

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



INFORME FINAL DE TESIS DE GRADO

**COMPORTAMIENTO DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN
PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BAUTISTA EN
EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2016**

Autora:

Br. Angélica Bethania Ramírez Delgado

Carné:

1201-0033

Tutor Clínico:

Dr. José Antonio Medrano Martínez

Especialista en Ginecobstetricia

MS. Salud Sexual y Reproductiva

MANAGUA, NICARAGUA DICIEMBRE 19, 2017

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA.....	iii
OPINIÓN DEL TUTOR.....	iv
RESUMEN.....	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACIÓN.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO TEÓRICO	7
DEFINICIÓN:	7
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	8
ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS	9
TIPOS DE CESÁREA	10
INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE CESÁREA.....	13
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	16
VIII. RESULTADOS	20
IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	24
X. CONCLUSIONES	27
XI. RECOMENDACIONES	28
XII. BIBLIOGRAFÍA	29
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	31
LISTA DE ACRÓNIMOS.....	34
ANEXOS	35
ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	36
ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	39
ANEXO 3: TABLAS DE SALIDA DE LOS DATOS	42
ANEXO 4: GRÁFICO DE LOS RESULTADOS	49

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que me brindaron su apoyo para llevar a cabo la culminación de este trabajo.

A mi institución y a todos mis docentes por su esfuerzo para que finalmente pudiera graduarme como profesional.

Al personal del Hospital Bautista, que en distintas maneras me apoyaron para culminar esta tesis.

DICATORIA

Gracias, primeramente, por estar conmigo en todo momento, por iluminar mi mente, sin su ayuda no hubiese sido posible llegar hasta donde he llegado hoy.

Gracias madre, por darme su apoyo incondicional, por impulsarme a seguir adelante, aún en dificultades. Gracias por cumplir el sueño de darme una carrera para mi futuro y por creer en mí.

Gracias esposo Walter, por creer en mi capacidad y estar a mi lado motivándome. Gracias por el tiempo, la paciencia y el amor brindado durante esta etapa de mi vida.

Gracias Hellen, mi mayor motor para culminar esta meta. A ella en especial, quien nunca dejó de creer en mí.

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron dispuestas a brindarme toda su ayuda, A ellos les dedico este peldaño que culmino en mi vida, porque el trabajo y el esfuerzo fue en equipo. Gracias a ellos hoy logré finalizar mi carrera profesional.

OPINIÓN DEL TUTOR

En los últimos años, los gobiernos, gerentes y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto al incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materno infantil. Asimismo, cada vez más, la comunidad internacional hace referencia a la necesidad de revisar la tasa recomendada en 1985 y mantenida en reunión de expertos durante el año 2014.

La Organización Panamericana de la Salud ha propuesto la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal.

Esta investigación realizada en el Hospital Bautista, cuyo nombre es **Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016**, permite conocer las indicaciones quirúrgicas para la realización de la cesárea.

Los resultados de este estudio de tesis, eficientemente sistematizado en este documento por Br. Angélica Bethania Ramírez Delgado, trata de dar respuesta a esta problemática, analizando las indicaciones de cesárea.

Invito a la comunidad médica a tener este aporte como referencia actualizada para la docencia, práctica médica o evaluación de impacto de futuras intervenciones.



Dr. José A. Medrano M.
Especialista en Ginecobstetricia
MS. Salud Sexual y Reproductiva.

RESUMEN

La Frecuencia de la operación cesárea ha incrementado en los últimos años, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto que los países deben realizar esfuerzos por mantener la incidencia de cesáreas alrededor de 15% del total de nacimientos.

El Objetivo de este estudio fue determinar el comportamiento de la cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016.

Este estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con un universo de 620 pacientes, constituyendo una muestra de 200 expedientes de pacientes.

Se realizaron 1,201 nacimientos durante el periodo de estudio, con incidencia de cesárea de 51.6%, del total de mujeres atendidas por cesárea, 35% son primigestas. El grupo etario de 25-29 es el más frecuente, procedentes en su totalidad del área urbana, Se logró determinar que la mayor parte de las cesáreas fueron realizadas en curso de parto, siendo las indicaciones más frecuentes causas fetales asociadas en su mayoría al sufrimiento fetal agudo. La incidencia de cesárea en Hospital Bautista duplica el máximo recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Esto nos orienta a una revisión cuidadosa sobre la aplicación de normas e instalación de un programa de garantía de calidad en el servicio.

I. INTRODUCCIÓN

En la mujer, el embarazo es considerado un fenómeno de transición en el que se presentan múltiples cambios fisiológicos, acompañados de alteraciones subjetivas y objetivas que involucran múltiples órganos y sistemas, pero es más acentuado en el sistema reproductor. (1)

El proceso fisiológico de finalización del embarazo es el parto vaginal, en algunos casos por encontrarse en riesgo la vida de la madre o el feto, se realiza una operación cesárea a la cual en lo sucesivo de este documento se le llamará: cesárea.

Según reporte de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de Salud, entre 2006 y 2010 el 15% de los nacimientos fueron a través de la vía cesárea. De acuerdo a este informe, en América Latina y el Caribe, este porcentaje se duplicó a un 38%, siendo Brasil el país con más alto porcentaje (50%), seguido de México 43%. En Centroamérica, El Salvador reportó el porcentaje más alto con 25% y Honduras el más bajo con 13%. (2)

En el año 2012, en un reporte de 25 países latinoamericanos hubo 13,939,455 de nacimientos, el 38.9% de los mismos fueron por cesárea. Las tasas de cesáreas en los países de las Américas oscilaron entre 8% en Guatemala y el 55.6% en Brasil. En este período, Nicaragua presentó la tasa más alta con 34.2%. (2).

La cesárea, cuando está justificada clínicamente, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal, pero en caso contrario donde el procedimiento quirúrgico es innecesario, los riesgos a la salud de la madre y el neonato se incrementan.

Dada la importancia de este problema, esta investigación pretende conocer **Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016**, cuyos resultados y conclusiones se presentan en este documento.

II. ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda 15% como tasa aceptable de cesáreas, utilizando como criterio que luego de esa cifra el aumento de las cesáreas no se correlaciona con mejores resultados neonatales (3)

La distribución mundial de la tasa de cesáreas es muy desigual y oscila entre el déficit (menos de 5%) y el exceso (encima de 30%). En los países que no tienen acceso (por ejemplo, países africanos) se comprueba una tasa creciente de cesáreas, independiente del punto de partida. En Uruguay hay un ascenso progresivo desde el año 2009 (35,5%) al 2013 (43,7%), pero con muchas instituciones por encima de 55% y alguna que supera el 70%. Siempre es mayor en el ámbito privado que en el público. (4)

En un estudio de Tesis presentado por Contreras Christian y Matus Alejandro en la UNAN León en el año 2007, se indica que Nicaragua en el año 2001 tenía un índice de cesárea del 14.7 %, para el año 2003 este porcentaje se incrementó hasta un 25% , de 75,961 nacimientos, 18,998 fueron por vía cesárea, de los 10,500 nacimientos en el Hospital Bertha Calderón, 3,483 fueron vía cesárea para un 33%, mientras que en el Hospital Materno Infantil Dr. Fernando Vélez Paiz, los nacidos por cesárea fueron el 27.61%. (5)

En este mismo estudio realizado en el 2007, en el Hospital Alemán Nicaragüense se concluyó que la indicación de cesárea más frecuente en primigestas fue la desproporción cefalopélvica con un 35%. (5)

Estudio realizado en Hospital Bautista de Managua por Vélez Tatiana, en mayo 2012 encontró que el 60.1% de las cesáreas estudiadas fueron primitivas y el 39.9% restante fueron iterativas; el 56% fueron indicadas de emergencia, las indicaciones más frecuentes fueron cesárea anterior (38.9%), sufrimiento fetal agudo (12%) y circular de cordón (8.9%). (6)

Vélez Tatiana también menciona en su estudio que, según registros obtenidos en el Servicio de Epidemiología del Hospital Bautista, para el 2010 el índice de cesárea fue del 68%, con un total de 1,115 nacimientos de los cuales 760 fueron parto por cesárea, seguido por el Hospital Militar con un índice de 63%, y el Hospital Monte España al igual que el Hospital Carlos Roberto Huembés tuvieron un índice de cesáreas del 43%. (6)

Narváez Alexis en su estudio realizado en Hospital Bertha Calderón julio 2015 encontró para el Hospital Bertha Calderón durante el año 2014 La incidencia de cesárea del 45.4%, 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%). (7)

Hasta el momento en el Hospital Bautista no se ha realizado un estudio acerca de las indicaciones de cesáreas en primigestas, por lo que consideramos de suma importancia investigar el tema.

