

INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación	5
Objetivos	6
Marco Teórico	7
Materiales y Métodos	29
Resultados	36
Discusión	39
Conclusiones	43
Recomendaciones	45
Referencias	46
Anexos	49

RESUMEN

El aumento del número de partos por cesárea es un fenómeno generalizado y constante en todos los países desarrollados en las últimas décadas. Según el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), América Latina ostenta el privilegio de contar con los índices de partos por cesárea más alto del mundo.

El aumento del número de partos por cesárea con un porcentaje de casos no justificados, el mayor número de complicaciones en la salud del binomio madre-hijo, el hecho de que su incremento no disminuye la tasa de mortalidad neonatal y su elevado costo motivó la realización del presente estudio en el Centro de Salud con Camas del municipio de Jalapa “Pastor Jiménez Arosteguí”, dicho estudio es descriptivo, de corte transversal realizado en el período comprendido de Septiembre del 2001 - Agosto del 2002.

Fueron incluidos 106 casos que representaban el 100% de las pacientes sometidas a operación cesárea de los 1392 nacimientos, encontrándose como principales resultados una prevalencia de cesárea del 7.6%, en su mayoría primigestas, nulíparas, sin antecedentes de aborto o cesárea, con IVSA antes de los 19 años y una buena cobertura de atención prenatal. Las principales indicaciones de cesárea fueron: Cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo y distocia de presentación.

Disminuir la prevalencia de cesáreas motivados en la reducción de las indicaciones de cesárea anterior y distocia, promoción alta de la atención prenatal, una revisión de las estadísticas y auditorías periódicas de las cesáreas a fin de detectar el exceso de las indicaciones y corregirlo a futuro son las principales recomendaciones de este estudio.

Dedicatoria

A

Dios

Mis padres

Mi esposo

Mi Hijo

Agradecimiento

A

*Mis Maestros, por su empeño y voluntad
por brindarme sus conocimientos.*

*Mi Tutor Dr. Marcio Montoya, por
guiarme con sabiduría y firmeza.*

*Mi Asesor Dr. Gregorio Matus, por
acertados aportes en la realización de este
trabajo.*

INTRODUCCIÓN

Cesárea es el acto quirúrgico mediante el cuál se extrae el feto, la placenta y los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y la pared uterina. El término cesárea, de acuerdo con la definición anterior, excluye a la extracción del feto libre en la cavidad abdominal como consecuencia de la rotura uterina o de un embarazo abdominal, y a la denominada cesárea vaginal, procedimiento en la actualidad abandonado ⁽¹⁾.

Un concepto fundamental en la obstetricia quirúrgica es que la decisión operatoria debe estar bien fundamentada; en este sentido entiéndase que, por simple que ella sea, excepto que exista una indicación precisa, ninguna intervención obstétrica debe sustituir al parto espontáneo bien conducido ⁽²⁾.

Comparadas con los partos vaginales, las cesáreas se asocian con un mayor número de muertes maternas, lesiones e infecciones. En algunos casos, las cesáreas programadas pueden dar como resultado recién nacidos prematuros, cuyos pulmones no se han desarrollado totalmente. Los nacimientos quirúrgicos son más costosos que los vaginales y requieren estancia hospitalaria más prolongada ⁽³⁾.

Con el tiempo, el uso de antibióticos, anestésicos y las transfusiones sanguíneas redujeron tanto la mortalidad materna que la cesárea comenzó a ser utilizada rutinariamente como una alternativa al parto natural ⁽⁴⁾.

El aumento del número de partos por cesárea es un fenómeno generalizado y constante en todos los países desarrollados en las últimas décadas. El hecho no sería relevante de no ser porque una parte importante de estas cesáreas no están justificadas médicamente y se realizan más por conveniencia de la clínica o el médico que atiende el embarazo que por un rango real en el desarrollo del parto por vía vaginal.

Si bien es cierto el número de cesáreas propició hasta 1990 una disminución paralela de la mortalidad perinatal, luego la tasa de cesáreas se ha incrementado sin que se registre una disminución de la mortalidad neonatal ⁽⁵⁾.

Según el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), dependiente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), América Latina ostenta el privilegio de contar con los índices de partos por cesárea más alto del mundo; y que la extensión de esta práctica es tal que bien podría aplicársele la calificación de epidemia, considerando que se realizan hasta 850,000 cesáreas innecesariamente cada año.

Según refiere el CLAP, las causas de que esta modalidad de parto se emplee tan extensamente son varias. Los médicos frecuentemente recurren a este procedimiento porque resulta más cómodo, puede programarse fuera del horario de consultorio. Además, la cesárea dura una hora, mientras un parto normal requiere varias horas de trabajo ⁽⁶⁾.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que de 18 países estudiados, sólo seis cuentan con índices de cesáreas por debajo del 15% aceptado, los restantes, se ubican en una tabla que va del 16 al 40 por ciento ⁽⁶⁾.

Argentina, con un índice de cesáreas del 25.4% del total de partos en el país, sólo es superada en la región por los de República Dominicana (25.9%), Brasil (27.1%), y Chile (40%) ⁽⁶⁾. Según otro estudio en Brasil, más del 36% de todos los nacimientos son por cesárea y en hospitales privados la prevalencia oscila entre 80-90%, una de las tasas más elevadas a escala mundial ⁽³⁾.

En el hospital César Amador Molina de Matagalpa en 1994 Pastora y Col. encontraron un índice de 12.1% del total de partos a nivel hospitalario. En el mismo año Espinosa Ordóñez y Col. reportan en el Hospital Modesto Agurcia de Ocotul un índice del 11.8% ^(7,8).

En 1995 Guillén y Col., realizaron un estudio en el hospital Alejandro Dávila B. de Estelí encontrando un índice de 15.9%; mientras Ochoa y col., encontraron en el hospital Camilo Ortega Saavedra, un índice de 20.4% ^(9,10).

En 1997 Marín Rivas y Matute en un estudio encontraron que en el HEODRA de León el índice era del 19.4%. Para la misma fecha Pomares y Rosales encontraron que en el hospital Gaspar García Laviana de Rivas la frecuencia era del 23.3 % y en el Hospital Hilario Sánchez de Masaya, Jirón y Soza encontraron un índice de 12.8% ^(11,12,13).

En el Informe Anual del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales del año 2000 se ha reportado un índice global de cesáreas del 32.7%, iteradas con un 9.3% y primitivas con un 23.4%.

Para el primer semestre del año 2001 se ha reportado un índice global que oscila entre un 38.9% - 35.3%. Y datos obtenidos del primer semestre del presente año reportan un índice del 36.4% ⁽¹⁴⁾.

En el Departamento de Nueva Segovia para el año de 1999,2000 y 2001 la frecuencia obtenida de la operación cesárea se presentó entre un 15% y un 18.3% ⁽¹⁵⁾.

JUSTIFICACIÓN

El aumento del número de partos por cesárea con un porcentaje importante de casos no justificados médicamente relacionado al mayor número de complicaciones en la salud del binomio madre-hijo que esta constituye, el hecho de que su incremento no disminuye la tasa de mortalidad neonatal y el elevado costo que significa la resolución de los partos a través de cesárea ha motivado a la realización del presente estudio con el objetivo de conocer el comportamiento que ha tenido dicho procedimiento en el Centro de Salud con Camas del municipio de Jalapa en donde dicha práctica es relativamente nueva, brindando así elementos y criterios que ayuden en el MINSA a una mejor práctica de la operación Cesárea.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir el comportamiento clínico de la operación cesárea, en el Centro de Salud con Camas Pastor Jiménez Arosteguí, Jalapa, Nueva Segovia en el período comprendido del mes de septiembre 2001 al mes de agosto 2002

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la prevalencia de la operación cesárea en el Centro de Salud con camas en el período de estudio.
2. Caracterizar socio-demográficamente a las mujeres con parto abdominal.
3. Describir los antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres en estudio.
4. Determinar las principales indicaciones de cesárea en las pacientes en estudio.
5. Identificar las complicaciones más frecuentes de las cesáreas realizadas en el Centro de Salud con camas durante el período de estudio.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN:

El término cesáreo se entiende como la extracción de uno o más fetos por vía abdominal a través de laparotomía e histerotomía ⁽⁵⁾.

