera Técnica Profesional Estudiante

Gestaciones	Número de embarazos que ha tenido una mujer.	Número de gestas	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta GranMultigesta
Paridad	Número de hijos que ha tenido una mujer por vía vaginal	Número de hijos	Nulípara Primípara Bipara Multipara Gran Multípara
Edad gestacional	Numero de semanas de embarazo desde la FUM hasta el FPP.	Semanas de gestación	20-27 SG 28-36 SG 37-41 SG 42 y más SG
Control prenatal	Control que se ejerce por personal calificado a una mujer embarazada	Calidad del CPN	Completo Incompleto Ninguno.
Cesárea anterior	Procedimiento quirúrgico destinado a la extracción artificial del producto por vía	Número de cesárea.	No Si

	abdominal realizado previamente.		
Antecedentes patológicos	Conjunto de patologías propias de la persona	Tipo de patología	Diabetes Mellitus. Preclampsia/Eclampsia. Ninguno Otro
Indicaciones de Cesárea.	Conjunto de circunstancias que sirvieron como guía para derivar la decisión y elección de una Cesárea.	Tipo de Indicaciones	Maternas Fetales
Complicaciones de la Cesárea	Fenómeno que sobre viene en el curso de una Cesárea, sin ser propia de ellas agravándolas generalmente	Tipo de complicaciones	Maternas Fetales
Condición de Egreso	Estado en que el paciente es externado de la unidad de salud	Tipo de condición	Alta Abandono Fallecida

Prevención de Sesgos

Para la prevención del sesgo de información, se analizaron los datos provenientes de historias clínicas perinatales completas al menos en un 95% para las variables de estudio.

Consideraciones Éticas:

No se utilizaron nombres de mujeres ni se registraron en las fichas, no se extrajo ningún expediente del Hospital en estudio, la información obtenida fue única y exclusivamente con fines de estudio.

III. DESARROLLO

RESULTADOS

En el estudio del comportamiento epidemiológico de la operación cesárea realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque de Managua, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015, se encontró que el servicio de Gineco-Obstetricia brindo atención a 2298 nacimientos por vía cesáreas y 2954 nacimientos por vía vaginal para un total de 5252 nacimientos.

Se encontró que la frecuencia de la operación cesárea fue mayor en el grupo etareo de 20-24 años con 166 casos para un 41.5%, seguido por los grupos de 25-29 años con 104 casos para un 26,0%, 30-34 años (14%) y 15-19 años (10,5%). El grupo de mayores de 35 años fue el más bajo porcentaje (8,0%). **(Ver tabla 1).**

Demuestra que en el área Urbana se presentó el mayor número de casos con 317 para un 79,3%, mientras que en el área Rural presentó 83 casos para un 20,8%. **(Ver tabla 1a)**

Con lo que respecta a la característica educativa de las pacientes cesareadas 225 casos equivalentes al 56,3%, eran de escolaridad Secundaria, seguido de 87 casos equivalentes al 21,8% de Escolaridad Universitaria y el grupo de Analfabeta fue el más bajo porcentaje con 3,0%. **(Ver tabla 1b).**

En relación al Estado civil, se presentó que las acompañadas comprenden el mayor número de casos con 250 para un 62,5%, seguido por las casadas con un número de casos de 101 para un 25,3%. El grupo de Solteras fue el más bajo porcentaje (12,3%). **(Ver tabla 1c).**

En cuanto a la ocupación, tenemos que 371 pacientes equivalentes al 92,8% eran amas de casa, seguido de 10 casos de profesional equivalentes al 2,5%, estudiantes fue el grupo más bajo con 4 casos equivalentes al 1,0%. **(Ver tabla 1d).**

Se encontró que el mayor número de pacientes a las que se les practico cesáreas eran Primigestas con 118 casos (29,5%), seguido por las Bigestas con 116 casos (29,0%), con 106 casos (26,5%) están las Trigestas, con 44 casos (11,0%) las Multigestas y en último lugar tenemos a las Gran Multigestas con 16 casos (4 %). **(Ver tabla 2).**

Tenemos que el mayor número de pacientes a las que se les practico cesáreas eran Primíparas con 127 casos (31,8%), seguido por las Multíparas con 106 casos (26,5%), las Biparas con 94 casos (23,5%), con 57 casos (14,2%) están las Nulíparas y en último lugar tenemos a la Gran Multípara con 16 casos (4 %). **(Ver tabla 2a).**