III. JUSTIFICACIÓN

Contreras Christian y Matus Alejandro en el Hospital Alemán Nicaragüense, 2007, encontraron que de 1,190 primigestas ingresadas, al 19.7% se le practicó cesárea. La tasa de cesáreas en todas las embarazadas fue de 20.8%. En este mismo estudio se encontró que la indicación absoluta más frecuente fue la desproporción cefalopélvica (35.5%).

Indicaciones adecuadas de una cesárea contribuyen a la disminución de complicaciones maternas en futuros embarazos, ahorros por costos de hospitalización, menor tiempo de recuperación de las mujeres, consecuente reinserción laboral y a la actividad cotidiana, así como el apego temprano con su bebé.

Los resultados obtenidos en este estudio permitirán conocer las indicaciones que justifiquen la realización de cesáreas en las pacientes primigestas y contribuirán al monitoreo del cumplimiento de las normas nacionales de atención del parto, también permitirá un abordaje integral que prevenga daños a la salud de la madre y el niño.

La presente investigación pretende ser el punto de referencia para futuros estudios e intervenciones que Hospital Bautista desee realizar en relación a la atención del parto en primigestas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cesárea está indicada cuando existen factores que ponen en riesgo a la madre o feto durante el parto vaginal, por su característica de ser un procedimiento quirúrgico, puede tener complicaciones que en circunstancias graves provocarían discapacidad o muerte de la mujer, algunos trastornos como el acretismo placentario pueden presentarse en embarazos subsiguientes.

Cuando analizamos diferentes estudios nacionales e internacionales se observa variación entre los porcentajes de nacimientos por cesárea según diferentes regiones o centros de atención, igual comportamiento se refleja en nuestro país.

El Hospital Bautista de Managua tiene capacidad de atención de partos y cesáreas y no dispone de investigaciones previas que analicen las indicaciones de cesárea en sala de Ginecobstetricia, lo que nos conduce a investigar el siguiente problema:

¿Cuál es el comportamiento de la operación cesárea en mujeres primigestas atendidas en el Hospital Bautista durante el primer semestre del año 2016?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar el comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016.

Objetivos específicos:

1. Conocer las características sociodemográficas de las embarazadas.
2. Identificar los antecedentes ginecobstétricos de las pacientes estudiadas.
3. Describir el tipo de operación cesárea realizada a las pacientes en estudio.
4. Determinar las indicaciones de cesáreas en primigestas atendidas.

VI. MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN:

La palabra cesárea se originó en algún momento de la edad media a partir del verbo latino *caedere*, el cual significa *cortar*. Se define como el nacimiento del feto, a través de incisiones en la pared abdominal y uterina. 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. (8)

La indicación de cesárea puede ser realizada de manera programada, otras veces surge de emergencia, por complicaciones en el embarazo o en el parto. Los adelantos técnicos han determinado en las últimas décadas, que la cesárea se ha hecho menos riesgosa para la madre, la redefinición de alguna de sus indicaciones ha posibilitado una mayor supervivencia perinatal y menores traumas obstétricos. (9)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que en una institución el porcentaje de cesáreas debe ser de un 15%, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo fija en 15,5%. (10) (3)

Entre 1970 y el 2007, la tasa de cesáreas en Estados Unidos se elevó de 4.5% de todos los partos a 31.8%. Este incremento ha sido constante, como respuesta al mayor índice de cesáreas, el *American College of Obstetrician and Gynecologist Task Force on Cesarean Delivery Rates* (2000) recomendó como objetivos una tasa de cesárea de 15,5% para nulíparas. (8)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad

Adolescentes

Según datos de la OMS, la tasa de cesárea en adolescentes varía de acuerdo al país y población a estudiar. En países desarrollados, la tasa de cesárea en adolescentes es generalmente más baja que en las pacientes mayores a 19 años, por el contrario, en países en vía de desarrollo la incidencia en la realización de cesáreas es mucho mayor.

La realización de cesárea en menores de 16 años debido a la inmadurez del canal del parto y de la pelvis, están en riesgo aumentado de distocia y otras complicaciones como desgarros perineales y fístulas. (11)

Añosas

Se considera embarazada añosa aquella que supera los 35 años de edad, debe tenerse en cuenta ya que puede implicar una serie de riesgos "extra" para la madre y para el feto. La edad materna promedio está aumentando y las mujeres añosas, en especial cuando son nulíparas, tienen mayor riesgo de cesárea (8)

Procedencia

Urbana:

Según datos registrados a los 5 años previos a ENDESA 2011-2012 el 30% de los partos a nivel nacional por vía cesárea, el 38.5% fueron del área urbana (12).

Rural:

Hay una menor incidencia de cesáreas en el área rural en relación con el área urbana. (12)

Estado civil

Un estudio realizado en la ciudad de León-Nicaragua de incidencia de cesáreas menciona que las pacientes en estudio en su mayoría presentaron como estado civil Unión estable con un total de 68% de los casos. (5)

Escolaridad

El 30% de los partos a nivel nacional registrados en los cinco años previos a la ENDESA 2011-2012 fueron por vía cesárea; de éstos el 52.9% en mujeres con nivel educativo es universitario. (2) (12)

Índice de Masa Corporal (IMC)

El riesgo de cesárea en la paciente con sobrepeso es un 53% superior al de la paciente con normopeso; los riesgos de cesárea en las pacientes obesas y obesas mórbidas son un 100% y un 300% superiores respectivamente. (8) (13)

ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS

Inicio de vida sexual activa (IVSA)

El inicio de la vida sexual a edad temprana se torna preocupante debido a que es considerado un grupo vulnerable. Se conoce que la incidencia de cesárea en adolescentes se ha ido incrementando conforme pasan los años. (10)

Edad gestacional

La edad gestacional menor a 38 semanas de gestación o mayor a 40 semanas aumentan la probabilidad de tener un nacimiento por cesárea. Las mujeres primigestas tienen una mayor proporción de partos por cesárea (43.3%) en comparación con las mujeres que tienen el antecedente de un hijo previo (34.9%), o bien, dos o más hijos (27.5%). (14)

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se propagan predominantemente por contacto sexual, también se pueden propagar por medios no sexuales. La clamidiasis, la gonorrea, la hepatitis B primaria, el VIH y la sífilis pueden transmitirse de madre a hijo durante el embarazo o el parto.

De acuerdo al sitio centinela, realizado en Nicaragua durante el año 2014, de un total de 2,241 mujeres embarazadas el 3.4% tenían antecedentes de ITS, siendo el mayor peso el Flujo Vaginal (41.8%), Candidiasis Vaginal (22.8%), Condiloma (21.5%). (15)

No todas las ITS son indicación de cesárea, en caso de una primoinfección de herpes genital adquirida a partir de la semana 36 de gestación, es aconsejable ofrecer una cesárea electiva. (16)

La cesárea está indicada para mujeres con verrugas genitales si la salida pélvica está obstruida o si el parto vaginal pone en riesgo de un sangrado excesivo a la madre. (17)

Papanicolaou (PAP)

Es una prueba o examen que se hace a las mujeres, cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones del cuello del útero, que posteriormente pueden llegar a convertirse en cáncer. El VPH, aun los serotipos oncogénicos, no es indicación absoluta para cesárea. (17)

TIPOS DE CESÁREA

Según antecedentes obstétricos de la paciente

- ✓ Primitiva: Es la que se realiza por primera vez
- ✓ Iterativa: Es la que se practica en una mujer con una o más cesáreas previas.

Según indicaciones

- ✓ Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica
- ✓ Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto
- ✓ Cesárea en curso del parto: Es la que se realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto.

Según técnica quirúrgica

Transperitoneal

- ✓ Corporal o clásica: La incisión se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: Cáncer cérvicouterino invasor, embarazo pretérmino, histerorráfia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea post-mortem y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía.
- ✓ Segmento-corporal: La incisión se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorráfias corporales previas.
- ✓ Segmento-arciforme o transversal: Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. La incisión transversal del segmento inferior tiene la ventaja de producir menos hemorragia, 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, así como pocas adherencias postoperatorias.

Extraperitoneal

Está indicada en los casos de riesgo o presencia de infección ovular, pues evita la contaminación de la cavidad abdominal y del peritoneo. Existen variables prevesicales, supravesicales, y parasupravesicales. La principal complicación de la técnica es la lesión traumática de la vejiga durante la intervención quirúrgica. (18) (9) (8)

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

- Presentación de nalgas, transversa u oblicua.
- Macrosomía fetal: mayor o igual a 4000 g.
- Placenta previa (parcial, marginal y total).
- Infecciones maternas:

- Condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando. La cesárea no previene el virus del papiloma humano neonatal y debe ser reservada por indicación obstétrica.
- 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.
- 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.

Indicaciones para efectuar una cesárea en Curso del Parto:

- Fracaso de inducto-conducción: cuando a la paciente se le ha administrado 20mu de Oxitocina por minuto y no hay avances en las modificaciones cervicales.
- Fracaso de inducción de la maduración cervical: cuando a la mujer se le ha administrado 6 dosis de Misoprostol en 48 hrs. Y 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.

