

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN- León



Tesis para optar al título de
Doctor en Medicina y Cirugía General

Título:

Resultados maternas y neonatales según vía del parto.
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Escuela Oscar
Danilo Rosales, León. 1^{ro} de mayo al 5 de julio del año 2010.

Autora: Bra. Mabel Yunieth Fornos Membreño.

Tutora:

Dra. Eliete Valladares Cardoza. PhD.
Especialista en Ginecología y Obstetricia.
Doctorado en Salud Reproductiva.

León, Octubre 2011.



Un nacimiento representa el principio de todo, el milagro del presente y la esperanza del futuro”



ÍNDICE

Dedicatoria	1
Agradecimientos	2
Listado de abreviaturas	3
Introducción	4-5
Antecedentes	6-7
Justificación	8
Planteamiento del problema.....	9
Objetivos.....	10
Marco teórico.....	11-17
Diseño metodológico.....	18-27
Resultado.....	29-43
Discusión.....	44-47
Conclusiones.....	48
Recomendaciones.....	49
Bibliografía.....	50-54
Anexos.....	55



DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios, ya que El nos da la vida y las fuerzas para seguir adelante.

A mi madre que aunque se encuentre lejos, ella ha sido mi ejemplo e inspiración para realizar mis sueños y sobre todo para llegar a la meta.

A mi familia, mi esposo y mi hija, por toda su paciencia y amor ya que ellos son los encantadores jardineros que hacen florecer mi espíritu.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, que siempre ilumina y guía mi vida y me brinda la sabiduría para comprender que el progreso del hombre está en alcanzar sus ideales y dentro de ellos una profesión digna y al servicio de los demás.

Le agradezco infinitamente a mi madre que con su amor, dedicación, apoyo y sacrificios fomento mi deseo de superación.

A mi amado esposo que me brinda siempre su amor, apoyo y comprensión incondicional, para lograr la culminación de mi sueño.

A mi hija Emily que es mi inspiración.

A mi amiga incondicional la Dra. Judit García que con su apoyo y ayuda logré llegar a la meta.

Le agradezco de manera especial a mi tutora la Dra. Eliete Valladares, primeramente por la oportunidad de trabajar en este estudio y sobre todo por su paciencia y entrega para la realización de este trabajo y así poder alcanzar mi sueño de graduarme y obtener el título de médico y cirujano.



LISTADO DE ABREVIATURAS EN ORDEN ALFABÉTICO

DGP: Desproporción Cefalopélvica.

HEODRA: Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello.

HIV: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

HPP: Hemorragia Post Parto.

INIDE: Instituto Nacional de Información de Desarrollo.

MATEP: Manejo Activo del Tercer Período del Parto.

MINSA: Ministerio de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

SFA: Sufrimiento Fetal Agudo.

TCC: Tracción controlada de cordón.

UI: Unidades Internacionales.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.



INTRODUCCIÓN

En Nicaragua, un embarazo es usualmente motivo de acercamiento en la familia y permite evidenciar la planificación y bienestar de la misma. Sin embargo, esto puede verse alterado cuando la madre o el niño no resultan en óptimas condiciones.¹ El embarazo y el parto son procesos que en determinadas circunstancias pueden colocar a la gestante o a su hijo en una situación de riesgo de morbilidad o mortalidad.²

De acuerdo a estimaciones de OMS/OPS, al menos una mujer muere cada minuto en el mundo por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. El 79% de los partos de la región latinoamericana se atienden en instituciones de salud y son pocos los países que declaran una cobertura institucional del parto inferior al 50%. Sin embargo, el aumento de partos institucionales no se ha correspondido con una reducción de la mortalidad materna y perinatal, a como se esperaba. De hecho, hay variaciones aún mayores de la mortalidad neonatal y materna en países con altas tasas de atención institucional del parto.³

La literatura mundial ha venido coincidiendo cada vez más en la importancia de la atención intraparto, en relación a los resultados maternos y neonatales. El contar con servicios obstétricos adecuados y accesibles a nivel de las comunidades, centros de salud u hospitales y con personal calificado para la atención del parto se ha asociado a una disminución en la mortalidad materna.⁴

Jowet en el año 2000, reportó que la atención prenatal y las intervenciones basadas en la comunidad pueden prevenir hasta el 26% de las muertes maternas, y que puede evitarse un 48% adicional si se asegura el acceso a atención obstétrica de buena calidad, basada en evidencia.⁵

La evidencia clínica ha venido demostrando que muchas de las complicaciones obstétricas potencialmente mortales no pueden ser pronosticadas o prevenidas, pero sí pueden ser tratadas. La investigación realizada por Maine y Cols, en el proyecto “Prevention of Maternal Mortality” ha llamado la atención sobre la importancia de la atención obstétrica intraparto, en especial la atención de urgencia, para reducir la mortalidad materna.⁶

Las instituciones de salud que atienden mujeres en su proceso reproductivo, deben contar con personal capacitado y normas de atención basadas en evidencia clínica, las que se



deben de aplicar, en aquellos procedimientos que aseguren los mejores resultados en medio de las limitaciones. Además, las instituciones regentes de la salud a nivel nacional deben garantizar los medios necesarios para ofrecer atención obstétrica de emergencia, proveyendo con anticipación los recursos necesarios para este fin.⁷

En relación a la vía de atención del parto, a pesar de que la evidencia clínica ha demostrado que la vía abdominal se acompaña de un incremento en las complicaciones maternas y que debe tener sus indicaciones específicas, América Latina cuenta con los índices más altos de partos por cesárea del mundo. La extensión de esta práctica es tal, que bien podría aplicársele la calificación de epidemia. Mientras en los estados Unidos y en Europa se llevan a cabo diferentes programas para reducir esos índices, en América Latina el número de nacimiento por cesárea continúa creciendo.³

En el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de acuerdo a reportes del Departamento de Ginecología y Obstetricia, durante los últimos 3 años se ha atendido un promedio de 5,800 nacimientos por año, entre 450 y 500 nacimientos por mes, y las tasas de cesárea han oscilado entre 31% y 39%.



ANTECEDENTES.