Con respecto a la edad gestacional, se encontró que las pacientes con gestaciones a término fueron las de mayor predominio con 313 casos para un 78,3%, seguido retiradamente por lo grupos restantes en donde aparecen los

embarazos pre términos con 74 casos (18,5%), los embarazos post términos con 9 casos (2,3%) y con solo 4 casos el 1,0% aparece las pacientes con embarazo inmaduro. **(Ver tabla 2b).**

En cuanto a la asistencia de Controles Prenatales, tenemos que 218 pacientes, el 54,5%, tenían Controles Prenatales Completos, en segundo lugar, con 150 casos para un 37,5% están las pacientes con Controles incompletos, 32 pacientes equivalentes al 8,0% no tenían Controles Prenatales. **(Ver Tabla 2c).**

Al describir la frecuencia de la Cesárea Anterior encontramos que 230 pacientes, equivalentes al 57,5% no se habían realizado ninguna cesárea anterior, 128 casos para un 32,0% se había realizado una Cesárea Anterior, seguido de 36 pacientes equivalentes al 9,0% se había realizado dos Cesáreas Anteriores, y por ultimo 6 casos para un 1,5% se realizaron tres Cesáreas Anteriores **(Ver tabla 2d).**

Se encuentra que dentro de los Antecedentes Patológicos 261 casos para un 65,3% no presentó ningún Antecedentes Patológicos, 83 pacientes equivalentes al 20,8% presentó, antecedentes de Hipertensión Arterial, seguido de 35 casos para un 8,8% presentó antecedentes de Diabetes Mellitus y por ultimo 21 casos equivalente al 5,3% con otro tipo de Antecedentes Patológicos. **(Ver tabla 2e)**

Se evidencia que según grupo de indicación de la cesárea el que mayor porcentaje aportó fue el de las Maternas con 216 casos para un 54,0%, superando en casi al doble al grupo del segundo lugar las Fetales, que obtuvieron 152 casos

para 38,0% y ambas indicaciones Maternas y Fetales con 32 casos equivalente al 8,0%. **(Ver tabla 3).**

Al descubrir la frecuencia de la clasificación del tipo de cesárea se determina que la cesárea electiva ocupa el primer lugar con 363 casos (90,8%), seguidas por cesárea en curso del parto con 35 casos (8,8%) y por último solo con 2 casos (0,5%) cesárea de urgencia. **(Ver tabla 3).**

Con respecto a las complicaciones tenemos que 3 casos equivalentes al 0,8% del total de la población estudiada; sufrió algún tipo de complicaciones Maternas de las que corresponde a 1 caso de hemorragia (33.3 %) y 2 casos de infecciones (66.7%). Complicaciones Fetales no se presentaron. **(Ver tabla 4a y 4b).**

El índice de Cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de estudio fue de 44 %, con una prevalencia de cero, ya que no se reportó ningún caso nuevo según el último estudio en dicho Hospital realizado por Narváez Rojas que fue de 45.4%.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante el periodo de Febrero a Julio del 2015 en el Hospital Bertha Calderón Roque se encontró que la edad materna de realización de este evento quirúrgico se observó con mayor frecuencia en el grupo de 20–24 años, con 166 casos correspondiéndole el 41,5%, cifra muy similar a la reportada por Lee Santos en Nuevo Laredo, Tamaulipas (18) y Pavón León en Veracruz y Narváez Rojas que fue de 66.4% a diferencia de los resultados obtenidos por Gonzales Guillermo de México y Corri Black en el Reino Unido, donde la edad de práctica de esta cirugía fue más común en mujeres de 30 años o más (60.6%) (8), esto quizá debido a las distintas esferas, sociales, culturales y económicas que caracterizan a un país desarrollado.