Indicaciones para realizar una cesárea urgente:

- Sospecha/pérdida de bienestar fetal.

- DPPNI.
- Prolapso de cordón.
- Ruptura uterina.
- Embolia de líquido amniótico.
- Placenta previa sangrante. (19) (9)

INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE CESÁREA

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales, Materno-fetales y ovulares.

A) Causas maternas

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):

- Estrechez pélvica
- Pelvis asimétrica o deformada.
- Tumores óseos de la pelvis.

Distocia de partes blandas:

- Malformaciones congénitas.
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto
- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

Distocia de la contracción:

- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta)
- Inducto-conducción fallida

Patología materna

- Nefropatía crónica
- Cardiopatías
- Hipertensión arterial descompensada

- Diabetes mellitus
- Herpes genital simple activo
- Condilomatosis

B) Causas Fetales

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea post-mortem

C) Causas Materno-Fetales

- Desproporción cefalopélvica
- Hemorragias graves del embarazo y/o del parto
- Preeclampsia/Eclampsia
- TDP detenido

D) Causas ovulares

- Placenta previa oclusiva total
- Placenta previa marginal sangrante
- Insuficiencia placentaria
- DDPNI
- Prolapso del cordón umbilical
- Infección ovular (13) (20) (21) (22)

Las principales indicaciones de la operación cesárea son:

1. Desproporción céfalopélvica
2. Sufrimiento fetal
3. Ruptura prematura de membranas
4. Presentación pélvica

Desproporción cefalopélvica

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal. Ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- Pelvis y feto normales con diámetros feto-pélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.

Sufrimiento fetal

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis.

Ruptura prematura de membranas

Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 horas antes del inicio del trabajo de parto.

Presentación pélvica

La presentación pélvica ocurre en el 3-4% del total de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea. (21) (18) (13) (9) (19)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Área de estudio: Se realizó en el Hospital Bautista Managua ubicado en el Barrio Largaespada, del Distrito I, del Municipio de Managua, capital de Nicaragua. El Hospital Bautista presta servicios a personas adscritas a la seguridad social y brinda atención privada.

Universo: Estuvo constituido por 620 pacientes que fueron egresadas del Hospital Bautista posterior a realización de cesárea.

Muestra: Estuvo conformada por 200 pacientes primigestas, lo cual equivale al 32% del universo, que fueron ingresadas a la sala de Ginecobstetricia del Hospital Bautista.

Tipo de Muestra: Fue por conveniencia del investigador, se tomaron todas las pacientes con diagnóstico de primigesta y cesárea.

Fórmula estadística para la extracción de la muestra: En vista de que la muestra fue por conveniencia, no se utilizó ninguna fórmula estadística para la extracción de la misma.

Unidad de análisis: Lo conformaron los 200 expedientes clínicos de las pacientes que egresaron con el procedimiento investigado.

Criterios de selección:

Estos se dividieron en 2 tipos como inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Todo expediente de paciente con su primer embarazo ingresada al servicio de Ginecobstetricia cuya vía de terminación fue cesárea.

- Expedientes pertenecientes a las pacientes cuyo primer embarazo terminó en cesárea durante el primer semestre del año 2016 y contenía letra legible e información completa.

Criterios de exclusión:

- Todo expediente de paciente con primer embarazo que no se le realizó cesárea
- Todo expediente de paciente con más de un embarazo.
- Todo expediente con letra ilegible.

Fuente de información: Fue de tipo Secundaria, constituida por el expediente clínico de las pacientes participantes.

Plan de recolección de datos:

- 1- Se solicitó autorización por escrito a las autoridades hospitalarias.
- 2- Se identificaron las pacientes a través de libro de ingresos en la sala de ginecobstetricia y la base de datos de pacientes egresadas en la oficina de estadística.
- 3- Se solicitó al departamento de archivo el acceso a los expedientes clínicos de las pacientes para realizar su revisión y aplicación del instrumento.
- 4- Se levantó la información en la ficha elaborada para tal fin.
- 5- El expediente se obtuvo del área de estadística del hospital, previa revisión de base de datos de registro de nacimientos.

Instrumento de recolección de los datos: Se utilizó una ficha de recolección de información conteniendo preguntas, previamente elaboradas con las variables de interés.

Operacionalización de las variables: Fueron organizadas para el cumplimiento de objetivos planteados. (Ver Anexo 1).

Variables del estudio: Fueron un total de 19 variables, las que se dividieron de acuerdo a cada objetivo específico de la siguiente manera:

Objetivo 1: Conocer las características sociodemográficas de las embarazadas.

- Tipo de paciente
- Número de expediente
- Edad
- Procedencia
- Ocupación
- Estado civil
- Religión
- Escolaridad
- Índice Masa Corporal

Objetivo 2: Identificar los antecedentes ginecobstétricos de las pacientes estudiadas.

- Menarca
- PAP
- Edad gestacional
- IVSA
- Control Prenatal
- ITS

Objetivo 3: Describir el tipo de cesárea realizada a las pacientes en estudio

- Cesárea Electiva
- Cesárea en curso del parto
- Cesárea Urgente

Objetivo 4: Determinar las indicaciones de cesáreas en primigestas atendidas.

- Indicación de cesárea por causas maternas
- Indicación de cesárea por causas fetales
- Indicación de cesárea por causas maternas-fetales
- Indicación de cesárea por causas ovulares

Plan de Análisis de datos: Los datos se registraron en una matriz diseñada para este fin, los resultados fueron procesados en Epi Info 3.5.4. La información es presentada en tablas y gráficos utilizando el programa de Excel y Power point.

Aspectos éticos: Se solicitó autorización al comité científico del hospital Bautista para la elaboración del estudio.

La información que se recolectó se manejó de manera confidencial, con el compromiso que los datos obtenidos de los expedientes revisados fueran utilizados únicamente con fines didácticos.

VIII. RESULTADOS

De 1,201 pacientes ingresadas para atención del parto en el primer semestre del 2016, se realizó cesárea a 620 pacientes, para un 51.6%. De las 620 mujeres con cesárea, 218 correspondieron a pacientes primigesta para un 35% del total de cesáreas.

En relación a las características sociodemográficas, se encontró lo siguiente:

De las 200 mujeres estudiadas y sometidas a cesárea durante el primer semestre del año 2016, eran Aseguradas 131 (65.5%) y Beneficiarias 69 (34.5%), no se tomaron en cuenta las pacientes privadas, ya que no hubo disponibilidad de los expedientes. Ver Anexo 3. Tabla 1

Según la edad y en orden descendente de frecuencia hubo, en el grupo de 25–29 años 83 casos (41%); de 20–24 años fueron 59 casos (29.5%); de 30–34 años se encontraron 41 casos (20.5%); de 15–19 años se reportaron 12 casos (6%); de 35–39 años fueron 5 casos (2.5%). Ver Anexo 3 Tabla 2

En cuanto al Estado civil de las pacientes se encontró: Casadas 107 (53.5%); Unión estable 84 (42%); Solteras 9 (4.5%). Ver anexo 3. Tabla 3

En relación a la religión de las pacientes, se encontró la católica con 88 (44%); Evangélica con 78 (39%); mientras que otra religión 34 (17%) Ver Anexo 3. Tabla 4

Según el nivel académico de las pacientes estudiadas, el Nivel Superior fue de 148 (74%); Secundaria 49 (24.5%); Primaria 3 (1.5%). Ver Anexo 3. Tabla 5

Según la ocupación de las pacientes, se encontró ocupación Formal en 130 pacientes (65%); mientras que la ocupación Informal fueron 70 pacientes (35%). Ver Anexo 3. Tabla 6

El 100% (200) de las pacientes provenían del área urbana. Ver anexo 3. Tabla 7

De acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC), se encontró en Sobrepeso a 89 pacientes (44.5%); Normal a 81 pacientes (40.5%); Obesidad grado I a 20 pacientes (10%); Obesidad grado II a 5 pacientes (2.5%); Bajo peso a 4 pacientes (2%); Obesidad mórbida a una paciente (0.5%). Ver Anexo 3. Tabla 8

En los antecedentes ginecobstétricos de la población estudiada se manifestó lo siguiente:

La menarca de las pacientes se presentó entre las edades de 12–14 años en 102 casos (51%); de 9–11 años en 82 casos (41%); mientras que en ≥ 15 años se encontraron 16 casos (8%). Ver Anexo 3 Tabla 9

En cuanto al inicio de vida sexual activa de las pacientes, se encontró que fue iniciada entre los rangos de edad de 15-19 años 107 pacientes (53.5%); de 20-24 años, 73 pacientes (36.5%); ≤ 14 años hubo 7 pacientes (3.5%); y ≥ 30 años 1 paciente (0.5%). Ver Anexo 3. Tabla 10

Según la Toma de Papanicolaou en las pacientes estudiadas, le fue realizado a 153 pacientes (76.5%) y no se realizó en 47 pacientes (23,5%). Ver Anexo 3. Tabla 11