MunroKerr en 1936 publicó un libro sobre mortalidad y morbilidad materna, ejemplificando la aplicación práctica de la epidemiología a la clínica, al demostrar una relación entre mortalidad materna y clase social, ubicación geográfica y paridad. Douglas Baird estudió la mortalidad perinatal años más tarde y estableció que las condiciones sociales y ambientales de la madre eran muy importantes para el feto, tanto como los cuidados prenatales e intraparto.⁸

La Organización Mundial de Salud (OMS) recomienda una frecuencia de cesárea no mayor del 15%. A nivel mundial antes de 1960 la frecuencia de cesárea era menor al 8%. En la actualidad esta oscila entre 20-25%, sin embargo en servicios privados alcanza hasta el 50%. Brasil reportó en 1997 una incidencia de cesárea de 39.7%. México para el año 2001 en los servicios privados alcanzó el 80%.^{9, 10, 11}

Un encuesta realizada en Puerto Rico en 1982, que incluyó población femenina de 15 a 49 años de edad, evidenció que antes de 1970 solo el 6% las mujeres tenían partos por vía abdominal o quirúrgica. Dicha cifra aumentó dramáticamente durante la década del 70 y para el trienio de 1980- 1982 al 27% de las primíparas se les hizo una cesárea. Aunque esta tendencia ascendente se observa en muchos países del mundo, la tasa de Puerto Rico parece constituir un record mundial sobrepasando la de Estados Unidos que se presumía era el país líder en proporción de partos por vía abdominal.¹²

En Cuba, en el Hospital “Ramón González Coro”, se creó un sistema para el registro automatizado de cesáreas en el año 1996. De acuerdo a este, el índice de cesáreas se incrementó de 18,3 % a 29,2 %, de 1996 y 2005. Las indicaciones más frecuentes en 1996 fueron la desproporción cefalopélvica (13%) y la presentación pelviana (11%), mientras que en el 2005 fueron el sufrimiento fetal agudo (15%) y las afecciones médicas asociadas (12%). Se registró también un descenso en la frecuencia de todas las complicaciones post-operatorias, de 30% en 1996, a 26%, y 11%, en los años 1999 y 2005 respectivamente, De igual manera se evidenció una disminución de las complicaciones infecciosas de 15 % en 1996, a 11% y 4%, en los años 1999 y 2005 respectivamente. A la par, se registró incremento del número de transfusiones de hemoderivados de 4% en 1996 a 8% en 2005.¹³



En Nicaragua existen investigaciones en cuanto a indicaciones y complicaciones de la cesárea en distintos Centros de Atención Secundaria donde la frecuencia oscila entre 25 y 30% del total de nacimientos.^{14, 15, 16}

En Chinandega, Dubony Colsreportaron en 1995 que una tercera parte de las pacientes sometidas a cesárea eran adolescentes. Las principales indicaciones fueron desproporción cefalopélvica y preclampsia. Las principales complicaciones fueron endometritis, infección de la herida quirúrgica y anemia. Hubo una tasa de mortalidad perinatal de 2.4%, predominando en mujeres sin controles prenatales, mayores de 34 años, grandes multíparas y de procedencia rural.¹⁵

En la Encuesta Global de OMS sobre salud materna y perinatal del 2004 – 2005, en donde participó Nicaragua, se incluyeron 97095 nacimientos de 120 instituciones seleccionadas.¹⁷ La tasa promedio de cesáreas reportada fue del 33%, con mayor porcentaje en los hospitales privados (51%). Se encontraron más cesáreas en primigestas y en mujeres con diagnóstico de cesárea previa, observándose que a mayor número de cesáreas hubo un mayor número de complicaciones severas y de mortalidad materna, así como un aumento en la tasa de mortalidad fetal y un mayor número de recién nacidos admitidos en la unidad de cuidados intensivos. Concluyéndose que altas tasas de cesáreas no necesariamente indican buena calidad de atención y más bien pueden generar complicaciones.¹⁷

Similarmente, otros estudios han revelado que las principales indicaciones de cesárea fueron: sufrimiento fetal agudo, desproporción céfalo pélvica, presentaciones distócicas, preeclampsia y cesárea anterior. La frecuencia de complicaciones transquirúrgicas fue de 10%, principalmente hemorragias secundarias debidas a atonía uterina y anestesia regional fallida. En un 43% de las pacientes atendidas por vía abdominal hubo complicaciones post quirúrgicas, predominando la sepsis urinaria, anemia y fiebre.^{18 19}



JUSTIFICACIÓN

El propósito del presente estudio, es conocerla relación entre la vía de terminación del parto y los resultados maternos y neonatales, en las pacientes atendidas en el departamento de Gineco-obstetricia del HEODRA.

Relacionar los resultados maternos y neonatales con el modo de terminación del parto y la atención brindada intra-parto, es de crucial importancia para la búsqueda de evidencia clínica que sustente la decisión de nuestros procedimientos y que nos permita obtener con los medios a nuestro alcance una mejoría en los resultados maternos y neonatales.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los resultados maternos y neonatales según la vía del parto en el departamento de Gineco-obstetricia del HEODRA de la ciudad de León? ¿Sustentan estos resultados el alto índice de nacimientos por vía abdominal?



OBJETIVO GENERAL

Estudiar la relación entre la vía del parto y los resultados maternos y neonatales, en el departamento de Gineco-Obstetricia del HEODRA, en el período comprendido 1^{ro} de mayo 5 de julio del año 2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características socio-demográficas, antecedentes obstétricos y patológicos de la población de estudio.
2. Relacionar la vía del parto (vaginal - abdominal) con los resultados maternos y neonatales.
3. Calcular la tasa institucional de nacimientos por vía abdominal y sus indicaciones.



MARCO TEÓRICO

El parto, es la secuencia de una coordinación efectiva entre las contracciones uterinas, que dan por resultado el borramiento, dilatación del cérvix y la expulsión de los productos de la concepción, el feto y la placenta.²⁰

Desde el punto de vista fisiológico y clínico, el parto se divide en tres etapas: dilatación, expulsivo y alumbramiento.²¹

Dilatación.