Las pacientes de origen Urbano tuvieron predominio sobre las de origen Rural con 79,3 % para las primeras y 20,8% para las segundas, lo que se relaciona con la bibliografía consultada, lo que el mayor índice se lo podemos atribuir al mayor porcentaje poblacional que hay en el Departamento de Managua el cual es de 24%. (INIDE, 2009) (13), siendo el área urbana de la capital donde se ubica la mayor cantidad de esta población, y a la ubicación de dicho hospital y el fácil acceso que les resulta a las pacientes ya que no cuentan con seguro social (INSS). Otros estudios presentan igual tendencia con lo que se relaciona con los índices de natalidad, la educación continua brindada a través de los CPN referente a la atención del parto institucional, lo que además de brindar mejor calidad permite tener constancia de las alteraciones y/o complicaciones del parto. Lo anterior se ve favorecido por el alto porcentaje (54,5%) de pacientes con CPN completos lo que

constituye más del doble de pacientes con controles incompletos y ninguno en este periodo de estudio.

No obstante, la cesárea es un procedimiento quirúrgico de emergencia y de ninguna manera debe ser elegido arbitrariamente. Desde hace algunos años se habla de la existencia de un lucro por parte de muchas clínicas al recomendar innecesariamente cesáreas. Sin embargo, también se ha extendido la creencia de que un parto por cesárea es lo más moderno y avanzado dado que permite a las mujeres organizar sus vidas en base a una fecha elegida para un parto rápido y no doloroso. Es por ello que más mujeres educadas y con mayores ingresos optan por planificar la fecha de su cesárea para poder organizar su vida laboral en torno a ello. Lo cierto es que, según la OMS, una intervención de este tipo puede someter a más riesgos a la madre, riesgos que pueden ser evitados. (21)

En este estudio se observa que las pacientes con mayor indicación de cesárea son las pacientes con escolaridad Secundaria con 56,3% seguidas de las Universitarias con 21,8% en dicho Hospital comparado con el estudio realizado en el Hospital Primario de Masaya (Morgan & Castillo, 2014) (23) pero diferentes en regiones alejadas del país como Río San Juan donde la escolaridad correspondía en más de la mitad a educación primaria (Sevilla & Rojas, 2001). (33). Este dato únicamente refleja que el nivel de educación que se ha adquirido en el país no guarda relación con la vía del parto.

En relación al estado civil se encontró en primer lugar que prevalecieron las pacientes en relación acompañada 62,5% seguido de las casadas con 25,3%;

observándose una similitud entre Muñoz José de México (24) que predomina un gran número de pacientes acompañas o en Unión libre. En la ocupación prevalecieron las amas de casa con 92,8% lo que se relaciona con la bibliografía.

La operación cesárea se realizó en 118 primigestas (29,5%), la cual se relaciona con el estudio de Muñoz José con 127 Nulíparas (31,8%) (24) cifra muy semejante a la observada por Benjamín Trujillo en su estudio reportado en el año 2000 y llevado a cabo en el Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1 del IMSS de Colima, al estudio de Muñoz José reportado en el 2008 en el Hospital del Sector de Aguascalientes México con un 37,9%, y al estudio reportado por Hugo Salinas (39,8%) del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el estudio efectuado de Enero del 2001 a Diciembre del 2002 y de Steven L. Bloom (40.9%), en el estudio realizado en el año 2002, a través de la red de Unidades de Medicina Materno-Fetal, que conforman el Instituto Nacional de Salud del Niño y de Desarrollo Humano en los Estados Unidos de Norteamérica.

Dentro del tema de la cesárea es importante señalar el momento oportuno para su realización, el que según la teoría deberá ser hasta que bajo valoración previa de parámetros clínicos y paraclínicos que permita determinar la madurez fetal, esto se relaciona con lo encontrado, en donde el mayor número de cesáreas se realizó en embarazos a termino con 313 casos (78,3%), seguido muy atrás con los pretérminos con 74 casos (18,5%). Independientemente de la indicación siempre mantuvo esta tendencia a excepción de las cesarías en curso del parto. Muy similar al estudio de Narváez Rojas donde predomino francamente los embarazos a termino con más del 86,1%.