En relación a Infección de Transmisión Sexual, fueron diagnosticados 8 casos (4%), mientras que en 192 (96%) no se presentó. Ver Anexo 3. Tabla 12

De acuerdo a las semanas de gestación de primigestas, 189 casos (94.5%) tenían entre 37-41 semanas de gestación y 11 casos (5.5%) se encontraban con menos de 36 semanas de gestación Ver Anexo 3. Tabla 13

De las pacientes estudiadas 161 (80.4%) se realizaron más de 4 controles prenatales; 34 (17%) se realizaron de 2-3 controles y en 5 casos (2.5%) se realizó un solo control prenatal. Ver Anexo 3. Tabla 14

En cuanto a los tipos de cesárea se encontró:

Según el tipo de cesárea, se encontró que fueron en el Curso de parto 76 casos (38%); seguida de la cesárea Electiva en 71 casos (35.5%); y se realizaron 53 casos (26.5%) cesáreas Urgentes. Ver Anexo 3. Tabla 15

En la indicación de cesárea se manifestó lo siguiente:

De acuerdo a la indicación de cesárea se encontró por orden de frecuencia las causas fetales 94 casos (47%), seguidas de materno-fetales con 78 casos (39.0%), maternas con 22 casos (10.5%) y ovulares 6 casos (3%). Ver Anexo 3. Tabla 16

En el estudio de las indicaciones de cesárea por causas fetales se encontró; Sufrimiento Fetal Agudo 41 casos (20.5%), Distocias de presentación 21 casos (10.5%), Macrosomía fetal 18 casos (9%), Embarazos múltiples 4 casos (2%), RCIU 4 casos (2%), Situación transversa 3 casos (1.5%), Embarazo prolongado 2 casos (1%) y Anomalías fetales 1 caso (0.5%). Ver Anexo 3. Tabla 17

De las 94 causas fetales el 43.6% (41) correspondió a sufrimiento fetal agudo, seguido de distocias de presentación con 22.3% (21) y macrosomía múltiple con 18 casos para un 19.14%. Ver Anexo 3. Tabla 18

De las causas materno-fetales se encontró; Desproporción Cefalopélvica 38 casos (19%); Trabajo de parto detenido 21 casos (10.5%), Preeclampsia grave 19 casos (9.5%). Ver Anexo 3. Tabla 17

De los 78 casos con causas maternas-fetales, correspondió el 48% (38) a desproporción céfalo pélvica, seguido de trabajo de parto detenido con 21 casos (26.92%) y preeclampsia severa con 19 casos para un 24.35%. Ver Anexo 3. Tabla 19

Las indicaciones por causas maternas encontradas fueron; inducto—conducción fallida 12 casos (6%), Condilomatosis 6 casos (3%), Cicatriz uterina por cirugía ginecológica 2 casos (1%), Cardiopatía descompensada 1 caso (0.5%) y Plastia vaginal previa 1 caso (0,5%). Ver Anexo 3. Tabla 17

De las 22 indicaciones por causas maternas, el 57.14% correspondieron a inducto conducción fallida (12), seguido de 6 casos de condilomatosis para un 28.57%. Ver Anexo 3. Tabla 20

Las indicaciones por causas ovulares fueron; Infección ovular 2 casos (1%), Placenta previa oclusiva total con 2 casos (1%), DDPNI 1 (0.5%) y Prolapso del cordón umbilical 1 (0.5%). Ver Anexo 3. Tabla 17

De los 6 casos de indicaciones de cesárea por causas ovulares el 33.33% fueron por infección ovular (2), 33.33% fueron por placenta previa oclusiva total (2) y con 16.66% respectivamente correspondió a DDPNI y Prolapso del cordón umbilical (1). Ver Anexo 3. Tabla 21.

IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

La tasa de cesáreas en general en el Hospital Bautista es mayor a lo recomendado por Organización Mundial de la Salud (51.6% versus 15%). El Hospital Bautista es un hospital de carácter privado que atiende a población asegurada. Este resultado tan alto es similar a datos de hospitales privados en estudios realizados en países latinoamericanos.

Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.

Entre las características sociodemográficas de las pacientes en estudio, se encontró que el grupo etario más frecuente fue de 25 a 29 años (41.5%), hallazgos similares se reportaron en estudio realizado en el hospital Alemán Nicaragüense en el año 2007 y en el año 2013 en el Hospital Salud Integral Managua, donde se encontró un predominio en mujeres adultas jóvenes. Este hallazgo no se corresponde con la literatura científica donde la tasa de cesáreas es más frecuente en los extremos de la etapa reproductiva de la mujer (menores de 18 años y mayores de 35 años). Es de destacar que en las pacientes estudiadas donde un alto porcentaje son aseguradas un 6% son adolescentes entre 15 a 19 años, población que es identificada como prioridad por el Ministerio de Salud por el riesgo de complicaciones.

Se encontró un nivel alto de escolaridad de las pacientes estudiadas, lo cual coincide con el estudio realizado en el 2013 en Hospital Salud Integral donde se encontró una mayor incidencia de nivel educativo superior. Nuestra investigación difiere con el estudio realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense en el año 2007 donde predominó la educación secundaria. El nivel educativo alto se relaciona con el tipo de pacientes que acuden al hospital las cuales son en un alto porcentaje mujeres aseguradas y trabajadoras.

Otro de los hallazgos fue el lugar de procedencia de las pacientes, encontrándose un predominio total del área urbana, lo que se justifica por el área geográfica que cubre este centro asistencial ya que se encuentra situado en la capital, también coincide con lo registrado en ENDESA durante el 2011 y 2012.

El estado civil predominante fueron las casadas, lo que difiere del estudio realizado en Hospital Alemán Nicaragüense en el 2007 donde menciona que en su mayoría presentaron como estado civil la unión estable.

El estado nutricional en un 60% fue anormal, siendo el sobrepeso el hallazgo más importante (44.5%). La literatura refiere que el riesgo de cesárea en la paciente con sobrepeso es hasta un 53% superior al de la paciente con normopeso.

Las embarazadas incluidas en el estudio en su mayoría se realizaron más de cuatro controles prenatales lo cual se corresponde con lo normado por el Ministerio de Salud y también puede relacionarse con el estado educativo de la paciente reconociendo la importancia del control prenatal y accesibilidad a los servicios obstétricos por ser pacientes con derecho a la seguridad social.

El mayor porcentaje de las cesáreas fueron realizadas a una edad gestacional entre 37-41 semanas lo que coincide con las normas establecidas por el Ministerio de Salud de Nicaragua, en el caso de cesárea electiva esta normado que debe ser realizada en la semana 39 de gestación, y concuerda con la literatura internacional.

El tipo de cesárea predominante en este estudio fue en curso del trabajo de parto, seguido de cesárea electiva y cesárea de emergencia, este hallazgo coincide con el estudio de Narváez Alexis realizado en Hospital Bertha Calderón julio 2015, de la misma manera resultados en Hospital Bautista de Managua por Vélez Tatiana, mayo 2012 encontraron que la indicación de la cesárea primaria fue el sufrimiento fetal agudo (32.4%).

La principal indicación de cesárea en pacientes primigestas en este estudio fue por causas fetales, siendo la de mayor incidencia el sufrimiento fetal agudo, seguido de las distocias de presentación, macrosomía fetal, lo que concuerda con el estudio realizado en Hospital Alemán Nicaragüense en el 2007 donde hubo mayor incidencia de cesárea por causas fetales, así mismo con estudio realizado en hospital Bautista de Managua por Vélez Tatiana, mayo 2012 donde se encontró indicación de la cesárea primaria fue el sufrimiento fetal agudo (32.4%).

X. CONCLUSIONES

- El índice de cesárea en Hospital Bautista excede en tres veces el recomendado por la Organización Mundial de la Salud.
- La mayoría de las pacientes estaban en la etapa de adultez joven: 25 a 29 años, y contaban con educación superior.
- Todas provenían del área urbana, 2/3 de los casos eran aseguradas y la mayoría son casadas.
- Menos de la mitad de las pacientes se encontraban en peso normal.
- Una cuarta parte no se había realizado el Papanicolaou y la mayoría de embarazos fueron a término.
- El tipo de cesárea más frecuente fue en curso del Trabajo de Parto, seguida de las electivas y en emergencia.
- Las cesáreas electivas y en curso se presentaron en forma similar.
- La principal indicación fue por causas fetales, siendo el sufrimiento fetal agudo el de mayor incidencia, seguida de distocia de presentación.
- La segunda causa de indicación fueron las Materno fetales, específicamente desproporción céfalo pélvica.