Se extiende desde el comienzo del parto, hasta que se completa los 10 centímetros de dilatación del cuello uterino. Desde un punto de vista clínico, el parto comienza cuando la embarazada presenta dos o más contracciones dolorosas en diez minutos, de más de treinta segundos de duración, por un período mínimo de una hora y al momento del examenvaginal se comprueba un cuello centrado, con cierto grado de borramiento y por lo menos con 1 cm de dilatación.²¹

Desde un punto de vista fisiológico, se acepta que el parto se ha iniciado cuando la actividad uterina ha alcanzado entre 80 y 120 Unidades Montevideo.

Es la etapa más prolongada del trabajo de parto y se estima una duración de 12 a 18 horas para la primigestas y de 6 a 8 horas para la multigesta.²¹

Expulsivo.

Este inicia al completarse la dilatación cervical y finaliza con la expulsión del feto. Se estima una duración de 15 a 20 minutos para la multípara y de 30 a 45 minutos para la nulípara.²¹

Alumbramiento.

Se extiende desde la salida del feto hasta la completa expulsión de la placenta y membranas ovulares fuera del aparato genital. Habitualmente se produce en los primeros 10 minutos después de la expulsión del feto.



El alumbramiento es un período en que con cierta frecuencia se presentan situaciones patológicas, en ocasiones sorprendidas, que pueden llegar a comprometer la vida de la madre. Entre éstas, la más frecuente es la hemorragia del alumbramiento.²¹

Clasificación del parto vaginal.

Según su duración:

Parto a término: Es el que ocurre de las 37 y 41 semanas de gestación.

Parto pretérmino: Es el que ocurre entre las 28 y las 36 6/7 semanas de gestación.

Parto posttérmino: Cuando el parto ocurre después de las 41 semanas de gestación.²²

Según finalización:

Parto eutócico: Es el que inicia de forma espontánea, con un feto a término en presentación cefálica y el cual termina por vía vaginal, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.

Parto distócico: Es aquel parto en el cual se necesitan maniobras o intervención quirúrgica para la finalización del mismo.²²

Según el comienzo

Parto espontáneo: Es aquel en el cual no se necesitan maniobras quirúrgicas para la expulsión del feto.

Parto inducido – estimulado: Cuando es necesario inducir las contracciones del trabajo de parto mediante medicación exógena.²²

Complicaciones del parto vaginal.

Ruptura prematura de membranas.

Parto estacionario.

Sufrimiento fetal agudo.

Posición anormal el feto.

Distocia de hombros.



Prolapso cordón umbilical.

Embolia de líquido amniótico.

Hemorragia uterina.²²

Cesárea

Es la extracción de un feto vivo o muerto, con la placenta y sus membranas a través de una incisión hecha en el abdomen y el útero. Esta definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura del útero o de un embarazo en esa localización.^{22, 23}

Tipos de cesáreas

Según antecedentes obstétricos de la paciente.

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

Según indicaciones

- Emergencia: 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.

Según técnica quirúrgica

Transperitoneal

- Corporal o clásica.
- Segmento—Corporal (Tipo Beck).
- Segmento—Arciforme (Tipo Kerr).

Extraperitoneal.¹⁶

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser: maternas, fetales o mixtas. Maternas.



Distocia de partes óseas. (Desproporción cefalopélvica).

Estreches 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 obstruyan el conducto del parto.

Cirugía previa del segmento o cuerpo uterino, incluyendo operaciones de cesáreas previas.

Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo de parto.

Distocias de la contracción.

Hemorragias (placenta previa o desprendimiento normoplacentario)

Causa fetales

Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.

Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.

Prolapso de cordón umbilical.

Sufrimiento fetal.

Malformaciones fetales incompatibles con el parto.

Embarazo prolongado con contra indicación para parto vaginal.

Cesárea postmortem.

Causas mixtas.

Síndrome de desproporción cefalopélvica.



Pre eclampsia-eclampsia.

Embarazo múltiple.

HIV.

Condiloma acuminado.

Herpes activo.

Infección amniótica.

Anhidramnios.

ISO inmunización materno fetal.¹⁶

Indicaciones más frecuentes de la operación cesárea:

Criterios en la toma de decisión.

Desproporción cefalopélvica: Condición de origen materno, fetal o mixto, dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis. Su diagnóstico se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología.¹¹

Cesárea previa.

Sufrimiento fetal: El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso muerte fetal.²³

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 por lo menos 2 hrs de inicio del trabajo de parto.²³

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 (excepto cuando la paciente acude en período expulsivo).²³



COMPLICACIONES

1. Trans operatorias: Estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos.

Complicaciones maternas: hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, uréter, así como trombo embolismo de líquido amniótico y prolongación de la histerorrafia. La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que pueden ser respiratorias: hipo ventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, bronco aspiración, bronco constricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia y cardiovasculares: hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardíaco.¹⁵

2. Post operatoria: Estas complicaciones dependen del momento de su presentación y pueden ser:

- a) Inmediatas: Hemorragia, hematoma, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleo paralítico.
- b) Mediatas: Infección puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, retención de restos placentarios o membranas, dehiscencia de la histerorrafia entre otras.
- c) Tardías: Ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos adherenciales.¹⁵

Complicaciones fetales:

Traumatismos, bronco aspiración, depresión respiratoria, taquipnea transitoria del recién nacido.¹⁵

Muerte Materna

Es la defunción de una mujer mientras está embarazada dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.²⁴

La Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10 1995), mantiene esta definición y propone la consideración de una nueva categoría: Muerte Materna Tardía.



Se define como tal a la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas, ocurrida después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo. No obstante, para fines de las comparaciones nacionales e internacionales, la tasa de mortalidad materna deberá ser calculada sin incluir las defunciones maternas tardías.²⁴

Defunciones Obstétricas Directas:

Son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas²⁴

Defunciones Obstétricas Indirectas:

Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo ó de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.²⁴

La mortalidad materna es frecuentemente subestimada debido a deficiencias en la certificación médica de la causa de muerte en el Informe Estadístico de Defunción, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

En tal sentido, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia junto con la Dirección de Estadísticas de Salud, llevó a cabo un estudio que confirmó la existencia de subregistro de la mortalidad materna con información de 1985 el cual reflejo el riesgo que tienen de morir las mujeres en la gestación y el parto.²⁴



MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio.

Descriptivo de Corte Transversal.