El antecedente de una cesárea previa, propició la práctica de una nueva cesárea hasta en un 32,0%, ya que las pacientes que no se habían realizado anteriormente cesárea en su mayoría fueron las Nulíparas hecho que concuerda con otros autores (14) (11) que al parecer han retomado el postulado emitido por Eduardo Cragin en 1906, quien decía “una vez cesárea, siempre cesárea”, ya que la práctica de este procedimiento quirúrgico se encuentra vinculado dentro de las indicaciones más frecuentes en la práctica de la operatoria obstétrica actual, hecho quizá debido en nuestros tiempos a la cultura de la demanda, a la comodidad de su realización y la baja morbimortalidad materna al efectuar el procedimiento quirúrgico, al derecho de autonomía que la bioética actual establece para que las pacientes decidan sobre su cuerpo. El antecedente de cesárea previa se ha vinculado también a los riesgos de presentar de un 30% hasta un 50% placenta previa, abrupcio placentae o también llamado desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (11). El antecedente de cesárea iterativa, es decir el antecedente de dos o más cesáreas practicadas en una misma paciente es considerado por normatividad como indicación absoluta de cesárea, tal como se encuentra establecido en el INPer y las diversas unidades hospitalarias de nuestro país.

La cesárea iterativa se relaciona con el aumento de complicaciones que incluyen desde más dificultad técnica para el abordaje quirúrgico, mayor tiempo quirúrgico, formación de adherencias densas, mayor riesgo de lesión de órganos adyacentes, hasta lesión vesical e intestinal, mayor sangrado transoperatorio, mayor transfusión sanguínea así como anormalidades en la implantación, como lo son la placenta

previa, el abruptio placentae y el acretismo placentario con la consecuente cesárea hysterectomía.(34)

La pre eclampsia/eclampsia tuvo el segundo lugar en los antecedentes personales con 83 casos (20,8%), obteniendo el primer lugar los pacientes sin comorbilidad con 261 casos (65,3%) en la institución en estudio. La relación de cesáreas por estos antecedentes patológicos es menor en hospitales primarios como el de San Carlos (Sevilla & Rojas, 2001) o en una Empresa Médica Previsional de Managua donde el síndrome hipertensivo gestacional fue la segunda causa (Meneses & Osorio, 2008). Se ha observado una leve disminución de la tasa de esta indicación a lo largo de los años en el Hospital Bertha Calderón (Urbina, 1999) (Meneses & Osorio, 2008). (22).

Según los criterios de indicación de operación cesárea en dicho Hospital fueron las casusas maternas con 216 casos (54,0%), seguida de las indicaciones fetales donde se reportan 152 casos (38,0%), donde la cesárea electiva fue la que predomino con 363 casos (90,8%) lo que concuerda según la literatura consultada donde en los últimos informes respecto con el aumento de la tasa del estudio por Narváez Rojas la indicación número uno es la cesárea previa con un 34,8% manteniéndose como la segunda causa el sufrimiento fetal agudo con 21,1%, los que nos indica que se siguen manteniendo las mismas indicaciones. (26).

Con respecto a las complicaciones de la operación cesárea en dicho estudio, tenemos que las complicaciones maternas fueron las que se presentaron únicamente con 3 casos (0,8%) de la población a estudio; en comparación con las

complicaciones fetales las cuales no se reportó ningún caso; dentro de las complicaciones maternas tenemos nada más 2 casos de Infecciones (66.7%) y solamente un caso de hemorragia posparto (33.3%). Las complicaciones más frecuentes de la cesárea en general son la infección de herida, la necesidad de transfusión de sangre, la hemorragia, la endometriitis y las lesiones viscerales y fetales según el estudio de Javier Puma, Jorge Díaz, Carlos Caparó donde reporto que las complicaciones más frecuentes relacionadas a la cesárea varían según las distintas series y circunstancias, siendo las principales la infección de herida operatoria (0,7 a 7,5%), la transfusión de sangre (5,3%), la hemorragia puerperal (3,1%), la endometriitis (1,6% a 8,3%), desgarro de histerorrafia, lesión urinaria e intestinal.(18)

En relación a hemorragia puerperal, las mujeres sometidas a cesárea en periodo expulsivo tienen 3,1 veces más probabilidades de sufrir la pérdida de sangre mayor de 1000 ml y tienen 2,9 veces más probabilidades de ser trasfundidas (4, 33). Radha encuentra 2,7% de operadas en expulsivo con hemorragia puerperal, hallazgo muy inferior al nuestro que fue de 0,3%. Según la condición de egreso todas las pacientes en estudio fueron dadas de Alta y notificadas a su centro de salud correspondiente para su seguimiento.