XI. RECOMENDACIONES

A las autoridades del Hospital Bautista

- Establecer un sistema de registro amigable, confiable, disponible de la información médica, que permita desarrollar investigaciones para la mejora continua de la atención.
- Promover la aplicación de norma nacional para atención de Embarazo, Parto y Puerperio.
- Establecer un monitoreo de las cesáreas y sus indicaciones para reducir el índice de cesáreas a valores recomendados internacionalmente, sin dejar de realizar las cesáreas a las pacientes que lo ameriten.
- Incorporar un programa de garantía de calidad que permita revisión periódica y sistemática de expedientes clínicos y el análisis de indicaciones de cesáreas.
- Capacitar periódicamente al personal de salud, actualizándolo en este tema.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Schwarcz R. Obstetricia. 5th ed. Ricardo Schwarcz RFCD, editor. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
2. Cajina JC. Boletín informativo sobre cesáreas. Managua- Nicaragua: OPS /OMS; 2015.
3. OMS. WHO Declaración OMS sobre cesáreas. Ginebra 27, Suiza: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación; 2015.
4. Cópola F. Cesáreas en Uruguay. Revista médica Uruguay. 2015 Diciembre;(31).
5. Torres CVCSASM. Incidencia de cesárea en primigestas ingresadas en el servicio de Labor y Parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido del 01 de enero al 30 de junio del 2007. UNAN- LEON, León; 2007.
6. Corea TV. "Indicaciones de Cesárea en embarazadas ingresadas en el servicio de Ginecobstetricia de la empresa médica previsional del Hospital Bautista. Julio a diciembre 2011". Tesis monográfica. Managua: Hospital Bautista, Managua; 2012.
7. Rojas ARN. Indicaciones de cesárea en el Hospital Bertha Calderon Roque, Managua año 2014. Tesis Monográfica. Managua: Hospital Bertha Calderon Roque, Managua; 2015.
8. Cunningham FG. Williams Obstetricia. 23rd ed. Gary KSJDC, editor.: Mcgraw-Hill; 2001, 2006.
9. MINSA. Protocolo para la atencion de complicaciones obstétricas. 2013..
10. Laidy Ling Albornoz Aliaga NGR. Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional santa Rosa 2010-2012. Peru: Universidad nacional san Marcos, Facultad de medicina; 2013.
11. Armando TR. "La resolución obstétrica de las adolescentes en comparación con las adultas". Ginecología y Obstetricia de México. 1999; 67(371).
12. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA). Managua Nicaragua;; 2011/2012.
13. Institut Clínic de Ginecologia OiN(. Protocolo Cesárea. Barcelona: Hospital Clinic Barcelona; 2012.

14. Perinatología. Reproducción Humana. 2014 Enero - Marzo; 28(1).
15. Cajina JC. Prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual. OPS-OMS; 2016.
16. E J. Herpes Genital. Clinic Evidence; 2007.
17. condyloma in pregnancy is strongly predictive of juvenile. , Obstetric, gynecology; 2003.
18. Botero J. Obstetricia y Ginecología. 4th ed. Jaime Botero Uribe AJHGH, editor. Colombia; 1990.
19. MINSA. Protocolo para el abordaje de las patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico. 2011..
20. 011 N. Normas y protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido, puerperio de bajo riesgo. Managua: Minsa; 2008.
21. segura Ps. Cesárea segura. México D F: Salud reproductiva; 2010.
22. Calabrano DCY. Indicación y criterios de cesárea. México: Red clínicas regionales; 2014.
23. Gibbs RS. Obstetricia y Ginecología de Danforth. 10th ed. Ronald BAI, editor. España: LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS.; 2009.
24. Pedroza MEM. Obstetricia integral siglo XXI..
25. Nicaragua Njd. Ley de Seguridad Social. Managua: INSS; 2016.
26. nutrición INdcmy.; 2016. Available from: <http://innsz.mx/opencms/contenido/transparencia/ExpedienteClinico.html>.
27. Marín O. Indicaciones de cesárea y sus complicaciones maternas y neonatales en las mujeres atendidas en el Hospital Salud integral de enero a junio del 2013. Tesis monográfica. Managua: Hospital Salud Integral, Ginecología; 2013.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. **Adolescencia:** Período de la etapa de vida entre los 10 y 19 años. Usualmente el índice de cesáreas aumenta en esta etapa.
2. **Adultez joven:** Período de la etapa de vida entre los 20 y los 35 años.
3. **Cesárea:** es la operación que consiste en extraer el feto y sus anexos por vía transabdominal, a través de una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero. La cesárea puede ser necesaria cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el feto, por ejemplo: parto prolongado, sufrimiento fetal o presentación anómala. En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%. En la medida que su morbilidad ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna, así como fetal. En la actualidad incluso es aceptada su realización a solicitud de la paciente.
4. **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.
5. **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.
6. **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
7. **Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normoinserta (DPPNI):** Proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total, antes o durante el trabajo de parto, de una placenta insertada en el útero.
8. **Distocia del canal del parto:** Son aquellas alteraciones que sobrevienen cuando la alteración del mecanismo del parto se debe a una modificación del tamaño, forma o inclinación de la pelvis ósea, en este caso se denominan distocias óseas.

También pueden ser ocasionadas por las partes blandas del canal y se denominan distocias de partes blandas.

9. **Edad Gestacional:** Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal.
10. **Embarazo:** Es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares ó 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación. En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto.
11. **Parto:** Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción por vía vaginal o abdominal; que sea de 22 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.
12. **Presentaciones Anómalas:** Son todas aquellas que no son cefálicas, de vértice en occipito izquierda anterior. Entre estas encontramos presentación de frente, de cara, de hombro y pélvico y situaciones oblicuas y transversas
13. **Placenta Previa:** Implantación anormal de la placenta hasta antes de 10 cm del orificio interno del cuello uterino o cubriéndolo parcial o totalmente; es la causa más frecuente de hemorragia indolora en el tercer trimestre del embarazo.
14. **Primigesta:** Dícese de la mujer que está embarazada por primera vez.
15. **Sufrimiento fetal agudo:** El Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal. Las causas que pueden provocar SFA, son aquellas que determinan una disminución del aporte de sangre al útero en cantidad y calidad, como es el caso de aquellas pacientes con preeclampsia, que produce disminución de la llegada

de sangre al útero, pacientes diabéticas o hipertensas, como así también mujeres con anemia o problemas pulmonares que provocan falta de oxígeno en la sangre. Otra causa que puede determinar una reducción del flujo de sangre materna a la placenta es cuando la paciente se coloca en decúbito dorsal, por las modificaciones de posición y forma que sufre el útero en los últimos meses de embarazo y que durante la contracción pueden provocar la compresión de la aorta y/o las arterias ilíacas contra la columna vertebral (Efecto Poseiro). Existen también causas que determinan una alteración en la circulación de sangre en el útero como ser las contracciones excesivas durante el trabajo de parto o en partos prolongados. Se sabe que los intercambios de los gases respiratorios entre la madre y el feto se producen en la membrana placentaria a través de difusión simple, y que dependen de la extensión y espesor de dicha membrana. Existen determinadas circunstancias patológicas que determinan un aumento del espesor de la placenta como ser la preeclampsia, incompatibilidad Rh, la diabetes materna, etc., como así también existen patologías que disminuyen la extensión de la superficie de intercambio, entre las cuales se encuentran el desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada, la placenta previa y los infartos placentarios. Por lo tanto, todas estas patologías pueden actuar como predisponentes o desencadenantes del sufrimiento fetal. Por último, las alteraciones de la circulación del feto producen disminución del riego sanguíneo, y son: circulares del cordón al cuello del feto, nudos verdaderos del cordón umbilical, anemia fetal y hemorragias placentarias.

LISTA DE ACRÓNIMOS.

- OMS:** Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la salud
ACOG: Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos
ENDESA: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
IMC: Índice de Masa Corporal
IVSA: Inicio de Vida Sexual Activa
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
PAP: Papanicolaou
HSV: Virus de Herpes Simple
RCIU: Retraso del Crecimiento Intrauterino
SFA: Sufrimiento Fetal Agudo
DCP: Desproporción Cefalopélvica
DPPNI: Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta
TDP: Trabajo de Parto

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

5. Objetivo 1: Conocer las características sociodemográficas de las embarazadas.

Tabla 1.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Tipo de paciente	Condición del individuo para recibir atención en salud en la institución investigada durante la investigación	Anotado en el expediente	Asegurado Beneficiaria Privado	
Número de expediente	Digitación específica que posee la unidad de salud para el registro de los expedientes	Anotado en el expediente	Numérico	
Edad	Edad de los pacientes agrupado en 8 grupos etarios anotados en el expediente durante a la investigación	Anotado en el expediente	Años	≤ 14 15-19 20-24 25-29 30-34 35-39 40-44 ≥ 45
Estado civil	Condición conyugal actual del investigado durante la presente investigación	Anotados en expediente	Soltera Casada Estable	
Religión	Credo religioso que profesa el individuo y que se encuentra consignado en el expediente	Anotados en expediente	Católica Evangélica Otra	
Escolaridad	Escolaridad referida por el paciente y anotado en el expediente durante la investigación	Anotados en expediente	Analfabeto Primaria Secundaria Técnico Superior	
Ocupación	Condición por la que el individuo percibe un salario de forma regular y de acuerdo a las leyes	Anotados en expediente	Formal Informal	
Procedencia	Zona demográfica de las pacientes anotadas en los expedientes	Anotados en expediente	Rural Urbano	
IMC	Peso sobre talla al cuadrado en las pacientes consignado en el expediente	Anotados en expediente	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad mórbida	