Se sabe poco del origen de término o de la historia del procedimiento. De acuerdo con algunos historiadores, parece que la palabra "cesárea" se deriva de una ley romana mediante la cual el César decretó que todas las mujeres que fallecieran durante el trabajo de parto fueran operadas, y los nacimientos de los bebés se lograran por medio de esta cirugía. Esta ley fue conocida como lex regia o lex cesárea.

Otro posible origen de la palabra cesárea es el verbo latino **caedere**, que significa cortar; similar a ella es la palabra "cesura", que designa un corte, o pausa en la línea de un verso ⁽³⁾.

Conforme los conocimientos de la anatomía del cuerpo humano fueron aumentando, también las posibilidades de lograr una cirugía sin complicaciones, tanto para la madre como para el bebé, se incrementaron considerablemente.

La primera publicación médica sobre la operación cesárea fue la efectuada por Francois Mauriceau en 1668. En 1882, Máx. Sanger introdujo un gran avance técnico, la sutura histerotomía. En 1908, Wilhelm Latzko propuso la cesárea extraperitoneal como solución preventiva de la peritonitis postoperatoria. En 1912, Kronig descubrió la incisión longitudinal del segmento inferior del útero y la sutura del peritoneo sobre éste.

En 1926, fue recomendada por Kerr una importante modificación, la histerotomía segmentaria transversal, que dio origen a la técnica de la operación actual ⁽¹⁾.

En lo que se refiere a la historia de la cesárea en Nicaragua, la primera fue practicada en el año de 1902 por el Dr. Luis Debayle, graduado en París y llegado a Nicaragua en 1892 el cual se estableció en el departamento de León ⁽¹⁶⁾.

La operación cesárea aplica en sus orígenes como solución a conflictos mecánicos en el transcurso del parto. Gracias a ella se han salvado muchas madres y se ha amparado la salud de muchos niños.

FRECUENCIA:

Existe una demanda social para prevenirle las situaciones adversas al feto y procurarle una seguridad de buena calidad de vida, hasta el punto de apreciar la mortalidad perinatal como índice de calidad de los cuidados sanitarios de cualquier país. El progreso en la anestesia, las transfusiones sanguíneas, la terapéutica antibiótica junto a un mejor control de las enfermedades maternas como diabetes, la hipertensión y las cardiopatías redujeron la mortalidad materna en la cesárea considerablemente, facilitando su aplicación para mejorar la integridad fetal ⁽¹⁷⁾.

Entre las circunstancias que han contribuido también al aumento de cesárea se han mencionado la medicina defensiva, los incentivos económicos y la tendencia al automatismo y la especialización excesiva en la práctica obstétrica. Igualmente se ha argumentado la influencia de los modelos de aprendizaje en la época de residencia de los futuros obstetras. Aunque se comprende la dificultad para objetivar cuantitativamente la influencia de estos factores en la tasa de cesárea, es preciso tenerlos en cuenta en una apreciación crítica del problema ⁽¹⁷⁾.

No es posible hoy cuantificar con exactitud cual es la tasa óptima de cesárea, pues depende de circunstancias muy diversas y de los resultados que se propongan. Hay mujeres que perciben como una ventaja la anticipación y control de una intervención programada como una disminución de riesgo para el feto, mientras que otras prefieren un parto natural ⁽¹⁷⁾.

El ascenso creciente de la tasa de cesárea vino acompañado inicialmente de una reducción absoluta de la mortalidad perinatal independientemente de la indicación que las provocaba. A esta reducción posiblemente no era ajena una concomitante mejoría demográfica y de los métodos asistenciales neonatales. O'Driscoll y Foley estudiaron la correlación de las disminuciones de la mortalidad perinatal y el incremento de las tasas de cesárea comparando lo que sucedía en The National Maternity de Dublin con lo que se registraba en Estados Unidos. Estos autores referían que mientras en Dublín la tasa de cesárea permanecía inalterada, la mortalidad perinatal descendió del 42.1 al 16.8 por cada 1000 neonatos, en tanto que en los Estados Unidos la mortalidad neonatal permaneció inalterada a pesar del ascenso de la tasa de cesáreas⁽¹⁷⁾

Por diversas razones, existe una tendencia que lleva al empleo creciente de esta operación, en gran parte a causa del amplio interés que se otorga al reconocimiento del sufrimiento fetal real o sospechado.

La tasa de cesáreas ha aumentado de menos de un 5% hasta más de un 15% en Estados Unidos, acompañado de una disminución absoluta de la mortalidad perinatal que no sólo se atribuye a la realización oportuna de este procedimiento sino a la mayor asistencia prenatal, la monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal y los avances en la rama de la perinatología⁽⁵⁾.

En los países centroamericanos ha aumentado de dos a cuatro veces en los últimos 20 años. Una mayor demanda de esta intervención proviene del perfeccionamiento de diversos factores que inciden en la toma de decisión médica y en aceptabilidad pública, mejor técnica operatoria, que hacen que muchas mujeres demanden parto por cesárea principalmente en sectores de altos ingresos como se reporta en un estudio realizado en Brasil donde el índice de cesáreas alcanza un 40% en los centros privados y hasta un 35% en los centros públicos⁽³⁾.

Las respuestas definitivas sobre la frecuencia, indicaciones, resultados en cuanto a seguridad para la madre y el feto, consecuencias legales, éticas y económicas de la cesárea se discuten actualmente ya que dicho procedimiento se ha catalogado como epidemia que preocupa a toda la comunidad obstétrica ⁽⁵⁾.

INDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

Las indicaciones pueden ser absolutas o relativas, esta clasificación se refiere a la magnitud del riesgo materno perinatal como causa de cesárea.

Las absolutas son aquellos casos en los cuales la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto, entre ellas tenemos: desproporción céfalo pélvica, rotura uterina, placenta previa oclusiva, etc. Las relativas son aquellas en que se elige la cesárea como mejor alternativa en circunstancias en que se plantea alguna otra posibilidad, por lo tanto son casos que deben analizarse detenidamente antes de tomar una decisión; por ejemplo, la cesárea previa en donde se corre el riesgo de rotura de la cicatriz uterina.

En ocasiones es necesario realizar una cesárea por una serie de causas asociadas, ninguna de las cuales justificaría la intervención si se considerara aisladamente, cuando se dan varias indicaciones parciales, puede haber mayor peligro en el parto por vía vaginal, de modo que a veces éstos al sumarse, crean una verdadera indicación en conjunto ⁽²⁾.

A veces, la indicación puede preverse con anticipación y con tal motivo la intervención se realiza sin premura como cualquier otra operación (cesárea electiva); otras veces la indicación surge de forma súbita, por accidente en el embarazo o del parto cesáreas de urgencia ⁽²⁾.

Las indicaciones también se clasifican en: maternas, fetales y ovulares ⁽²⁾.