Durante el periodo de Febrero a Julio del 2015 en el Hospital Bertha Calderón Roque se reportaron un total 5,252 nacimientos registrados por el departamento de estadística de los cuales 2,298 correspondían a nacimientos por cesárea y 2954 correspondían a nacimientos por vía vaginal, teniendo como índice de cesárea un 44%. Cifra muy superior a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud

(OMS) la cual recomienda que la tasa de cesárea no supere el 15 % -20 % del total de los nacimientos registrados y según el nivel de atención del hospital se puede observar que la tasa de cesárea en el HBCR de Nicaragua es muy elevada según lo sugerido por la OMS. (30).

Este incremento de cesáreas quizá sea explicado por factores jurídicos (demandas), éticos, así como factores biológicos (nuliparidad, obesidad) y médicos (antecedente de una cesárea previa, analgesia obstétrica e inducto conducción).

CONCLUSIONES

1. El índice de cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque de Febrero a Julio del 2015 fue de 44%, cifra muy superior a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual recomienda que la tasa de cesárea no supere el 15 %-20 % del total de los nacimientos registrados.
2. En relación a las características personales de nuestra población estudiada tenemos que:
 - a) El grupo etareo con más cesárea es el de 20-24 años con 166 casos (41,5%).
 - b) La procedencia Urbana fue la más frecuente con 317 casos (79,3%).
 - c) La escolaridad la que predomino fue secundaria con 225 casos (56,3%).
 - d) El estado civil fue acompañado con 250 casos (62,5%).
 - e) La ocupación con Ama de casa con 371 casos (92,8%).
3. En lo que respecta a las características obstetras encontramos que:
 - a) Las pacientes primigestas tienen la mayor frecuencia de cesárea con 118 casos (29,5%).
 - b) Las pacientes Nulíparas tienen la mayor frecuencia de cesárea con 127 casos (31,8%).
 - c) El mayor número de cesáreas se realizó a gestantes con embarazo a termino con 313 casos (78,3%).
 - d) 218 pacientes (54,5%) presentaban CPN completos.

- e) Un total de 230 pacientes (57,5%), fueron sometidas por primera vez a la operación cesárea.
4. Según los criterios de indicación de operación cesárea en dicho Hospital fueron las causas maternas con 216 casos (54,0%), seguida de las indicaciones fetales donde se reportan 152 casos (38,0%), donde la cesárea electiva fue la que predominó con 363 casos (90,8%).
 5. Las complicaciones maternas fueron las que se presentaron únicamente con 3 casos (0,8%) en comparación con las complicaciones fetales las cuales no se reportó ningún caso; dentro de las complicaciones maternas tenemos nada más 2 casos de Infecciones (66.6%) y solamente un caso de hemorragia posparto (33.3%).
 6. 100 % de las pacientes fueron dadas de Alta.

RECOMENDACIONES

A Nivel de Centro de Salud:

1. Que los directores de las áreas de atención primarias, centro de salud hagan una supervisión completa para que las pacientes que se sea llevado su control prenatal y necesite una cesárea, se enviada con un formato oportuno para que sea valorada en la atención secundaria.

Al Hospital Bertha Calderón R:

1. Al director del Hospital en conjunto con los jefes del servicio creen una sistemática de supervisión para que quede bien claro en los expedientes la indicación de cesárea y que también se establezca la supervisión absoluta del consentimiento informado en el cual aparecen los riesgos y beneficios de una operación cesárea.
2. Que los jefes de servicio supervisen de una manera más estricta la jerarquía para la indicación de una operación cesárea.
3. A los jefes, médicos residentes en conjunto con su médico de base de la emergencia que es el primer eslabón de contacto con las pacientes, hagan una valoración exhaustiva de la pelvis y que determinen de forma clara y precisa cual va a ser la vía de nacimiento.

4. Al personal médico del Hospital Bertha Calderón R. junto con su director de atención, sigan realizando su práctica médica en relación a la operación cesárea como se está haciendo hasta hoy.

Al Ministerio de Salud de Nicaragua:

A las autoridades que tienen a cargo la atención en salud de vigilancia de la calidad de los hospitales, mantengan de forma periódica la actualización de las normas, especialmente la de operación cesárea para disminuir el alto índice de cesárea que hay en el país.