6. Objetivo 2: Identificar los antecedentes ginecobstétricos de las pacientes estudiadas.

Tabla 2

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Menarca	Primera menstruación de la paciente anotado en el expediente	Anotado en el expediente	Años	9-11 12-14 >15
IVSA	Inicio de vida sexual activa de las pacientes anotado en el expediente	Anotado en el expediente	Años	≤14 15-19 20-24 25-29 ≥30
PAP	Prueba para detectar de forma temprano alteraciones del cuello uterino, anotado en el expediente en el último año	Anotado en el expediente	SI No	
ITS	Infecciones de transmisión sexual descritas en el expediente	Anotado en el expediente	Si No	
Edad Gestacional	Periodo comprendido desde la fecha de la última menstruación hasta la fecha de realización de la cesárea, anotado en el expediente	Anotado en el expediente	Semanas	≤ 36 37-41 ≥ 42
Control Prenatal	Valoración de la evolución del embarazo y adecuada preparación para el parto, anotado en el expediente	Anotado en expediente	SI No	1 2-3 ≥ 4

Objetivo 3: Describir el tipo de cesárea realizada a las pacientes en estudio.

Tabla 3

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Cesárea electiva	Se realiza en una fecha determinada por alguna indicación médica	Anotado en el expediente	Si No	
Cesárea en curso del parto	Se realiza durante el curso del parto por distintos problemas anotados en el expediente	Anotado en el expediente	Si No	
Cesárea Urgente	Se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica	Anotados en expediente	Si No	

Objetivo 4: Determinar las indicaciones de cesáreas en primigestas atendidas

Tabla 4

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Indicación de cesárea	Eventos que se presentan en el embarazo que ponen en riesgo el bienestar materno fetal por el cual hay que finalizarlo.	Anotado en el expediente	Maternas Fetales Materno-fetales Ovulares	

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS



INDICACIÓN DE CESÁREA EN PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BAUTISTA EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2016

I. Características sociodemográficas.

Tipo de paciente

Asegurado: ____

Privado: ____

Beneficiaria: ____

Número de expediente: _____

Edad

≤ 14: ____

25-29: ____

40-44: ____

15-19: ____

30-34: ____

≥ 45: ____

20-24: ____

35-39: ____

Estado Civil

Soltera: ____

Estable: ____

Casada: ____

Religión

Evangélica: ____

Católica: ____

Otra: ____

Escolaridad

Analfabeto: ____

Secundaria: ____

Superior: ____

Primaria: ____

Técnico: ____

Ocupación

Formal: ____

Informal: ____

Procedencia

Rural: ____

Urbano: ____

IMC

Normal: ____

Obesidad I: ____

Obesidad

Sobrepeso: ____

Obesidad II: ____

mórbida: ____

II. Antecedentes ginecobstétricos.

Menarca

9-11: ____

12-14: ____

>15: ____

IVSA

≤14: ____

15-19: ____

20-24: ____

25-29: ____

≥30: ____

PAP

Si: ____

No: ____

ETS

Si: ____

No: ____

Edad gestacional

≤ 36: ____

37-41: ____

≥ 42: ____

Control prenatal

1: ____

2-3: ____

≥ 4: ____

III. Tipo de cesárea.

Cesárea electiva

Si: ____

No: ____

Cesárea en curso del parto

Si: ____

No: ____

Cesárea Urgente

Si: ____

No: ____

IV. Indicación de cesárea.

Maternas

Cicatriz uterina por Cirugía
Ginecológica: ____
Falta de dilatación cervical: ____
Plastía vaginal previa: ____
Estrechez pélvica: ____
Ruptura uterina: ____
Cardiopatía descompensada: ____
DM descompensada: ____
HTA descompensada: ____

Fetales

Distocias de presentación: ____
Macrosomía fetal: ____
Embarazo múltiple: ____
RCIU: ____
Sufrimiento fetal agudo: ____
Enfermedad hemolítica grave: ____

Materno-fetales

Desproporción céfalo pélvica: ____
Hemorragias graves del
embarazo y/o del parto: ____

Ovulares

Placenta previa oclusiva total: ____
Placenta previa marginal
sangrante: ____
Insuficiencia placentaria: ____

Inducto-conducción fallida: ____
Tumor previo en canal del parto: ____
Carcinoma cervical: ____
Patología sistémica grave: ____
Herpes genital simple, activo: ____
Condilomatosis: ____
Enfermedades degenerativas: ____

Púrpura trombocitopénica: ____
Anomalías fetales: ____
Embarazo prolongado: ____
Isoinmunización grave: ____
Presentaciones de cara: ____
Situación transversa: ____

Preeclampsia grave: ____
Eclampsia: ____
TDP detenido: ____

DDPNI: ____
Prolapso del cordón umbilical: ____
Infección ovular: ____

ANEXO 3: TABLAS DE SALIDA DE LOS DATOS

Tabla 1: Tipo de paciente. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

TIPO DE PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Asegurado	131	65.5
Beneficiaria	69	34.5
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 2: Grupos de edades. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

GRUPO DE EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-19	12	6
20-24	59	29.5
25-29	83	41.5
30-34	41	20.5
35-39	5	2.5
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 3: Estado Civil. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	107	53.5
Soltera	9	4.5
Unión Estable	84	42
Total	200	100

Fuente: Base de Datos

Tabla 4: Religión Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016.

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Católica	88	44
Evangélica	78	39
Otra	34	17
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 5: Escolaridad Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	3	1.5
Secundaria	49	24.5
Superior	148	74
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 6: Ocupación. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Formal	130	65
Informal	70	35
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 7: Procedencia. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbano	200	100
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 8: Índice de Masa Corporal. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bajo peso	4	2
Normal	81	40.5
Sobrepeso	89	44.5
Obesidad I	20	10
Obesidad II	5	2.5
Obesidad Mórbida	1	0.5
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 9: Menarca. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

MENARCA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
9-11	82	41
12-14	102	51
≥ 15	16	8
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 10: Inicio de vida sexual activa. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ 14	7	3.5
15-19	107	53.5
20-24	73	36.5
25-29	12	6
≥ 30	1	0.5
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 11: Papanicolau. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

PAPANICOLAU	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	153	76.5
No	47	23.5
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 12: Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	8	4
No	192	96
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 13: Edad Gestacional. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ 36 Semanas	11	5.5
37-41 Semanas	189	94.5
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 14: Control Prenatal. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	5	2.5
2-3	34	17
≥ 4	161	80.5
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 15: Tipos de Cesárea. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

TIPOS DE CESÁREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cesárea Electiva	71	35.5
Cesárea en Curso de Parto	76	38
Cesárea Urgente	53	26.5
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 16: Tipo de indicación. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

TIPO DE INDICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Fetales	94	47
Maternas	21	10.5
Materno-Fetales	79	39.5
Ovulares	6	3
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 17: Indicación de cesárea de los casos. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

INDICACIÓN DE CESÁREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sufrimiento Fetal Agudo	41	20.5
Desproporción cefalopélvica	38	19
Distocias de Presentación	21	10.5
TDP Detenido	21	10.5
Preeclampsia Grave	19	9.5
Macrosomía Fetal	18	9
Inducto-Conducción Fallida	12	6
Condilomatosis	6	3
RCIU	4	2
Situación Transversa	4	2
Embarazo Múltiple	3	1.5
Cicatriz Uterina por cirugía Ginecológica	2	1
Embarazo Prolongado	2	1
Infección Ovular	2	1
Placenta Previa Oclusiva Total	2	1
Anomalías fetales	1	0.5
Cardiopatía Descompensada	1	0.5
DDPNI	1	0.5
Plastia Vaginal Previa	1	0.5
Prolapso del cordón umbilical	1	0.5
Total	200	100

Fuente: Base de datos

Tabla 18: Tipo de Indicación de cesárea de los casos. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

INDICACIÓN DE CESÁREA FETAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sufrimiento Fetal Agudo	41	43.6
Distocias de Presentación	21	22.3
Macrosomía Fetal	18	19.1
RCIU	4	4.3
Situación Transversa	4	4.3
Embarazo Múltiple	3	3.2
Embarazo Prolongado	2	2.1
Anomalías Fetales	1	1.1
Total	94	100.0

Fuente: Base de datos

Tabla 19: Tipo de Indicación de cesárea de los casos. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