Área de estudio.

Sala de Labor y Partos, Sala de Operaciones y Unidad Materno Infantil, del Departamento de Gineco-obstetricia del HEODRA.

Este Departamento se encuentra ubicado en el segundo piso del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de León. Cuenta con 22 especialistas en Ginecología y Obstetricia y 23 médicos en formación, 37 enfermeras, 20 auxiliares y 27 técnicas quirúrgicas, el departamento está formado por 5 salas, Labor y Partos, Alto Riesgo Obstétrico, Ginecología, Unidad Materno Infantil y Sala de Operaciones.

Sala de labor y partos: Tiene un área de prelabor, sala de labor con 6 camas y 2 expulsivos.

Sala de Operaciones: 4 quirófanos, 3 de ellos permanentemente activos para la atención de las pacientes del Departamento.

Sala de Puerperio o Unidad Materno Infantil (UMI): Con un total de 35 camas, 8 – 10 en puerperio quirúrgico, aproximadamente 16 en puerperio fisiológico, 4 – 5 en la habitación de pacientes puérperas delicadas y aproximadamente 4 en puerperio patológico.

Población de estudio.

Todas las mujeres que parieron (vía vaginal o abdominal), en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León entre el 1^o de mayo al 5 de julio del año 2010.

Fuente de información.

Primaria a través de entrevista directa con las participantes.

Secundaria a través de la revisión de expedientes clínicos.



Recolección y manejo de la información.

Se solicitó permiso al director de dicho centro hospitalario, así como también a las autoridades responsables del Departamento de Gineco Obstetricia.

Previo a la recolección de la información, se formuló un cuestionario el cual se sometió a una prueba piloto con 20 nacimientos, para identificar y corregir las debilidades encontradas en el método de recolección de la información.

Se realizó revisión diaria de los libros de la Sala de Labor y Partos y de la Sala de operaciones, donde se anotan todos los nacimientos ocurridos en el HEODRA al momento en que suceden, cada día se extraía el listado de pacientes y en ese mismo momento se buscaba en UMI el expediente clínico y se llenaba la mayor parte de la información del cuestionario. Los datos que no estaban contenidos en el expediente se le preguntaban directo a la paciente, a quien se le pedía previamente su consentimiento informado. La fuente de información, por lo tanto, fue primaria y secundaria.

Plan de análisis.

Se creó una base de datos en el programa SPSS versión 16, donde la información fue registrada. Se siguió rutinas de limpieza y control de calidad. Se realizó análisis uni y bivariado, se calculó χ^2 y su valor de p para algunas de las variables, con lo que se dio salida a los objetivos planteados.

Los resultados se plantearon en números absolutos y relativos y se utilizó tablas y gráficos de salida

Aspectos éticos.

La autorización del director del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello y Departamento de Gineco- Obstetricia.

El estudio no incluyó ninguna información que permita la identificación individual de las pacientes. No se realizó ningún procedimiento invasivo ni de la integridad física, ni de la integridad emocional. A las pacientes se les pedía su consentimiento informado verbal antes de entrevistarlas para obtener la información que no aparecía en los expedientes.



Con la finalidad de que sean utilizados para el análisis del servicio y la toma de decisiones, así como también para la planificación de los recursos necesarios para una respuesta adecuada y segura a la demanda obstétrica vigente, los resultados del estudio serán retroalimentados al personal involucrado una vez presentada y defendida esta monografía. Una copia del reporte final será enviada a las autoridades pertinentes.



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
Estado civil	Vínculo legal que une a un hombre y una mujer ante la sociedad.	1. Sola (soltera, separada, divorciada, viuda). 2. Con pareja (casada, unida).
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta su ingreso hospitalario.	≤ 19 años 20-35 años ≥ 35
Número de años que asistió a la escuela (al ingreso para el parto).	Años cursados de estudios al momento de su hospitalización.	0-6 años 7-14 años ≥ 15 años
Gesta	Número de embarazos excluyendo el actual.	0 1-2 3-4 ≥ 5
Paras	Número de partos vía vaginal que ha tenido la paciente hasta el momento del estudio, excluyendo el actual.	0 1-2 3-4 ≥ 5
Abortos	Finalización del embarazo por cualquier causa antes de las 20 semanas de gestación, contando desde el primer día de la última menstruación o el producto de la concepción tenga un peso menor o igual a 500 gramos.	0 1-2 ≥ 3
Cesáreas	Extracción de un feto (vivo o muerto) con la placenta y sus membranas a través de una incisión hecha en el abdomen y el útero.	0 1-2 ≥ 3
Peso al nacer del último neonato.	Peso estimado en gramos confirmado en expediente clínico anterior.	≤ 2499 2500-3999 ≥ 4000
Resultado del embarazo previo inmediato	Resultado del último embarazo, previo al del nacimiento en estudio.	1. Aborto 2. Muerte neonatal 3. Muerte fetal 4. Neonato vivo al alta
Antecedente de a. Fístula Vesico-vaginal b. Fístula Recto-Vaginal.	a. Trayectos fistulosos que se extienden entre la vejiga y la vagina, permitiendo la descarga continua involuntaria de orina a la cavidad vaginal. b. Comunicación (trayecto fistuloso) entre la cara posterior de la vagina y el recto.	0. No 1.Si