IV. REFERENCIAS

BIBLIOGRAFIA

1. Alkire BC, V. J. (2014). Obstructed Labor and Caesarean Delivery: The Cost and Benefit of Surgical Intervention. 2012. PLoS ONE (Internet). 2012 (Citado el 10 de enero del 2014);7(4): e34595.); Disponible en: <http://www.plosone.org/arti>.
2. Bamigboye AA, H. G. (2007). Cierre versus no cierre del peritoneo en la cesárea . The Cochrane Library , 6-27.
3. Bloom SL, S. Y. (2005). Complications of Anesthesia for CesareanDelivery. Obstetrics Gynecology 2005.
4. Cárdenas*, R. (2001). Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. Gac Méd Méx Vol. 138 No. 4,, 357-365.
5. Corri B, J. A. (2005). Cesarean Delivery in the United Kingdom. Obstetrics Gynecology 2005; 106 (1) 151-5.
6. Cueva, V. M. (2012). Protocolo de cuidados de enfermería para el manejo depacientes embarazadas que ingresan al servicio de centroobstetrico para cesarea. Peru.
7. Cordoba, M. (02 de Marzo de 2015). La cesárea, ¿es tan necesaria? El Nuevo Diario.
8. Comportamiento epidemiologico de la operación Cesarea en el Hospital Gaspar Garcia Laviana de Rivas periodo de Junio 1996 a Junio 1997
9. Eduardo Vélez-Pérez, V. J.-G. (2013). Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de GinecoPediatria del IMSS de Hermosillo, Sonora. 16- 22.

10. Egan, L. A. (2002). Operacion cesarea: Una perspectiva integral. Chile.
11. Fuentes, M. G. (2009). Complicaciones de la cesarea. 1-24.
12. Getahun D, O. Y. (2006). Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placentalabruption. *Obstetrics & Gynecology*. 2006; 107(4): 771-8.
13. <http://www.inide.gob.ni/bibliovirtual/publicacion/Informe%20EMNV%202009.pdf>. (2009).
14. Hugo Salinas P, B. N. (2006). Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervencion. *Revista HCUCh* , 168-177.
15. Hugo Salinas P, J. A. (2005). FACTORES PREDICTORES DE CESÁREA. CHILE: REV CHIL OBSTET GINECOL.
16. I, L. (2004). Operación Cesárea: estudio de causas y tendencias en un hospital de segundo nivel. *Rev. Med. IMSS* 2004;42(3): 169-204. Mexico.
17. J., E. (2004). Cesárea, experiencia en el hospital general de Oxapampa. *Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Ginecol. Obstet.* 2004; 50(2): 106-10. Peru.
18. Javier Puma, J. D. (2015). Complicaciones maternas de la cesárea en gestante a termino en periodo expulsivo en Hospital General de Lima Peru. *Revista Medica Herediana*, 15-21.
19. Lehman, B. (s.f.). Clearinhouse; Prevention of surgical site infections. In: Center for Patient Safety and Medical Error Reduction, JSI Research and Training Institute, Inc. Prevention and control of healthcare-associated infections in Massachusetts. Part 1. Massachusetts.

20. M, R. A. (2005). Comportamiento epidemiológico de la mortalidad maternidad en el centro materno infantil de san Lorenzo las minas.
21. Marengo, K. (23 de Agosto de 2000). Aumentan nacimientos por cesárea. La Prensa.
22. Meneses, G. O. (2008). Principales indicaciones de Cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el Período comprendido de Enero-Junio 2007(Tesis de pregrado, inédita). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, Nicaragua. Managua.
23. Morgan, E. &. (2013). Indicaciones de cesárea en el servicio de Gineco-Obstetricia de Hospital Humberto Alvarado Vásquez Masaya en el período enero 492012-enero 2013(Tesis de pregrado, inédita). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua,. Masaya.
24. Muñoz-Encis, J. M. (2011). Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada. Ginecol Obstet Mex 201, 67.63.
25. Nisenblat V, B. S. (2006). Maternal complications associated with multiple cesareandeliveries. Obstetrics & Gynecology. 2006; 108(1): 21-6.
26. Narvaez Rojas A. (2014). indicacion de Cesarea en el Hospital Bertha Calderon Roque de Managua. Managua.
27. Ñieto, A. U. (2013). Frecuencia y factores de riesgo asociadas a complicacion post-operatoria en las pacientes obstetra. Queretaro.
28. PÉREZ, G. J. (2011). Cesáreas en México: aspectos sociales, económicos y epidemiológico. Guadalajara Mexico.