INDICACIÓN DE CESÁREA MATERNO-FETAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desproporción cefalopélvica	38	49
Preeclampsia Grave	19	24
TDP Detenido	21	27
Total	78	100

Fuente: Base de datos

Tabla 20: Tipo de Indicación de cesárea de los casos. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

INDICACIÓN DE CESÁREA MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Inducto-Conducción Fallida	12	54
Condilomatosis	6	27
Cicatriz Uterina por cirugía Ginecológica	2	9
Cardiopatía Descompensada	1	5
Plastia Vaginal Previa	1	5
Total	22	100

Fuente: Base de datos

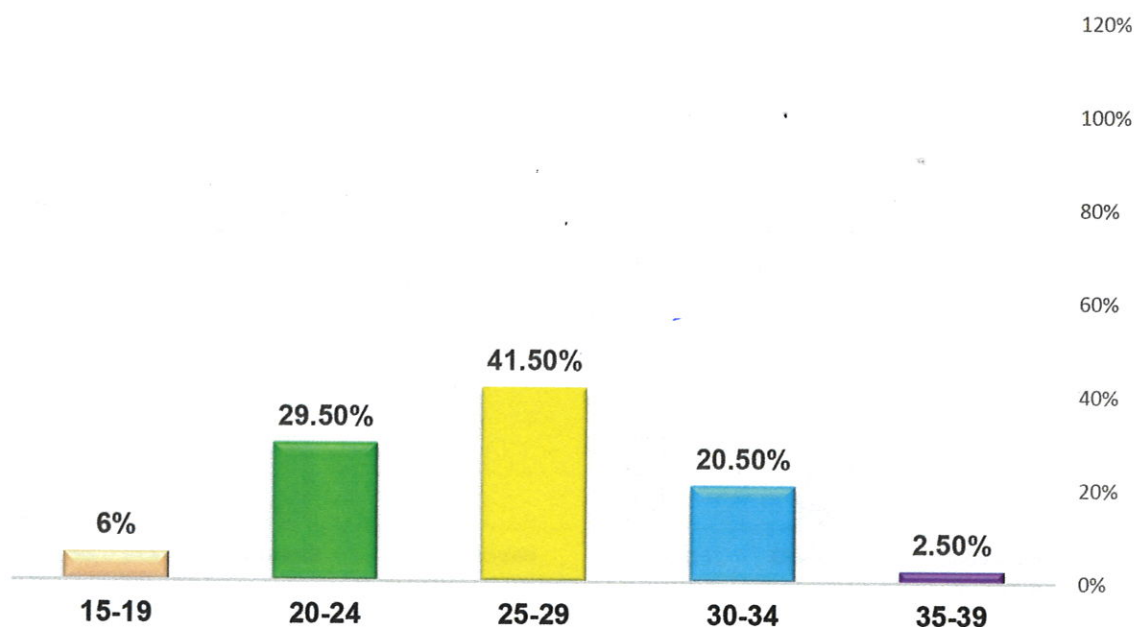
Tabla 21: Tipo de Indicación de cesárea de los casos. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016

INDICACIÓN DE CESÁREA OVULAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección Ovular	2	33
Placenta Previa Oclusiva Total	2	33
DDPNI	1	17
Prolapso del cordón umbilical	1	17
total	6	100

Fuente: Base de datos

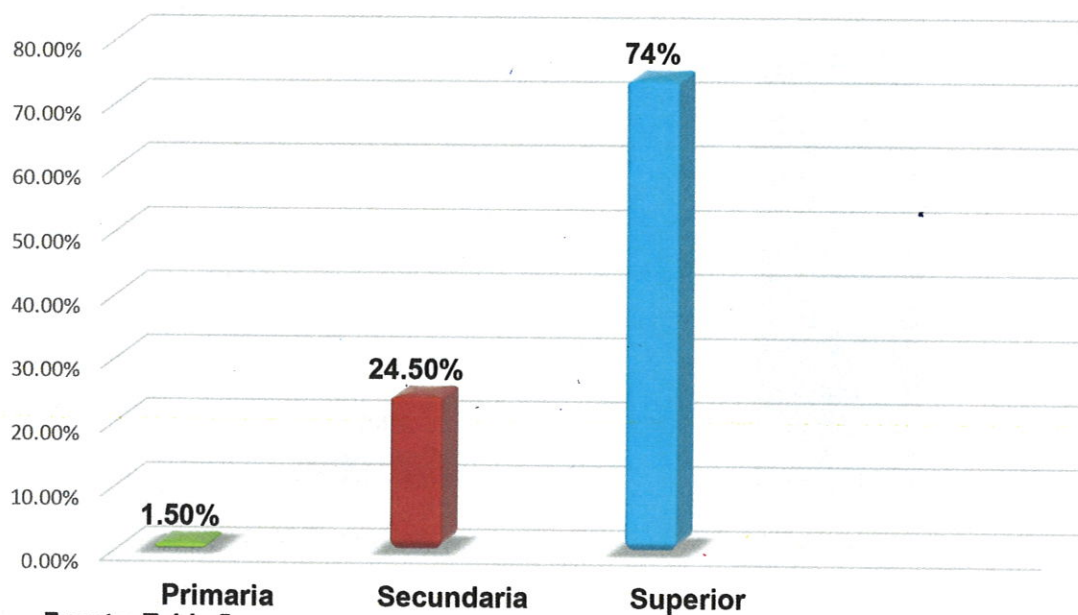
ANEXO 4: GRÁFICO DE LOS RESULTADOS

Gráfico 1: Grupo de edades. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016



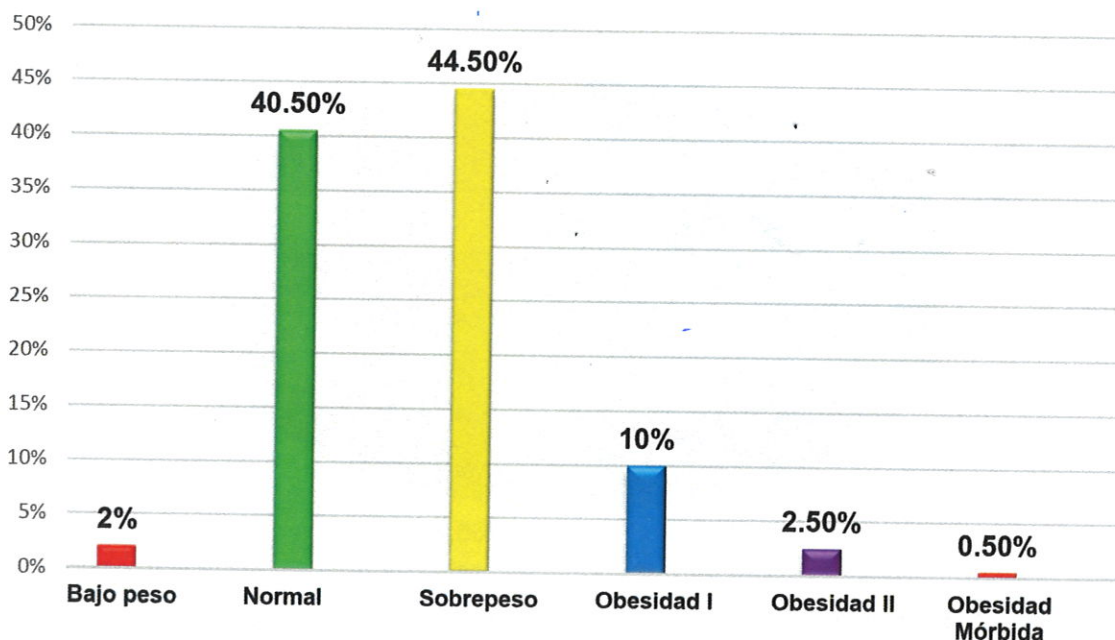
Fuente: Tabla 2

Gráfico 2: Escolaridad de las pacientes. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016.