<p>c. Cirugía previa en el útero y cuello uterino</p> <p>d. Miomectomía.</p> <p>e. Extirpación de septum.</p> <p>f. Biopsia cónica de cuello.</p> <p>g. Cerclaje cervical o traquelopalstía.</p> <p>h. Cesárea clásica.</p> <p>Cesárea en el último embarazo</p> <p>Alteraciones presentadas durante el embarazo o trabajo de parto.</p> <p>a. Ruptura prematura de membranas.</p> <p>b. Hipertensión crónica</p> <p>c. Hipertensión inducida por el embarazo</p> <p>d. Pre-eclampsia</p> <p>e. Eclampsia</p>	<p>c. Antecedente de cirugía en útero o cuello uterino.</p> <p>d. Es la extracción de miomas en el útero.</p> <p>e. Es la operación para la corrección del útero tabicado o útero septo.</p> <p>f. Procedimiento para obtener una muestra de tejido anormal del cuello uterino para su análisis posterior.</p> <p>g. Conocido como punto de sutura cervical.</p> <p>h. Extracción de feto por vía abdominal.</p> <p>Vía abdominal para la terminación del embarazo previo anterior.</p> <p>Entidades que salen de la normalidad, que se presentan en el embarazo o parto.</p> <p>a. Pérdida de la continuidad de las membranas corioamnióticas antes del iniciar trabajo de parto.</p> <p>b. Elevación de la presión arterial antes de las 20 semanas de gestación o antes de estar embarazada.</p> <p>c. Presión arterial >140/90 sin proteinuria, después de las 20 semanas de gestación.</p> <p>d. Presión arterial >140/90 + proteinuria.</p> <p>e. Presión arterial >140/90 + proteinuria + convulsión.</p>	
<p>f. Enfermedades cardíacas o renales</p> <p>g. Insuficiencia respiratoria crónica.</p>	<p>f. Enfermedades congénitas o adquiridas que afecten al corazón o a los riñones.</p> <p>g. Situación gasométrica de hipoxemia arterial (PO₂<60mmHg) con o sin hipercapnia (PCO₂>45mmHg).</p>	



h. Altura uterina menor para la edad gestacional	h. Es la medición en centímetros desde el fondo uterino hasta la sínfisis púbica, la que está por debajo del percentil 10 con relación a la edad gestacional.	
i. Diabetes Mellitus	i. Comprende un grupo de trastornos metabólicos que comparten el fenotipo de la hiperglucemia.	
j. Malaria	j. Enfermedad producida por el Plasmodium, transmitido por la hembra del mosquito Anófeles.	
k. Anemia megaloblástica.	k. Trastorno sanguíneo caracterizado por glóbulos rojos más grande de lo normal causado por deficiencia de ácido fólico o de vitamina B12.	
l. Anemia severa.	l. Hemoglobina >7g/l.	
m. Sangrado vaginal.	m. Sangrado que proviene de cavidad uterina.	
n. Pielonefritis.	n. Afección urinaria que compromete el parénquima y el sistema colector renal.	
o. Enfermedad genital ulcerosa.	o. Enfermedad transmisión sexual que se manifiesta en forma de lesiones ulcerativas o ampollas en los genitales.	
p. Condiloma acuminado.	p. Enfermedad de transmisión sexual causada por el Virus del Papiloma Humano, caracterizada por el crecimiento de verrugas blandas en genitales.	
q. Otras enfermedades.	q. Otras enfermedades manifestadas por la paciente.	
r. Algún síntoma que sugiera VIH.	r. Pueden incluir fiebre, escalofríos, sudores nocturnos y erupciones en la piel.	
Número total de neonatos	Número de niños nacidos vivos o muertos.	Se especificará
Comienzo del trabajo de parto	Inicio de un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.	1.Espontáneo 2.Inducido 3.Sin trabajo de parto



Indicaciones para la inducción del trabajo de parto	La inducción del parto consiste en desencadenar sus fenómenos fisiológicos después de las 20 semanas de gestación, para reproducir lo más fielmente posible el parto normal y espontáneo.	0.No 1.Si
a. Muerte fetal u óbito fetal. b. Retardo del crecimiento intrauterino. c. Sufrimiento fetal d. Embarazo múltiple. e. Ruptura prematura de membranas. f. Corioamnionitis. g. Sangrado vaginal. h. Preeclampsia/eclampsia	a. Muerte del feto in útero durante la gestación a partir de las 20 semanas y hasta el momento del parto con un peso mayor o igual a 500 gramos. b. Crecimiento deficiente de un bebe intrauterino cuyo peso está por debajo del percentil 10 para su edad gestacional. c. Se refiere a un estado que altera la fisiología antes o durante el parto causado por un déficit de oxígeno secundario principalmente a insuficiencia útero placentaria entre otras. d. Desarrollo simultáneo de dos o más fetos en el útero. e. Pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas. f. Entidad en la cual microorganismos llegan y se multiplican en la cavidad amniótica. g. Sangrado proveniente de cavidad uterina. h. Elevación de la presión arterial 140/90 más proteinuria/elevación de la presión arterial 140/90 más convulsión.	
i. Post termino más de 42 de semanas. j. Inducción electiva.	i. Recién nacido \geq 42 semanas de gestación. j. Desencadenamiento de las contracciones uterinas por elección del médico.	



Resultados maternos y neonatales según vía del parto.

k. Solicitud materna.	k. Paciente que solicita por libre voluntad la inducción.	
l. Alguna otra solicitud del embarazo.	l. Solicitud diferente a las anteriores.	
m. Alguna otra complicación médica de la madre.	m. otra complicación médica presentada en la madre.	
Método de inducción.	a) Oxítocina. b) Misoprostol. c) Otra prostaglandina. d) Despegue de membrana. e) Rotura artificial de membranas. f) Mecánica. g) Estimulación del pezón.	0. No 1. Si
Quien asistió el parto o realizó la cesárea.	Persona que asistió a la embarazada al momento del parto o cesárea.	1. Médico especialista. 2. Médico residente. 3. Cirujano general. 4. Médico general. 5. Médico interno. 6. Estudiante de medicina. 7. Enfermera. 8. Partera tradicional.
MATEP	Uso de uterotónico durante el primer minuto después del nacimiento. TCC con contra tracción Masaje uterino inmediato después de la salida de la placenta.	0. No 1. Si
Uterotónico para tratar hemorragia postparto.	Tratamiento farmacológico normado para evitar la hemorragia post parto.	0. No 1. Si
Se realizó transfusión sanguínea en el parto o después.	Es la inyección al torrente circulatorio de productos sanguíneos, (glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas, factores de coagulación, plasma o sangre.	0. No 1. Si
Indicación para la	Condición por la cual se requiere transfusión	1. Anemia al momento de