MATERNAS: Patologías Locales:

- Distocia ósea
- Distocia dinámica
- Distocia de partes blandas
- Tumores previos
- Rotura uterina
- Cesárea anterior
- Plásticas vaginales previas
- Herpes genital

Patologías Sistémicas:

- Pre-eclampsia
- Hipertensión crónica grave
- Nefropatía crónica
- Diabetes
- Cardiopatía
- Fracaso de la inducción
- Embarazo prolongado

FETALES: Colocaciones Viciosas: Transversa
Pelviana
Frente
Cara
Macrosomía fetal

Vitalidad Fetal Comprometida:

Sufrimiento fetal agudo
Retardo del crecimiento intrauterino
Enfermedad hemolítica fetal
Muerte habitual del feto

MATERNO-FETALES:

Desproporción céfalo pélvica
Parto detenido

OVULARES:

Placenta previa
Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
Procidencia del cordón ⁽²⁾

La mayoría de los estudios clásicos han resumido las indicaciones para la realización de la cesárea en cuatro grupos:

- 1- Distocias.30 %
- 2- Cesárea anterior 25-30 %.
- 3- Presentación de nalga 10-15%
4. Riesgo fetal aumentado 10-15% ⁽¹⁶⁾

PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA

1. Distocia, falta o progreso insuficiente del parto:

Dentro del término de distocia se incluyen dos conceptos: Uno de ellos muy evidente relativo a problemas de tamaño pélvico y fetal y de la situación o posición fetal y otro más difuso que incluye anomalías funcionales del parto con un feto normal en posición cefálica desflexionada. Es este segundo grupo el que contribuye con mayor amplitud al aumento de la cesárea. En general, la cesárea en este grupo no representó ventaja con la mortalidad perinatal cuando se comparó con el parto vaginal ⁽¹⁶⁾.

La cesárea por distocia constituye el mayor número en el aumento de la tasa de cesárea. Este cambio principalmente relacionado al factor que al diagnóstico de distocia, se presenta con más frecuencia durante el parto.

Los textos de Obstetricia tradicionales han dividido la clasificación en tres categorías:

- a. Anormalidades del parto.
- b. Anormalidades en el tamaño, presentación y posición del feto.
- c. Anormalidades de la pelvis y del aparato reproductor.

En la práctica clínica es a menudo imposible implicar un solo factor como la causa de un parto normal.

Un parto normal, normalmente resulta de por lo menos dos de estas categorías, de aquí que el término desproporción céfalo pélvica haya estado en uso por décadas. La falta de progreso del parto es todavía la indicación más frecuente de cesárea primaria en la mayoría de los centros, y es responsable del 25 al 50% aproximadamente del total de intervenciones ⁽⁵⁾.

Aunque algunos centros utilizan aún expresiones como desproporción céfalo pélvica e inercia como indicaciones de cesárea, se considera más adecuado utilizar el término de falta de progreso del parto, de esta forma admite la imprecisión de los términos anteriores ⁽¹⁸⁾.

El registro gráfico del trabajo de parto o partograma con curva de alerta, facilita el diagnóstico precoz de las anomalías que se puedan presentar. Es mucho más eficiente y proporciona una imagen gráfica de todos los detalles del trabajo de parto, que escribir extensas notas con letra ilegible. Una omisión se detecta más rápido con este sistema, ahorra trabajo y es un gran recurso docente y disminuye la incidencia de parto prolongado y cesárea ⁽¹⁹⁾.

2. Cesárea previa:

La regla de cesárea siempre, fue emitida en 1916 por Craigin. En ese tiempo más del 90% de las operaciones de cesárea fueron usando la técnica clásica.

Hoy el 90% de las operaciones cesáreas son hechas con una incisión transversal baja, esta última técnica tiene riesgos mucho más bajos de que el útero se rompa durante embarazos posteriores; presenta menos pérdida hemática, hay menos probabilidad de que se produzcan adherencias; también el riesgo de mortalidad cuando un útero previamente cicatrizado se rompa es indudablemente más bajo que en 1916⁽⁵⁾.

El Antiguo aforismo de Craigin ha sido rebatido por consistentes estudios multicéntricos que avalan la seguridad de una prueba de parto controlada en las cesarizadas anteriores, y constituye una de las estrategias actuales para disminuir el índice de cesáreas. Aproximadamente 20.000 pacientes con cesárea anterior han sido sometidas a una prueba de parto; entre un 75 a 82% de ellas han tenido parto vaginal con índice de ruptura uterina que oscila entre un 0,2 a 0,8%⁽¹⁷⁾.

En algunos países, un parto vaginal después de una cesárea previa es una práctica común. El creciente aumento en el número de cesáreas repetidas en los Estados Unidos ha renovado el interés en partos vaginales después de una cesárea, pero es importante tener en cuenta los siguientes puntos para probar la vía vaginal:

- a. Conocer con exactitud el tipo de incisión sobre el útero, ya que sólo se puede dejar evolucionar aquellos casos de cesárea segmentaria.
- b. Determinar la causa de la primera cesárea, cuando no se repite hay más probabilidades que la extracción sea vaginal.
- c. Conocer las complicaciones postoperatorias de la primera cesárea.

- d. Contar con las facilidades quirúrgicas adecuadas que permitan la realización de una cirugía urgente en caso de alguna complicación.
- e. Disminuir la duración del expulsivo con la aplicación de fórceps para evitar la acción del pujo sobre el segmento uterino.
- f. Revisión uterina cuidadosa después de la expulsión por vía vaginal.

Durante el parto la posibilidad de rotura uterina para la cesárea segmentaria es del 0.2% y del 4% para la cesárea corporal, en estos casos siempre se impone otra cesárea ⁽²⁰⁾.

3. Plastías vaginales previas:

En aquellas pacientes a las cuales se les realizó operaciones por prolapso genital, colpoperineoplastias y amputación cervical, se les debe de realizar cesárea debido a que el parto vaginal expondrá a la madre a desgarros vaginales como consecuencia de la fibrosis cicatrizal y a una posible recidiva del prolapso; el cuello amputado presenta generalmente dificultad en el proceso de la dilatación ⁽²⁾.

4. Herpes genital:

La infección herpética en la mujer condiciona una morbilidad casi nula, en cambio en el neonato representa un 50% a 60% de mortalidad. De ahí que constituya una indicación absoluta de cesárea.

5. Carcinoma de cuello uterino:

Es una complicación rara durante el embarazo y cuando es de tipo invasor, debe practicarse siempre cesárea para disminuir la diseminación y acelerar la indicación del tratamiento.

El carcinoma in situ y las lesiones pre-malignas del cuello no constituyen indicación de operación cesárea.

6. Tumor previo en el canal del parto:

La presencia de fibromiomas en la cara anterior del útero o en la región del istmo dificultan el descenso y el encajamiento de la presentación, favorece la situación transversa y podálica y casi siempre es necesario realizar una cesárea.

Son causas frecuentes de tumor previo, la placenta previa oclusiva total, los miomas uterinos, el útero doble, etc ⁽²⁾.

7. Pre-eclampsia, eclampsia:

La Pre-eclampsia es una enfermedad inducida por el embarazo, caracterizada por hipertensión, proteinuria, asociado o no a edema, afecta de preferencia a nulíparas y aparece después de las 20 semanas de gestación, acompañándose de lesiones características del glomérulo renal. Existen diferentes términos propuestos para designar esta entidad: hipertensión inducida por el embarazo; edema, proteinuria e hipertensión arterial; gestosis y toxemia del embarazo.

Se clasifica en pre-eclampsia leve cuando las cifras tensionales no van más allá de 160/110 mmHg o bien cuando no existe un aumento mayor de 15 mmHg en la presión diastólica previamente conocida, y pre-eclampsia severa cuando las cifras tensionales van más allá de 160/110 mmHg , o bien existe un aumento de 30 mmHg sobre las cifras de presión diastólica previamente conocidas.

La eclampsia es la forma más severa de esta patología. La magnitud de la vasoconstricción y del alza tensional provoca una encefalopatía hipertensiva capaz de provocar convulsiones en ausencia de patología neurológica previa ⁽²⁾.

En la pre-eclampsia severa y en la eclampsia está indicada habitualmente la interrupción del embarazo como parte del tratamiento de la enfermedad. Debe intentarse el parto vía vaginal mediante inducción oxitócica a no ser que se asocien otras circunstancias como distocia de presentación, sufrimiento fetal agudo o condiciones obstétricas muy desfavorables.

8. Hipertensión crónica:

Es la elevación de la presión arterial más allá de 140/90 mmHg diagnosticada en la primera consulta prenatal ocurrida antes de las 20 semanas de gestación o en cualquier etapa del embarazo si se considera una hipertensión arterial previa o después de 6 semanas de puerperio o en cualquier momento posterior del intervalo intergenésico.