29. Royal, R. (2011). College of Obstetricians and Gynaecologists caesarean section national collaborating centre for women's and children's health commissioned by the national institute for health and clinical excellence november 2011.
30. Salinas PH, A. V. (2004). Factores predictores de cesárea. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2004. Chile.
31. SEGO Cesárea Fundamentos de Obstetricia 2007 pag 793. (2007).
32. Selo-Ojeme D, S. S. (2008). Caesarean delivery at full cervical dilatation versus caesarean delivery in the first stage of labour: comparison of maternal and perinatal morbidity. Archives of Gynecology and Obstetrics (Internet). 2008 (Cit.
33. Sevilla, S. & Rojas (2001). Principales indicaciones y complicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital Dr. Luis Felipe Moncada, San Carlos, enero-diciembre del 2000 (Tesis de pregrado, inédita). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managu. San Carlos.
34. Shawarcz R. (2005). Shawarcz Obstetricia. Buenos Aires.
35. Trujillo HB, T. P. (2000). Factores de riesgo para cesárea: un enfoque epidemiológico. Ginecol Obstet Mex. Mexico.
36. (2013). Protocolos para la Atención de las Complicaciones Obstetricas. Normativa 109. Ministerio de Salud.

37. (2013). Guia Perinatal. Chile.

38. (2008). Canadian consensus guidelines on human papillomavirus Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada Volume 29. Canada.

V. ANEXOS

ANEXO 2

**COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE LA OPERACIÓN CESAREA EN
EL HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE, PERIODO COMPRENDIDO
DESDE FEBRERO A JULIO DEL 2015.**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Numero de Ficha

Número de Expediente

1. DATOS DEMOGRAFICOS

1.1 EDAD

- a. < 15 años -----
- b. 15 – 19 años -----
- c. 20 – 24 años -----
- d. 25 – 29 años -----
- e. 30 - 34 años -----
- f. 35 años y mas -----

1.2 PROCEDENCIA-DIRECCION

- a. Urbano -----
- b. Rural -----

1.3 ESCOLARIDAD

- a. Primaria -----
- b. Secundaria -----
- c. Universitaria -----
- d. Analfabeta -----

1.4 ESTADO CIVIL

- a. Soltera -----
- b. Acompañada -----
- c. Casada -----

1.5 OCUPACION

- a. Ama de casa -----
- b. Obrera -----
- c. Técnica -----
- d. Profesional -----

e. Estudiante -----

2. DATOS OBSTETRICOS

2.1 GESTACIONES

a. Primigesta -----

b. Bigesta -----

c. Trigesta -----

d. Multigesta -----

e. GranMultigesta -----

2.2 PARIDAD

a. Nulípara -----

b. Primípara -----

c. Bipara -----

d. Multípara -----

e. Gran Multípara -----

2.3 EDAD GESTACIONAL

a. 22 – 27 SG -----

b. 28 – 36 SG -----

c. 37 – 41 SG -----

d. 42 – a más SG -----

2.4 NUMERO DE CONTROLES PRENATALES

a. Completos -----

b. Incompletos -----

c. Ninguno -----

2.5 CESARIA ANTERIOR

a. No -----

b. Si -----

1. -----

2. -----

3. -----

2.6 ANTECEDENTES PATOLOGICOS

a. Diabetes Mellitus -----

b. Preclampsia/Eclampsia. -----

c. Ninguno -----

d. Otro -----

3. DIAGNOSTICO DE INDICACION DE OPERACIÓN CESARIA

- a. Indicaciones Maternas -----
- b. Indicaciones Fetales -----

4. COMPLICACIONES QUIRURGICAS ASOCIADAS

- a. Maternas -----
- b. Fetales -----

5. CONDICION DE EGRESO

- a. Alta -----
- b. Abandono -----
- c. Fallecida -----

ANEXO 3

TABLAS

Tabla N° 1

Características Demográficas de las embarazadas que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015.

Variables	Número	Porcentaje
Grupos de edad		
15-19	42	10,5
20-24	166	41,5
25-29	104	26,0
30-34	56	14,0
35 y mas	32	8,0
TOTAL	400	100.00

Fuente: Expedientes Clínicos.