transfusión sanguínea.	sanguínea.	iniciar labor. 2. Hemorragia ante parto. 3. Hemorragia intra parto. 4. Hemorragia posparto.
Desgarro perineal de 3ro o 4to. Grado.	De 3ro. Grado incluye al esfínter externo del ano; los de 4to grado toman piel, musculo, esfínter del ano y pared del recto.	0. No 1. Si
Histerectomía.	Extirpación de útero o matriz	0. No 1. Si
Admisión de la mujer a la unidad de cuidados intensivos.	Ingreso de la paciente a cuidados intensivos.	0. No 1. Si
Estado de la mujer al alta.	Condición de la participante al alta.	1. Viva 2. Muerta 3. Transferida a nivel superior de atención
Indicaciones para la realización de cesárea. a. Retardo del crecimiento intrauterino. b. Sufrimiento fetal c. Preeclampsia/eclampsia. d. Post termino > 42 semanas de gestación. e. Sangrado vaginal en el tercer trimestre.	Razón por la que se decidió realizar un parto por vía abdominal y no vaginal. a. Crecimiento deficiente de un bebe intrauterino, cuyo peso está por debajo del percentil 10 para su edad gestacional. b. Estado que altera la fisiología del feto antes o durante el parto, causado por un déficit de oxígeno secundario principalmente a insuficiencia útero placentario entre otras. c. Presión arterial mayor de 140/90 más proteinuria/ Presión arterial elevada más proteinuria más convulsión o coma. d. Recién nacido con edad gestacional \geq a 42 semanas de gestación al nacimiento. e. Sangrado vaginal que ocurre a partir de la semana 27 de gestación hasta la finalización del embarazo.	0. No 1. Si
f. Desproporción cefálico-pélvico/distocia/falta de progresión.	f. Condición de origen materno, fetal o mixto dependiendo de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.	



g. Embarazo múltiple.	g. Es aquel en que dos o más bebés se desarrollan simultáneamente en el útero.	
h. Sospecha de rotura uterina inminente.	h. Es el desgarro de las fibras musculares del útero.	
i. Cesárea postmortem.	i. El alumbramiento de un feto por incisión del útero tras la muerte de la madre, siempre que este confirmada la vitalidad fetal.	
j. Pélvica transversa u otra presentación anómala fetal.	j. Es la presentación anormal de la actitud fetal al momento del nacimiento.	
k. Cesárea previa.	k. Antecedente de cesárea anterior.	
l. Falla de inducción.	l. Es el fracaso de la estimulación de las contracciones uterinas.	
m. Ligadura tubaria/esterilización.	m. Es un método anticonceptivo permanente, que consiste en la sección de las Trompas de Falopio.	
n. Solicitud materna.	n. Es cuando la madre pide la realización de la cesárea, sin indicación médica.	
o. VIH.	o. Virus de la Inmuno Deficiencia Humana.	
p. Herpes genital/Condiloma extendido.	p. Enfermedades de transmisión sexual que causan llagas o verrugas en genitales.	
q. Alguna otra complicación del embarazo.	q. Complicaciones que pueden ser diferentes a las anteriores mencionadas.	
r. Cualquier otra indicación fetal.	r. Indicación fetal para interrumpir por vía abdominal el embarazo, que sea diferente a las anteriores.	
s. otra complicación medica materna.	s. Complicaciones medicas maternas.	



t. Reparación previa de fistula vesico-vaginal o recto-vaginal.	t. Reparación de la comunicación (trayecto fistuloso) entre la cara posterior de la vagina y el recto.	
Mejor estimación obstétrica de la edad gestacional al momento del parto (en semanas completas).	Tiempo de amenorrea transcurrido a partir del primer día de la última menstruación, o por una ecografía realizada antes del 5 ^{to} mes del embarazo.	≤36 semanas de gestación. 37-41 semanas. ≥42.
Presentación fetal al nacimiento.	La presentación se define por la actitud fetal, que es la relación que guardan los distintos segmentos fetales entre sí.	1. Cefálica. 2. Podálica. 3. Otra.
Modo de terminación del parto.	Manera en la cual el recién nacido sale de la cavidad uterina.	1. Espontáneo 2. Cesárea electiva 3. Cesárea de urgencia sin trabajo de parto 4. Cesárea de urgencia intraparto.
Estado del bebe al nacer	Condición del neonato al nacimiento.	1. Vivo. 2. Muerto.
Apgar a los 5 minutos.	Test que evalúa al recién nacido al momento del nacimiento, basado en cinco parámetros fisioanatómicos simples; color de la piel, frecuencia cardiaca, reflejos, tono muscular y respiración. Asignándosele a cada parámetro una puntuación de 0 a 2, que sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado del test.	1-3 Depresión respiratoria severa. 4-7 Depresión respiratoria leve. ≥ 8 Apgar normal.
Peso al nacer (gramos).	Peso en gramos del RN.	Se especificará.
Malformaciones congénitas.	Anomalías estructurales presentes al momento del nacimiento, que puede pueden afectar cualquier parte del organismo.	0. No 1. Si.
Admisión del recién nacido a cuidados intensivos.	Recién nacido admitido a sala de cuidados especiales.	0. No 1. Si.
Estado del recién nacido al alta.	Condición del neonato al darse de alta del hospital	1. Vivo. 2. Muerto.



RESULTADOS

El presente estudio incluyó un total de 750 mujeres que fueron atendidas por parto vaginal o abdominal en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León, durante el período comprendido del 1^o de mayo al 5 de julio del año 2010.

Características socio demográficas

El 65% de las mujeres incluidas en este estudio, tenían entre 20 y 35 años, siendo 1/3 del total de pacientes adolescentes. En relación al estado civil, el 85% de las participantes tenían pareja al momento de la entrevista. El 42% tenía un nivel de escolaridad primaria y 38% de secundaria. No hubo relación entre la edad, estado civil y escolaridad con algunas de las vías del parto. (Tabla 1).

Tabla 1. Características socio demográficas según vía del nacimiento. HEODRA, León 1^o de Mayo al 5 de Julio del año 2010.

	Vía del nacimiento		total
	Vaginal n=458 %	Cesárea n=292 %	n = 750 %
Edad			
≤19	34	24	30
20-35	62	69	65
≥35	4	7	5
Total	100	100	100
Estado civil			
Con pareja	84	87	85
Sin pareja	16	13	15
Total	100	100	100
Escolaridad			
Ninguna	4	3	4
Primaria	42	42	42
Secundaria	40	37	38
Técnica/universitaria	14	18	16
Total	100	100	100

Fuente de información: primaria y secundaria.