En un 15 a 30% de las pacientes con hipertensión crónica, la hipertensión arterial se exagera durante el embarazo, aparece proteinuria y edema denominándose esto como hipertensión arterial crónica con pre-eclampsia sobreagregada, incrementando el riesgo de morbimortalidad materna y perinatal ⁽²⁾.

9. Diabetes:

El manejo obstétrico de la diabetes se ha modificado en los últimos años. En la actualidad el control materno con insulina y dieta, y del feto con estudios bioquímicos y hormonales unidos a las pruebas biofísicas, permiten prolongar la gestación sin peligros para ambos.

Sin embargo la gravedad es muy importante para definir la fecha y la vía para terminar la gestación.

La inducción puede intentarse cuando el estado del feto es bueno y las condiciones son favorables. En estos casos debe vigilarse permanentemente el estado fetal.

10. Cardiopatías:

La mayoría de los autores recomiendan el parto vaginal, con aplicación de fórceps profiláctico para evitar los pujos del período expulsivo reservando la operación cesárea para cuando exista indicación obstétrica.

Sin embargo, cardiopatía con incapacidad funcional III y IV concentran una mayor frecuencia de partos por cesárea ⁽²⁾.

La coartación de la aorta con hipertensión arterial severa es aceptada como indicación de operación cesárea electiva para prevenir complicaciones graves como ruptura de la aorta y hemorragia arterial del territorio encefálico.

11. Inducción fallida:

La inducción del parto no es una práctica libre de riesgos sobre todo si está en manos inexpertas y no se cuenta con el equipo adecuado.

Existe un número considerable de indicaciones de inducción las cuales se clasifican en: maternas (hipertensión crónica, pre-eclampsia, diabetes, etc.), fetal (Isoinmunización, retardo del crecimiento intrauterino, feto muerto y retenido), ovulares (ruptura prematura de membranas), etc.

Se habla de inducción fallida posterior a tres inducciones por espacio de ocho horas con descanso entre cada una de seis a ocho horas, y control adecuado de las condiciones maternas y fetales, sin resultados favorables. En estos casos se debe terminar el embarazo por vía abdominal.

12. Presentación pélvica:

Se ha observado un aumento muy significativo de las cesáreas por esta indicación. En el 3-4% de las pacientes en trabajo de parto el feto se encuentra en dicha presentación. El ejercicio actual es que éste nazca por cesárea, incluso en circunstancias específicas ⁽²⁾. Este criterio produce una proporción de operaciones cesáreas de 70 al 85% para el nacimiento en presentación pélvica.

En las primigestas, aceptada como indicación de cesárea debido a que la pelvis no ha sido probada con un parto anterior. En las multíparas se indica la operación si el peso fetal estimado es menor a 2,000 grs. y superior a 4,000 grs. o si se comprueba en el trabajo de parto, mediante ecografía, una deflexión o exceso de volumen del polo cefálico o si las condiciones obstétricas son desfavorables.

Se considera que el niño en presentación pélvica tiene 50% más probabilidades de tener daño cerebral si nace por vía vaginal cuando se compara con la cefálica.

13. Presentaciones anormales del feto:

La situación transversa es motivo de cesárea en 5.58% debido a que se encuentra prohibida la versión interna y extracción de modo que aún con fetos muertos se indica cesárea; en estos casos la indicación se relaciona con la prevención de complicaciones maternas.

En la presentación de frente casi siempre se realiza cesárea a no ser que ocurra la conversión espontánea a vértice, en cuyo caso se conducirá el parto de acuerdo a esta presentación. Toda presentación de frente que no se convierta requiere una cesárea ⁽²⁾.

14. Sufrimiento fetal:

En la actualidad se puede definir como una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios feto materno, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede provocar alteraciones tisulares irreparables o la muerte del feto.

Se presenta en el intra parto y se ha observado un incremento del 25%, aunque para algunos autores esto es variable, la pregunta es si el diagnóstico es correcto o no, por la interpretación de la frecuencia cardiaca fetal o si es confirmado con el equilibrio ácido-básico.

El tratamiento está destinado a corregir las alteraciones del intercambio feto materno; cuando puede conseguirse este objetivo se mejora el aporte de oxígeno al feto así como la eliminación de los catabólicos ácidos. De no poder corregirse se debe extraer al feto lo más rápido posible.

15. Retardo del crecimiento intrauterino:

Esta alteración fetal es el resultado de una disfunción placentaria de inserción generalmente lenta, las pruebas de vitalidad tanto biofísicas como bioeléctricas indican que el feto no está en condiciones para tolerar la injuria de la actividad uterina, por lo tanto es mejor terminar el embarazo por la vía abdominal ⁽²⁾.

16. Enfermedad hemolítica fetal:

La frecuencia de este cuadro es alrededor de 1.5% de todos los nacimientos. Resulta de la inmunización materna hacia antígenos presentes en los hematíes del feto, heredados por éste del otro progenitor. Cuando el marido es homocigoto respecto a dichos antígenos, la incompatibilidad sanguínea potencial se planteará en todos los hijos. Si el marido es heterocigoto, las posibilidades de incompatibilidad se reducen al 50%.

Con el uso rutinario de análisis cito químicos del líquido amniótico para determinar el incremento de la bilirrubina y las pruebas bioeléctricas de vitalidad fetal, se realizan más cesáreas por esta indicación.

17. Desproporción céfalo pélvica:

Constituye una de las causas más frecuentes de indicación de cesáreas. En ocasiones el diagnóstico es evidente, ya sea por tratarse de una pelvis estrecha con feto de tamaño normal, o de una pelvis límite con feto macrosómico. En otras ocasiones el diagnóstico no es tan evidente y se debe recurrir a la prueba de trabajo de parto para confirmarlo ⁽²⁾.

Esta prueba debe realizarse en la fase activa del trabajo de parto, con una dilatación del cuello uterino mayor de 3 cm; con dinámica uterina de cuatro contracciones en diez minutos y con rotura artificial de membranas. En estas condiciones se refleja la proporcionalidad céfalo pélvica, por el encajamiento de la presentación y el avance de la dilatación del cuello uterino en uno a dos centímetros por hora. Si al cabo de tres a cuatro horas la presentación no se encaja y la dilatación cervical no progresa, se puede concluir que está frente a una desproporción céfalo pélvica e indicar la cesárea con ese diagnóstico ⁽²⁾.

18. Placenta previa:

La placenta previa ha disminuido al 4% como causa de cesárea, a pesar de que íntimamente se dice con más libertad cesárea por placenta previa.

La placenta previa oclusiva total es indicación de cesárea electiva, previa confirmación de la madurez pulmonar fetal, en esta variedad y en la parcial que ocluye el 30% o más del orificio interno no existe otra posibilidad para extraer al feto que la cesárea⁽²⁾.

Un punto de controversia es el tipo de incisión en el útero, la segmentaria transversal tiene la ventaja de facilitar un próximo parto por vía vaginal. El inconveniente de la dificultad de extraer al feto sumado a la intensidad de hemorragia, sólo disminuye con la experiencia del cirujano⁽⁵⁾.

En el departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia, se permite la incisión longitudinal únicamente en los casos de situación transversa descuidada y cuando el segmento uterino inferior esté extensamente vascularizado por una placenta previa total. Independientemente del tipo de placenta previa, la hemorragia grave es indicación absoluta de cesárea.

19. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada.

El desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada constituye por algunos autores el 1.75% como factor causal de cesárea.

En este caso con feto vivo y viable se procede a practicar rotura artificial de las membranas y cesárea inmediatamente.

Con el feto muerto se aconseja la rotura de membranas a la expectativa de un parto vaginal el cual será alternativa dependiendo del grado de desprendimiento y del choque que presente la paciente.