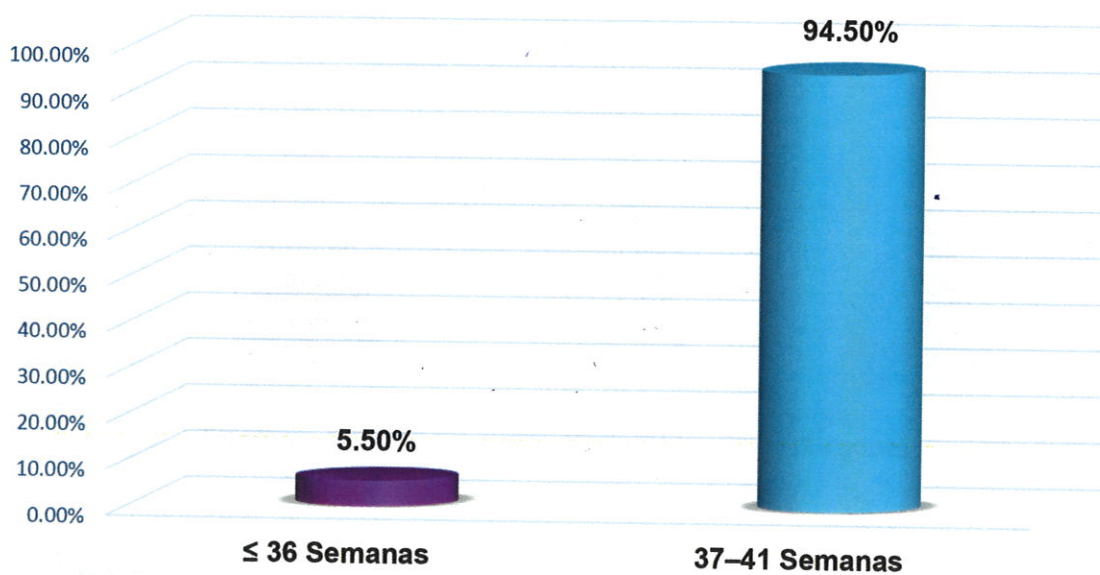
Fuente: Tabla 5

Gráfico 3: Índice de masa corporal. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016



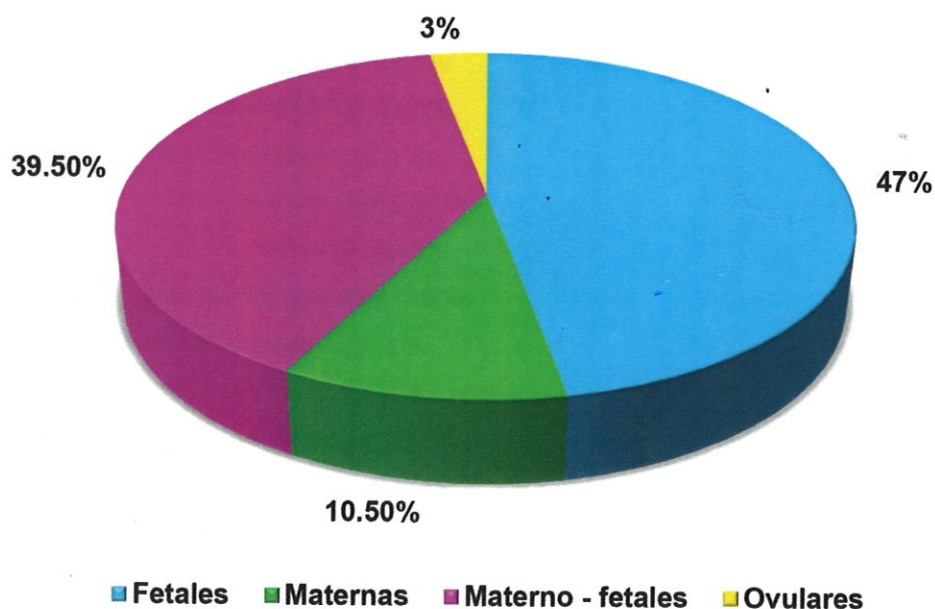
Fuente: Tabla 8

Gráfico 4: Edad gestacional. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016



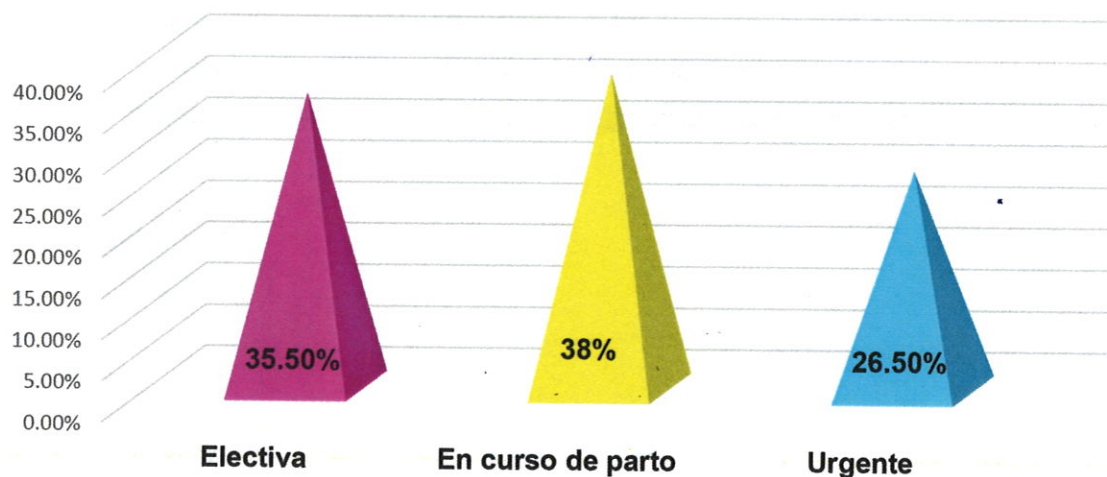
Fuente: Tabla 13

Gráfico 5: Tipo de Cesárea. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016.



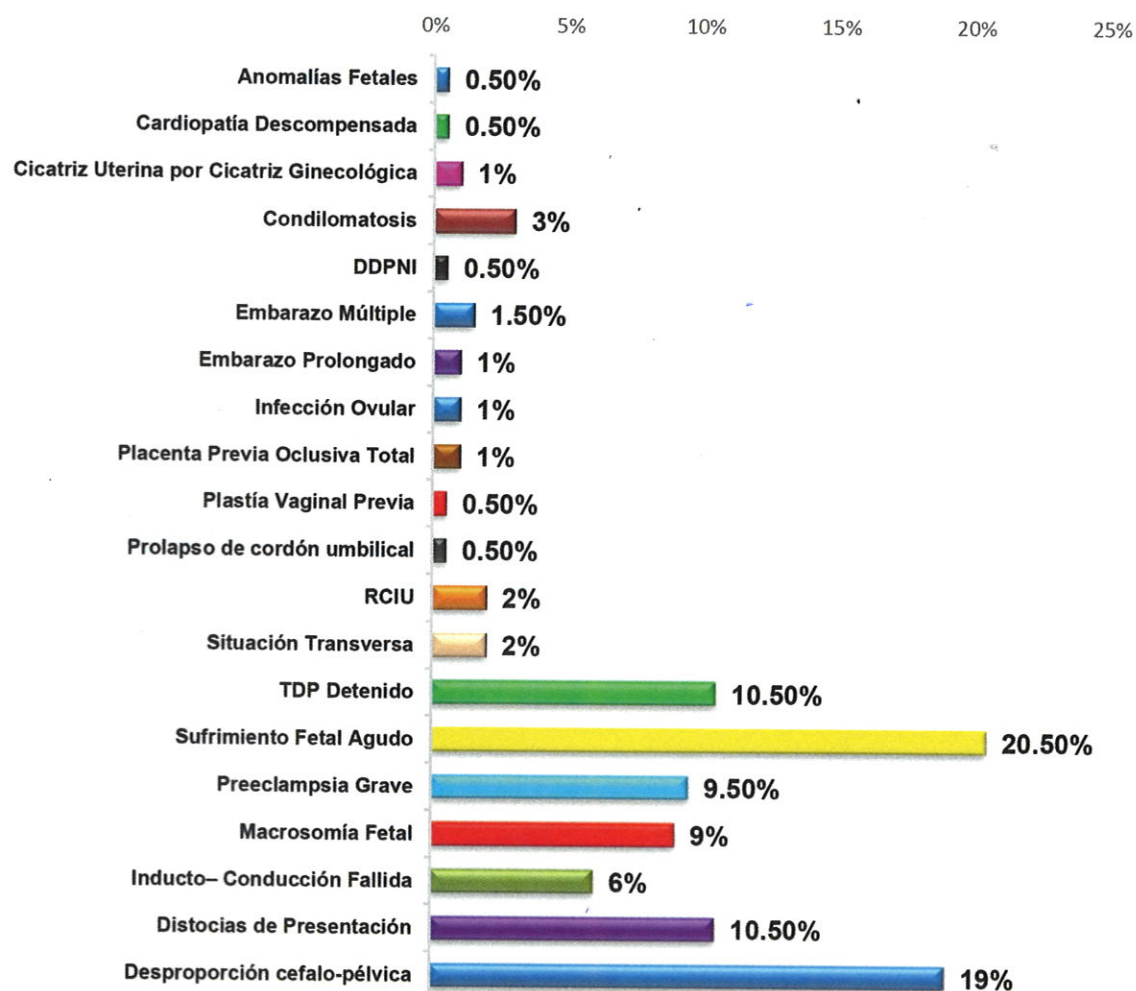
Fuente: Tabla 15

Gráfico 6: Tipo de indicación. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016.



Fuente: Tabla 16

Gráfico 7: Indicación de cesárea. Comportamiento de la operación cesárea en primigestas atendidas en el Hospital Bautista en el primer semestre del año 2016.



Fuente: Tabla 17