Antecedentes Obstétricos

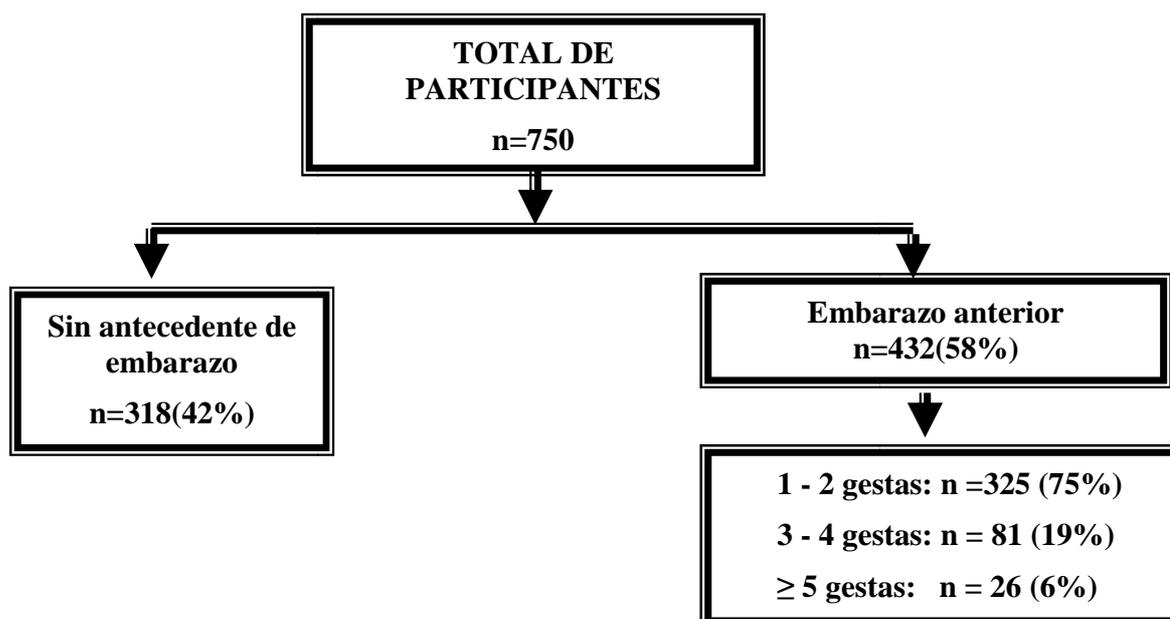
El 58% de las participantes tenía antecedente de embarazo, el 75% de ellas habían tenido entre 1 y 2 (Organigrama 1).

En relación al embarazo previo inmediato, 64% habían sido partos vaginales, 27% concluyeron por vía abdominal y 9% terminaron en aborto.

Del total de recién nacidos (vaginal-cesárea), el 5% nacieron muertos, de estos 5% fueron partos vaginales y 3% nacieron por cesárea (Organigrama 2).

Organigrama 1.

Antecedentes de embarazo .HEODRA, León 1^o de Mayo - 5 de Julio de 2010.

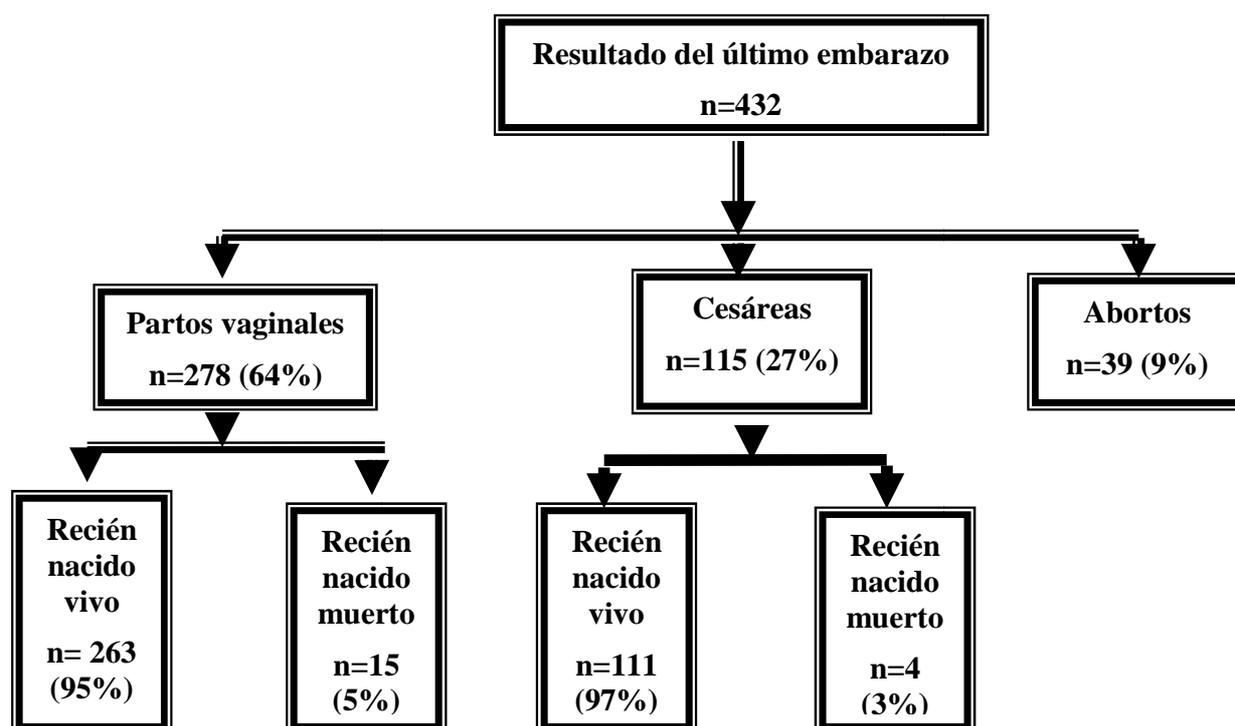


Fuente de información: primaria y secundaria.



Organigrama 2.

Resultados del último embarazo previo al actual. HEODRA, León 1^o de Mayo 5 de Julio del año 2010.