Si se presenta compromiso del estado general o del músculo uterino se debe practicar cesárea con miras a salvar la vida de la madre y la integridad del útero ⁽²⁾.

20. Prolapso del cordón umbilical:

Cuando se realiza el diagnóstico oportunamente y se confirma la presencia de latidos debe practicarse una cesárea urgente. Son muy raros los casos con esta complicación que llegan con dilatación completa y en presentación cefálica para determinar el parto con la aplicación de fórceps.

En ocasiones es posible restituir el cordón a la cavidad uterina y continuar el parto vaginal buscando el pronto encajamiento de la presentación.

Cuando se produce el accidente y se decide la operación cesárea, mientras se extrae el feto, se debe colocar a la paciente en posición de Trendelenburg, en tanto un ayudante mantiene la presentación por encima del cordón colocando sus dedos índice y medio en el interior del cuello uterino entre la presentación y la pared uterina.

CONTRAINDICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

En la actualidad, la causa no tiene virtualmente contraindicaciones, excepto el hecho de no estar correctamente indicada ⁽²⁾.

COMPLICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA

Son innegables los avances que han experimentado en la técnica quirúrgica lo cual ha llevado a un aumento en su frecuencia, pero como todo procedimiento quirúrgico, está expuesto a diferentes complicaciones. Es preciso reconocer que por lo común son factores predisponentes y subyacentes los que dictan la necesidad de una cirugía, además los sucesos con frecuencia repetitiva antes del parto que obligan a que se recurra a la cesárea deben reconocerse como causa principal de las subsiguientes complicaciones, las cuales son múltiples y variadas dependiendo del grado de severidad que presenten, y que a menudo tienen estrecha relación con el tipo de técnica que se ha utilizado.

Dentro de las principales complicaciones de la operación cesárea se conocen:

1. Transoperatorias:
- Lesión de vejiga
 - Lesión de asas intestinales
 - Lesión de arterias uterinas
 - Hemorragias
 - Choque hipovolémico
 - Lesión del producto
2. Postoperatorias:
- Mediatas:
- Peritonitis
 - Oclusión intestinal
 - Distensión abdominal
 - Neumonía, atelectasias
 - Íleo metabólico ⁽²⁾
- Tardías:
- Adherencias de intestino o epiplón
 - Fístula útero parietal
 - Diastasis de los rectos.
 - Hernias abdominales ⁽²⁾

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio:

El presente estudio es descriptivo, de corte transversal realizado en el Centro de Salud con Camas de Jalapa, Nueva Segovia en el período comprendido de Septiembre del 2001 - Agosto del 2002.

Área de estudio:

El centro de salud Pastor Jiménez es un centro de salud con camas, ubicado en la cabecera municipal de Jalapa, Nueva Segovia, sus límites al norte con Honduras, al sur con Júcaro, este Murra y Oeste con San Fernando; con una población total de 49, 528 habitantes con una extensión territorial de 629 km² con una densidad poblacional de 79 habitantes por km². La población con un 71% de procedencia rural y el 29% del en área urbana, cuenta con 90 comunidades y un casco urbano.

La red de servicios en salud consta de un centro de salud con 22 camas, tres puestos de salud tipo A (presencia de médico permanente) y 12 puestos de salud tipo B. El centro de salud con camas brinda la atención básica de hospitalización en las áreas de Obstetricia, Medicina General, pediatría y traumatología, cuenta con el servicio de un quirófano, y servicio de apoyo de laboratorio clínico. El personal existente consta de un gineco-obstetra, un médico internista, un traumatólogo, y atención por médicos generales y médicos en servicio social.

Población de Estudio:

Todas las pacientes embarazadas que ingresan a la unidad de salud en el período de estudio que finalizaron con parto natural o cesárea (n=1,392).

Unidad de Análisis:

Expedientes de mujeres a las que se realizó operación cesárea en el período de estudio(n=106).

Fuente de información:

Será secundaria dado que se tomará de los Expediente Clínico.

Instrumento de recolección de la información:

El instrumento de recolección de la información será una ficha la cual consta de dieciocho variables agrupadas en seis acápite (Ver Anexo N° 1).

Recolección y análisis de la información:

La información será recolectada por el investigador de los expedientes clínicos y será registrada en la ficha de recolección de datos

Una vez obtenida la información se tabulará los datos por medio del programa de EPI-INFO. El tipo de análisis será mediante la prevalencia y porcentajes, los resultados serán presentados en tablas y gráficos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	:	EDAD
DEFINICIÓN	:	Es el tiempo comprendido desde el nacimiento hasta la edad actual.
INDICADOR	:	Registro del expediente clínico.
ESCALA	:	15 – 19 años 20 – 24 años 25 – 29 años 30 - 34 años 35 y más

VARIABLE	:	OCUPACION
DEFINICION	:	Principal actividad laboral que genera ingresos económicos.
INDICADOR	:	Registro del expediente clínico.
VALOR	:	Abierta

VARIABLE	:	PROCEDENCIA.
DEFINICION	:	Se considera urbana si se encuentra dentro del Perímetro de la ciudad. Se considera rural lo que esta fuera del perímetro de la ciudad.
INDICADOR	:	Registro del expediente clínico.
VALOR	:	Urbana Rural

VARIABLE : **ESCOLARIDAD**
DEFINICIÓN : Grado de educación aprobado.
INDICADOR : Registro del expediente clínico.
VALOR : Analfabeta
Primaria
Secundaria
Técnico/ universitaria

VARIABLE : **ESTADO CIVIL**
DEFINICION : Condición legal, social a la que está sujeta la embarazada.
INDICADOR : Registro del expediente clínico.
VALOR : Casada
Acompañada
Soltera

VARIABLE : **ACCESIBILIDAD A SERVICIOS**
DEFINICION : Posibilidad en tiempo de llegar a una Unidad de Salud
INDICADOR : Registro del expediente clínico.
VALOR : Zona A: Menor de 30 min.
Zona B: De 30 min. a 1 hr.
Zona C: Mayor de 1 hr.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

VARIABLE : **GESTA**
DEFINICION : Número de embarazos al momento del ingreso.
INDICADOR : Registro del expediente clínico.
VALOR : Primigesta
Bigesta
Trigesta o más

VARIABLE	:	PARA
DEFINICION	:	Número de partos por vía vaginal al momento del ingreso.
INDICADOR	:	Registro del expediente clínico.
VALOR	:	Ninguno Uno Dos Tres o más
VARIABLE	:	ABORTO
DEFINICIÓN	:	Embarazos finalizados antes de las 20 semanas o con peso menor de 500gr.
INDICADOR	:	Registro del expediente clínico.
VALOR	:	Ninguno Uno Dos Tres o más
VARIABLE	:	CESÁREA
DEFINICION	:	Número de partos por vía abdominal al momento del ingreso.
INDICADOR	:	Registro del expediente clínico.
VALOR	:	Ninguno Uno Dos Tres o más

VARIABLE : **IVSA**
DEFINICION : Edad en que se inicia vida sexual activa.
INDICADOR : Registro del expediente clínico.
VALOR : Menor o igual a 18 años
19-35 años
Mayor de 35 años

VARIABLE : **CONTROL PRE-NATAL**
DEFINICION : Número de Atenciones prenatales realizados durante el embarazo actual.
INDICADOR : Registro del expediente clínico.
VALOR : Ninguno
Menor de cuatro
Mayor de cuatro

VARIABLE : **SEMANAS DE GESTACIÓN**
DEFINICION : Edad en semanas que presenta el producto.
INDICADOR : Registro del expediente clínico.
VALOR : Menor de 37 semanas.
De 37 – 41 semanas.
Mayor de 41 semanas.