TABLA N° 1a

Características Demográficas de las embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015.

Variables	Número	Porcentaje
Procedencia		
Urbano	317	79,3
Rural	83	20,8
TOTAL	400	100.00

Fuente: Expedientes Clínicos.

TABLA N° 1b

Características Demográficas de las embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015.

Variables	Número	Porcentaje
Escolaridad		
Primaria	76	19,0
Secundaria	225	56,3
Universitaria	87	21,8
Analfabeta	12	3,0
TOTAL	400	100.00

Fuente: Expedientes Clínicos.

TABLA N° 1c

Características Demográficas de las embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015.

Variables	Número	Porcentaje
Estado Civil		
Soltera	49	12,3
Acompañada	250	62,5
Casada	101	25,3
TOTAL	400	100.00

Fuente: Expedientes Clínicos.

TABLA N° 1d

Características Demográficas de las embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015.

Variable	Número	Porcentaje
Ocupación		
Ama de Casa	371	92,8
Obrera	6	1,5
Técnica	9	2,3
Profesional	10	2,5
Estudiante	4	1,0
TOTAL	400	100.00

Fuente: Expedientes Clínicos.

TABLA N° 2

Características Gineco-Obstétricas de las embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015.

Variables	Número	Porcentaje
Gestaciones		
Primigesta	118	29,5
Bigesta	116	29,0
Trigesta	106	26,5
Multigesta	44	11,0
Gran Multigesta	16	4
TOTAL	400	100.00

Fuente: Expedientes Clínicos.

TABLA N° 2a

Características Gineco-Obstétricas de las embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015.

Variables	Número	Porcentaje
Paridad		
Núlipara	57	14,2
Primípara	127	31,8
Bipara	94	23,5
Múltipara	106	26,5
Gran Multipara	16	4
TOTAL	400	100.00

Fuente: Expedientes Clínicos.

TABLA N° 2b

Características Gineco-Obstétricas de las embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015.

Variable	Número	Porcentaje
Semanas de Gestaciones		
22-27	4	1,0
28-36	74	18,5
37-41	313	78,3
42 y más.	9	2,3
TOTAL	400	100.00

Fuente: Expedientes Clínicos.

TABLA N° 2c

Características Gineco-Obstétricas de las embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015.

Variables	Número	Porcentaje
Controles Prenatales		
Completos	218	54,5
Incompletos	150	37,5
Ninguno	32	8,0
TOTAL	400	100.00

Fuente: Expedientes Clínicos.

TABLA N° 2d

Características Gineco-Obstétricas de las embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015.

Variable	Numero	Porcentaje
Numero de Cesárea Anterior		
0	230	57,5
Una	128	32,0
Dos	36	9,0
Tres	6	1,5
TOTAL	400	100.00

Fuente: Expedientes Clínicos.

TABLA N° 2e

Características Gineco-Obstétricas de las embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015.

Variable	Numero	Porcentaje
Antecedentes Patológicos		
Diabetes Mellitus	35	8,8
Preclampsia/Eclampsia.	83	20,8
Ninguno	261	65,3
Otro	21	5,3
TOTAL	400	100.00

Fuente: Expedientes Clínicos.

TABLA N° 3

Criterios diagnósticos de indicación de operación Cesárea de las embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015.

Variables	Número	Porcentaje
Indicación de Cesárea		
Maternas	216	54,0
Fetales	152	38,0
Ambos	32	8,0
Clasificación del tipo de Cesárea		
Cesárea Electiva	363	90,8
Cesárea en curso del Parto	35	8,8
Cesárea de Urgencia	2	0,5
TOTAL	400	100.00

Fuente: Expedientes Clínicos.

TABLA N° 4a

Complicaciones quirúrgicas asociadas a la operación Cesárea de las embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo comprendido desde Febrero a Julio del 2015.

Complicaciones de la operación cesárea	Número	Porcentaje
Maternas	3	0,8
Fetales	0	0.00
Ninguno	397	99,2
TOTAL	400	100.00

Fuente: Expedientes Clínicos.

TABLA N° 4b

Complicaciones Maternas de la Operación Cesárea	Número	Porcentaje
Hemorragias	1	33.3
Infecciones	2	66.7
TOTAL	3	100

Fuente: Expedientes Clínicos.