VARIABLE : **PERIODO INTERGENESICO**
DEFINICION : Período comprendido entre la conclusión de un embarazo y el inicio del actual.
INDICADOR : Registro del expediente clínico.
VALOR : Menor de 2 años
Mayor o igual a 2 años

VARIABLE : **INDICACIÓN DE CESÁREA**
DEFINICION : Condición tanto materna como fetal que determina la realización de la cirugía.
INDICADOR : Registro del expediente clínico.
VALOR : Abierta

VARIABLE : **TIPO DE CESÁREA**
DEFINICION : Circunstancia en que se decide la cirugía.
INDICADOR : Registro del expediente clínico.
VALOR : Urgente
Programada

VARIABLE : **COMPLICACIONES**
DEFINICIÓN : Problema asociado a la intervención quirúrgica.
INDICADOR : Registro del expediente clínico.
VALOR : Abierta.

VARIABLE : **TECNICA QUIRURGICA**
DEFINICION : Incisión realizada en el útero de acuerdo a las características médico-quirúrgicas de la paciente.
INDICADOR : Registro del expediente clínico.
VALOR : Segmentaria Kerr
Segmento-Corporal
Corporal

RESULTADOS

Un total de 106 casos fueron incluidos en el estudio que representaban el 100% de las pacientes sometidas a operación cesárea de las 1392 pacientes que fueron atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Centro de Salud con camas Pastor Jiménez Arosteguí de Jalapa, encontrándose una prevalencia de cesárea del 7.6%.

En relación a las características Socio-Demográficas, los grupos etáreos más afectados fueron el menor de 19 años y el de 20-29 años representando juntos el 84% del total (89 casos), seguidos del grupo de 30-34 años con 10 casos para un 9.4%; el 87.7% de las pacientes (93 casos) eran amas de casa, el 55.7% eran del área rural (59 casos); sólo el 15.1% eran analfabetas (16 casos); el 79.2 % tenía una relación estable (84 casos), teniendo el 55.7% (59 casos) una accesibilidad al servicio de tipo zona A, 23.6% (25 casos) Zona B y solo el 20.7% (22 casos) Zona C (Tabla N° 1)

En cuanto a los antecedentes Gineco-Obstétricos, el 46.2% (49 casos) eran primigestas ,el 23.6% (25 casos) bigestas, el 70.8% (75 casos) eran nulíparas, , 88.7% (94 casos) no tenían antecedentes de aborto, y solo el 27.3% (29 casos) tenían cesárea previa (Tabla N°2). El 75.5% (80 casos) tenían IVSA a los 18 años o menos, el 67.9% (72 casos) tenían al menos 4 atenciones prenatales (CPN) y solo el 5.7% (6 casos) no tenían CPN, el 80.2% (85 casos) tenían de 37 a 416/7 semanas de gestación, solo el 20.8% (22 casos) tenían un período intergenésico menor de 2 años (Tabla N°3).

En general, la principal indicación de Cesárea fue cesárea anterior con 29 casos (27.4%), seguida de sufrimiento fetal agudo con 16 casos (15.4%), distocia de presentación con 15 casos (14.2%), Desproporción Céfalo Pélvica 14 casos (13.2%) y Condilomatosis 9 casos (8.5 %) (Gráfico N° 1). Al relacionarla con el número de gestaciones encontramos que en el grupo de primigestas las principales indicaciones fueron DCP con 13 casos (26.5%), sufrimiento fetal agudo con 11 casos (22.4%) seguidos de la distocia de presentación y condilomatosis con 9 casos (18.4%) respectivamente (Gráfico N°2), a diferencia del grupo de 2 o más gestas en donde la principal causa de cesárea fue la Cesárea anterior que representaba el 50.9% con 29 casos (Gráfico N°3). Las principales indicaciones en el grupo etáreo menor de 20 años fueron la desproporción Céfalo Pélvica con 9 casos para un 20.9% seguido de las distocias de presentación con 8 casos para un 18.6% y la cesárea anterior y sufrimiento fetal con 7 casos para un 16.3% (Gráfico N° 4). En el grupo de mujeres de 20 o más años la principal indicación fue la cesárea anterior con 22 casos para un 34.9% seguida del sufrimiento fetal con 9 casos para un 14.3%, presentándose en menor frecuencia la distocias de presentación y la DCP (Gráfico N°5)

El 66% (70 casos) fueron cirugías de urgencia y solo el 34% (36 casos) fueron cirugías programadas (Gráfico N°6).

Al relacionar el tipo de cirugía con las indicaciones de cesárea la mayor frecuencia de cirugías de urgencia se presentaron en las pacientes con diagnóstico de SFA con 16 casos y la DCP con 15 casos (en ambas el 100% de las pacientes con ese diagnóstico), seguidas de las distocias de presentación con 11 casos que representaban el 73.3% del total

de pacientes con esa indicación .Las cirugías programadas más frecuentes fueron las que tenían como indicación cesárea por cesárea anterior con 24 casos para un total de 82.8% de todos los casos con esta causa de cesárea. **(Tabla N° 4)**. El 83.7 % (36 casos) del total de cesáreas en mujeres menores de 20 años fueron cirugías de urgencia porcentaje que en el grupo de mujeres de 20 o más años fue de el 54% (34 casos) (Tabla N° 5).

El 100% (6 casos) de pacientes que no recibieron atención prenatal fueron cesáreas de urgencia en relación con el grupo que recibió 1-3 CPN con un 53.6% (15 casos) y el grupo de mujeres con 4 o más CPN con un 68.1% (49 casos) (Tabla N° 6).

La técnica quirúrgica más utilizada fue la segmentaria con 104 casos (98.1%), complicándose solo 11 casos del total de cesáreas realizadas (10.4%), siendo la principales complicaciones anemia e infección de herida quirúrgica con 4 casos (3.8%) respectivamente y endometritis, hipotonía uterina e IVU con un caso cada una (Gráficos N° 7y 8).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se realizaron un total 106 cesáreas de 1,392 nacimientos que fueron atendidos en el Centro de Salud de Jalapa, representando una prevalencia de cesárea de 7.61% del total, inferior al 14.7 % a nivel nacional y al 9.6% del departamento de Nueva Segovia presentados por ENDESA correspondientes al período 1997-2001, porcentaje además acorde al propuesto en 1985 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cual no debería representar más de un 10-15% del total de los partos como límite máximo, tomando como base los índices de cesáreas registrados en aquellos países que acusan las menores tasas de mortalidad perinatal ^(21, 22).

El 84% de nuestra población de estudio fue menor de 30 años, siendo mas llamativo aún el hecho que el 40.6% hallan sido menores de 20, porcentaje mucho mayor que los encontrados en la ENDESA 2001 en la que el porcentaje de mujeres menores de 20 años con operación cesárea a nivel nacional entre los años 1997-2001 fue de 25.5% y el estudio de frecuencia e indicaciones de cesárea en adolescentes del Hospital Llano, Corrientes, Argentina realizado de Octubre 1998 - Septiembre 2003, en el que solo el 12.2% del total de cesáreas era realizado en menores de 20 años. Sin embargo es importante señalar que este estudio se limita a describir al grupo de mujeres que fueron sometidas a operación cesárea no estableciendo el porcentaje de cesárea en nacimientos en mujeres en una edad específica, señalamos lo anterior al observar los porcentajes de cesárea en nacimientos de mujeres menores de 20 años de la ENDESA 2001 y del estudio realizado en Argentina en

los que las diferencias son solamente del 2% (14.2% y 12.2% respectivamente), sin dejar de comentar que otro parámetro importante ha considerar es la relación de porcentajes de cesárea entre mujeres menores de 20 años y las de mayor edad, considerándose en el estudio argentino que la proporción de madres adolescentes que finalizaron su parto por vía vaginal fue la adecuada, dado que el porcentaje de cesárea en este grupo fue solo la mitad del que se presentó en mujeres de mayor edad ^(21, 23).

Si bien es cierto que los datos brindados por ENDESA en el 2001 señalan que las mujeres del área urbana así como las que presentan un mayor nivel académico tienen, como grupos, un porcentaje mayor de cesárea, las mujeres en nuestro estudio eran principalmente del área rural (55.7%) debido al hecho que el Centro de Salud de Jalapa brinda principalmente cobertura en esta área, lo que también explica la baja escolaridad encontrada en nuestro grupo de estudio, que se corresponde a lo reportado en el informe de desarrollo humano en Nicaragua en el 2000 por el PNUD, en el que las áreas rurales presentaban años de escolaridad promedio bajos con índices de analfabetismo de alrededor del 15% ^(21, 24). Basados en criterios de accesibilidad, definido por el tiempo que transcurre en que la usuaria llega de la comunidad al Centro de Salud con camas Pastor Jiménez, las de las zonas A fueron a las que en mayor proporción se les practicó la cesárea.

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos podemos afirmar que un porcentaje significativo de nuestras pacientes eran primigestas, nulíparas, sin historia de aborto y de cesárea, teniendo el 75.5% IVSA antes de los 19 años, presentando nuestro estudio

porcentajes de pacientes primigestas inferiores a los presentados en el estudio argentino el cuál refiere un 70 %.

Es importante destacar que las pacientes en estudio tenían buena coberturas de CPN ya que solo el 5.7% no la habían recibido, dato superior el reportado en la ENDESA 2001 de 13.6%, aunque el porcentaje de pacientes con 4 o más controles fue de 71.6%, mayor al 67.9% encontrado en nuestro estudio. Sólo el 19.8% tenían edad gestacional menor de 37 semanas o mayor de 42 semanas. A pesar de los bajos niveles de escolaridad encontrados el 20.8% de las pacientes tenían un período intergenésico menor de 2 años ⁽²⁴⁾.

En General, las indicaciones de cesárea más frecuentes fueron cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, distocia de presentación y desproporción céfalo pélvica, correspondiéndose a lo reportado en la literatura ⁽¹⁷⁾. En las primigestas predominaron en orden de frecuencia la DCP, el sufrimiento fetal agudo, las distocias, siendo la principal causa en las mujeres con dos o más gestas la cesárea anterior en más de la mitad de los casos. Las Cesáreas por cesárea anterior y las distocias de presentación representaron el 41.6% del total de las mujeres de nuestro estudio, aproximadamente 20.000 pacientes han sido sometidas a prueba de trabajo de parto, entre un 75%-82% de ellas han tenido un parto vaginal, con un índice de ruptura uterina que oscila entre el 0.2 al 0.8%. Toda paciente con el diagnóstico de cesárea anterior se le puede dar prueba de trabajo de parto, siempre y cuando cumpla con los requisitos: Proporcionalidad feto-pélvica adecuada, presentación cefálica producto con peso menor de 4000 grs., cesárea anterior segmentaria y que no sea embarazo múltiple.

En el estudio de Dublín la reducción del número de cesárea por distocias se basó en el hecho de no aceptarlas como tal mientras no se sometieran a partos de prueba con Oxitocina. Queremos hacer mención que en adolescentes las tres principales causas de cesárea en nuestro estudio fueron: Desproporción céfalo-pélvica, distocias de presentación y sufrimiento fetal agudo, datos similares a los encontrados en el estudio Argentina con excepción de cesárea por cesárea anterior que ocupó en su estudio el mayor porcentaje.

El 66% de las cesáreas realizadas fueron urgencias, lo que se correspondía, en este sentido, a la indicación médica por la cuál se realizaba la cesárea, por ejemplo, el 100% de los casos de SFA fueron cirugías de urgencia.

Se encontró una relación entre CPN y el tipo de cirugía realizada, donde se puede observar que el grupo que no recibió CPN en su totalidad fue intervenido de urgencia, aunque el porcentaje de cirugías programadas se vio incrementado en las pacientes que recibieron CPN, hay que señalar que el porcentaje de las cirugías de urgencias se mantuvo siempre por encima del 50%. Sólo a dos pacientes se les realizó cesárea corporal.

Un total de 11 pacientes presentaron complicaciones (10.4%) de los cuáles la anemia y la herida quirúrgica infectada fueron las más frecuentes.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de operación cesárea fue del 7.61% del total de nacimientos del período estudiado.
2. En relación a las características sociodemográficas las pacientes de nuestro estudio eran menores de 30 años con un gran porcentaje de mujeres menores de 20 años, amas de casa, del área rural con nivel de escolaridad primaria o secundaria, con una relación estable y con una accesibilidad al servicio de tipo zona A.
3. Al observar los antecedentes Gineco-Obstétricos la mayor parte eran pacientes Primigestas, nulíparas, sin antecedentes de aborto o cesárea, con IVSA antes de los 19 años, con buena cobertura de atención prenatal, con edad gestacional adecuada y con períodos intergenésicos mayor de 2 años.
4. La principales indicaciones de cesárea fueron: Cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, distocia de presentación, desproporción cefalopélvica y condilomatosis en orden de frecuencia. En mujeres menores de 20 años la principal indicación fue la desproporción cefalopélvica y en mujeres de 20 o más años fue cesárea anterior. En su mayoría las cesáreas fueron realizadas de urgencia, principalmente en mujeres menores de 20 años y que no se realizaron controles prenatales, siendo la técnica quirúrgica empleada casi en la totalidad de los casos la segmentaria.

5. El 10.4% de las pacientes con cesárea presentaron complicaciones, siendo las más frecuentes: Anemia e infección de herida quirúrgica.

RECOMENDACIONES

1. Disminuir la prevalencia de cesáreas motivados en la reducción de las indicaciones de cesárea anterior y distocia al someter a las pacientes a partos con prueba con oxitocina, siempre y cuando cumplan los criterios: Proporción fetopélvica adecuada, presentación cefálica, producto no macrosómico, cesárea anterior segmentaria, así como no exista el antecedente de sepsis en la cirugía anterior. Es importante señalar una monitorización adecuada así como el uso de partograma durante el trabajo de parto.
2. Promoción alta de la atención prenatal, así como la realización de esta con una detallada anamnesis haciendo énfasis en los factores de riesgo que tienen incidencia en las indicaciones de cesárea.
3. Hacer una revisión periódica de las estadísticas para identificar cambios que se produzcan en el desarrollo de las actividades de los centros hospitalarios, así como la realización de auditorías periódicas de las cesáreas a fin de detectar el exceso de las indicaciones y corregirlo a futuro, lo que nos conllevaría, a la exigencia de un control de calidad en los hospitales.

REFERENCIA

1. Pérez Sánchez; Alfredo. Obstetricia. Editorial Mediterráneo. Segunda Edición. 1992.
2. Schwarzc. Et Al. Obstetricia. Quinta Edición. Editorial el Ateneo. Pags.: 600-605. 1995
3. Population Briefs; Edición Especial, Dic. 2001, Maternidad sin Riesgos.
4. Pros y contras de las cesáreas. <http://www.buenasalud.com>.
5. William, Obstetricia. Tercera Edición. Cap. 43. Págs. 841- 845. 1992.
6. Belizán JM, Villar J, Bergel E, Del Pino A, Di Fulvio S, Galliano SV, Kattan C. Long term effect of calcium supplementation during pregnancy on the blood pressure of offspring: follow up of a randomised controlled trial. British Medical Journal 1997; 315:281-5.
7. Pastora, Giovanni José; Indicaciones y complicaciones de cesáres realizadas a pacientes del Hospital César Amador Molina, Chinandega, Nicaragua. 1996.
8. Espinoza Ordoñez, Marcia I.; Indicación de cesárea, frecuencia y mortalida materna y perinatal en el Hospital Modesto Agurcia Moncada, Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua. 1996.

9. Guillén González, Xiomara; Indicación y complicación de cesáreas realizadas a pacientes en el Hospital Alejandro Dávila Bolaños, Estelí, Nicaragua. 1997.
10. Ochoa Brizuela, Francisco y Col.. Indicaciones y evolución de cesáreas realizadas en el Hospital Camilo Ortega, Chontales. 1997.
11. Marín Rivas y Col. Principales indicaciones de cesárea en el Departamento de Gineco-Obstetricia Del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales A. León, Nicaragua. 1997.
12. Pomares Cortés, Alberto y Col. Comportamiento Epidemiológico de la operación cesárea en el Hospital García Laviana; Rivas, Nicaragua. 1998.
13. Sequeira, Martha; Indicaciones y complicaciones maternas de las cesáreas realizadas en el Hospital Regional Asunción, Chontales. 2000.
14. Departamento de Estadística. Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales A. León, Nicaragua.
15. FONMAT. Sistema de Estadística 1999-2001.
16. Pérez Sánchez; Alfredo. Obstetricia. Editorial Mediterráneo. Segunda Edición. 1992.
17. Mendieta, Edmundo. Historia de la Ginecología y Obstetricia en Nicaragua. Revista número 4, Bolsa Médica. Diciembre 1993.
18. Duvereges et Al. Obstetricia. 5ta Edición. Buenos Aires; Argentina. 1995

19. Schwarzc. Et al. Guía para la Vigilancia del Parto. Publicación Científica CLAP. Montevideo. Uruguay 1988.

20. DJ Ravasia; et al, Uterine Rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery. 1992-1998. American journal obstetrician gynecology 2000; 183: 1176-9.

ANEXOS

Semanas de gestación:

Periodo intergenésico : Menor de dos años:
Mayor de dos años:

III. INDICACIÓN DE CESÁREA

Cuál: (Explique) _____

IV. TIPO DE CESÁREA

Urgencia:

Programada:

V. COMPLICACIÓN DE CESÁREA

Sí:

No:

Cuales: (Explique) _____

VI. TÉCNICA EMPLEADA

Segmentaria Kerr:

Segmento Corporal:

Corporal:

OPINION DEL TUTOR

La indicación de la operación cesárea es un tema de actualidad, estamos atravesando la era en la que se cuestiona si debería de ofertársele a nuestras pacientes la posibilidad de decidir por ellas mismas si desean se les practique una operación cesárea como una forma segura de finalizar el Embarazo sin tener ninguna indicación médica para ello.

Pero este cuestionamiento se hace bajo la Luz y respaldo de ofrecerle el menor riesgo al binomio Madre-Hijo contando con los mejores suministros en medicación, equipos y entrenamiento. No es nuestra realidad, tenemos limitación en suministros y equipos y en nuestro medio todavía contamos con altas tasas de complicaciones.

Es el monitoreo constante y el análisis de cada caso en particular lo que nos puede llevar a mejorar día a día nuestros índices de calidad de atención.

Si bien es cierto sabemos que esta unidad hospitalaria es pequeña y de corta edad, es el momento en que podemos incidir en mejorar y mantener sus índices de calidad.

La paciente a la que se le hace cesárea queda prácticamente condenada a hacerse nuevamente cesárea, lo que es incorrecto, debemos permitir que este concepto cambie y que sirva para disminuir las altas tasas de cesáreas de los últimos años.

Ya se acuñó el término de Cesárea Electiva, en muchos países del mundo esto es una práctica común, pero esto está aún en manos de los profesionales de la Ética y no se ha dicho la última palabra. Que este estudio sirva de aliciente para que ese monitoreo constante no decaiga y a la postre sean nuestras madres y niños los beneficiados.

Dr. Marcio Montoya Altamirano
Gineco-Obstetra, FACOG

Tabla N° 1 Características Socio-Demográficas de pacientes sometidas a cesárea.
 Centro de Salud con camas Pastor Jiménez Arosteguí. Jalapa, Nueva
 Segovia, Septiembre 2001- Agosto 2002.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
Menor de 19 años	43	40.6
20-29 años	46	43.4
30-34 años	10	9.4
35 ó más años	07	6.6
OCUPACIÓN		
Ama de casa	93	87.7
Otras	13	12.3
PROCEDENCIA		
Rural	59	55.7
Urbano	47	44.3
ESCOLARIDAD		
Analfabeta	16	15.1
Primaria	44	41.5
Secundaria	43	40.6
Superior	03	2.8
ESTADO CIVIL		
Casada	21	19.8
Acompañada	63	59.4
Soltera	22	20.8
ACCESIBILIDAD SERVICIO		
Zona A	59	55.7
Zona B	22	20.7
Zona C	25	23.6
TOTAL	106	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 2 Antecedentes Gineco-Obstétricos de pacientes sometidas a cesárea.
 Centro de Salud con camas Pastor Jiménez Arosteguí. Jalapa, Nueva
 Segovia, Septiembre 2001- Agosto 2002.

ANTECEDENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GESTA		
Primigesta	49	46.2
Bigesta	25	23.6
Trigesta	19	17.9
Multigesta	13	12.3
PARA		
0	75	70.8
1	14	13.2
2	10	9.4
3 ó más	07	6.6
ABORTO		
0	94	88.7
1	11	10.4
2 ó más	01	0.9
CESÁREA		
0	77	72.7
1	24	22.6
2 ó más	05	4.7
TOTAL	106	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 3 Antecedentes Gineco-Obstétricos de pacientes sometidas a cesárea.
 Centro de Salud con camas Pastor Jiménez Arosteguí. Jalapa, Nueva
 Segovia, Septiembre 2001- Agosto 2002. (COntinuación)

ANTECEDENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IVSA		
18 años o menos	80	75.5
19-35 años	26	24.5
35 ó más	0	0.0
ATENCIÓN PRENATAL		
0 CPN	6	5.7
1-3 CPN	28	26.4
4 ó más CPN	72	67.9
SEMANAS DE GESTACIÓN		
< 37 Semanas	07	6.6
37-41 6/7 Semanas	85	80.2
42 Semanas o más	14	13.2
PERÍODO INTERGENÉSICO		
< 2 años	22	20.8
2 años ó más	35	33.0
Sin Período Intergenésico	49	46.2
TOTAL	106	100

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 4 Relación indicación/tipo de cesárea en pacientes atendidas en el Centro de Salud con camas Pastor Jiménez Arosteguí. Jalapa, Nueva Segovia, Septiembre 2001- Agosto 2002.

INDICACIÓN	TIPO DE CESÁREA			
	URGENCIAS		PROGRAMADAS	
	Frec	%	Frec	%
Cesárea Anterior	5	17.2	24	82.8
Sufrimiento Fetal Agudo	16	100	0	0
Distocia de Presentación	11	73.3	4	26.7
Desproporción Céfalo Pélvica	15	100	0	0
Condilomatosis	6	66.7	3	33.3
Placenta Previa	5	100	0	0
Macrosomía Fetal	2	50	2	50
Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsera	3	100	0	0
Procidencia de Cordón	3	100	0	0
Inminencia de Eclampsia	1	50	1	50
Postérmino más Sufrimiento Fetal Agudo	2	100	0	0
Oligoamnios Severo	0	0	1	100
Gemelar	0	0	1	100
Cardiopatía	1	100	0	0

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 5 Relación edad/tipo de cesárea en pacientes atendidas en el Centro de Salud con camas Pastor Jiménez Arosteguí. Jalapa, Nueva Segovia, Septiembre 2001- Agosto 2002.

EDAD	TIPO DE CESÁREA			
	URGENCIAS		PROGRAMADAS	
	Frec	%	Frec	%
Menor de 20 años (43)	36	83.7	7	16.3
20 años o más (63)	34	54	29	46

Fuente: Expediente Clínico.

Tabla N° 6 Relación CPN/tipo de cesárea en pacientes atendidas en el Centro de Salud con camas Pastor Jiménez Arosteguí. Jalapa, Nueva Segovia, Septiembre 2001- Agosto 2002.

CPN	TIPO DE CESÁREA			
	URGENCIAS		PROGRAMADAS	
	Frec	%	Frec	%
0	6	100		
1-3	15	53.6	13	46.4
4 o más	49	68.1	23	31.9

Fuente: Expediente Clínico.