Fuente de información: primaria y secundaria.



El 50.0% de las pacientes con antecedente de 1-2 gestas se atendió su nacimiento por cesárea y el 39.1% de estas mismas por vía vaginal.(Tabla 2).

De las pacientes sin antecedente de parto, el 72.6% se asistió su parto por vía abdominal y el 48.3% por vía vaginal.(Tabla 2).

El 0.7% de las pacientes con antecedente de 3-4 abortos se atendió su parto por vía vaginal y el 0.3% por cesárea. (Tabla 2).

El 0.3% de las mujeres con antecedente de fístula vesico vaginal se les realizó cesárea y el 0.2% tuvieron un nacimiento por vía vaginal. (Tabla 2).

El 1.0% de los parto por vía vaginales se asistieron en pacientes que tenían antecedente de cirugía en el útero. (Tabla 2).

El 0.4% de las pacientes que tenían antecedente de cesárea previa se atendió su nacimiento por vía vaginal. (Tabla 2).



Tabla 2. Antecedentes obstétricos según vía del nacimiento actual. HEODRA, León 1^o de Mayo al 5 de Julio del año 2010.

Antecedente	Vía del nacimiento	
	Cesárea n=292 %	Vía vaginal n= 458 %
Gesta		
0	36.3	46.3
1-2	50.0	39.1
3-4	10.3	11.1
≥5	3.4	3.5
Para		
0	72.6	48.3
1-2	19.2	40.8
3-4	6.5	8.7
≥5	1.7	2.2
Aborto		
0	83.9	88.2
1-2	15.8	11.1
3-4	0.3	0.7
Fistula Vesico vaginal	0.3	0.2
Cirugía previa en el útero	40.0	1.0
Cesárea previa	38.6	0.4

Fuente de información: primaria y secundaria.



Patologías presentadas durante el embarazo o trabajo de parto.

Se realizó un monitoreo de las 18 enfermedades más frecuentes presentadas por las pacientes estudiadas durante el embarazo índice, las que se relacionaron con la vía del nacimiento, expresadas en orden de frecuencia en la Tabla 3.

La hipertensión crónica al igual que la hipertensión inducida por el embarazo no presentó ninguna relación con la vía del parto. Por el contrario, la preeclampsia se vio significativamente asociada a nacimientos por cesárea en esta población (OR =2.76; IC: 1.00-7.85; p: 0.028). El único caso de preeclampsia en el período de estudio fue atendido por vía abdominal. (Tabla 3).

Otra patología que se presentó significativamente asociada a cesárea (OR= 3.61; IC: 1.01-14.04; p: 0.02) fue la Condilomatosis. (Tabla 3).

La ruptura prematura de membranas se comportó como un factor protector de cesáreas (OR=0.57; IC: 0.33-0.99; p: 0.03), 72% de las pacientes con RPM fueron atendidas por vía vaginal. (Tabla 3).

Las tres pacientes diabéticas a quienes se les atendió un nacimiento durante el período de estudio tuvieron productos macrosómicos y fueron atendidas por cesárea.



Tabla 3. Patologías del embarazo actual. HEODRA, León 1^o de Mayo al 5 de Julio del año 2010.

Patologías presentadas en el embarazo o parto n=176	Vía del nacimiento		OR – IC 95%	p
	Vaginal %	Cesárea %		
Hipertensión crónica n=8	75	25	0.52 (0.07-2.84)	0.41
Hipertensión inducida por el embarazo n=35	49	51	1.70 (0.82-3.54)	0.120
Preeclampsia n=19	37	63	2.76 (1.00-7.85) *	0.028
Eclampsia n=1	0	100	---	---
Rotura prematura de membrana n=79	72	28	0.57 (0.33-0.99)*	0.03
Anemia n=18	56	44	1.26 (0.45-3.51)	0.62
Condilomatosis n=13	31	69	3.61 (1.01-14.04)*	0.02
Diabetes n=3	0	100	---	---

Fuente de información: primaria y secundaria.

- * Aumentado significativamente para cesárea
- * Significativamente disminuido para cesárea.



El 68% de los nacimientos durante el período de estudio tuvieron un inicio de trabajo de parto espontáneo y 3% fue inducido. El 29% restante se les realizó cirugía abdominal sin trabajo de parto.

El índice de cesárea de la institución para el período de estudio fue de 39%.

La mayor parte (79%) de los nacimientos (vaginal y cesárea) fueron atendidos por médicos residentes de la especialidad de Gineco –Obstetricia (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual de los partos según tipo de profesional que lo asistió. HEODRA, León 1^o de Mayo 5 de Julio el año 2010.

Variable	Porcentaje n=750 %	Total %
Partos abdominales	39**	100
Partos vaginales	61	
Nacimientos asistidos por Gineco-Obstetra	18	100
Nacimientos asistidos por residente	79	
Nacimientos asistidos por médico interno	3	

Fuente de información: primaria y secundaria.

****Índice institucional de cesárea en el período de estudio.**



El inicio de trabajo de parto espontáneo, estuvo asociado significativamente a nacimientos por vía vaginal, (OR=0.01; IC: 0.01-0.02; Pv: 0.00) factor protector. El 75% de las cesáreas se realizaron sin trabajo de parto (Tabla 5).

Tabla 5. Inicio del trabajo de parto. HEODRA, León 1^o de Mayo 5 de Julio el año 2010.

Inicio del trabajo de parto	Vía del nacimiento		OR – IC95% - Pv	
	Vaginal %	Cesárea %	OR – IC 95%	p
Espontáneo n= 511	87	13	0.01 (0.01-0.02)	0.00
Inducido n= 20	70	30	0.51(0.16-1.93)	0.19
Sin TdeP* n= 219	---	100		

Fuente de información: primaria y secundaria.

* Sin TdeP: Sin trabajo de Parto.



El 27% de las pacientes inducidas con oxitocina y el 22% de las pacientes inducidas con misoprostol terminaron en cesárea. No hubo diferencia entre ambos métodos en relación a la vía del parto.

Las dos pacientes con feto muerto, fueron inducidas 1 con oxitocina y la otra con misoprostol y sus partos fueron por vía vaginal. (Tabla 6).

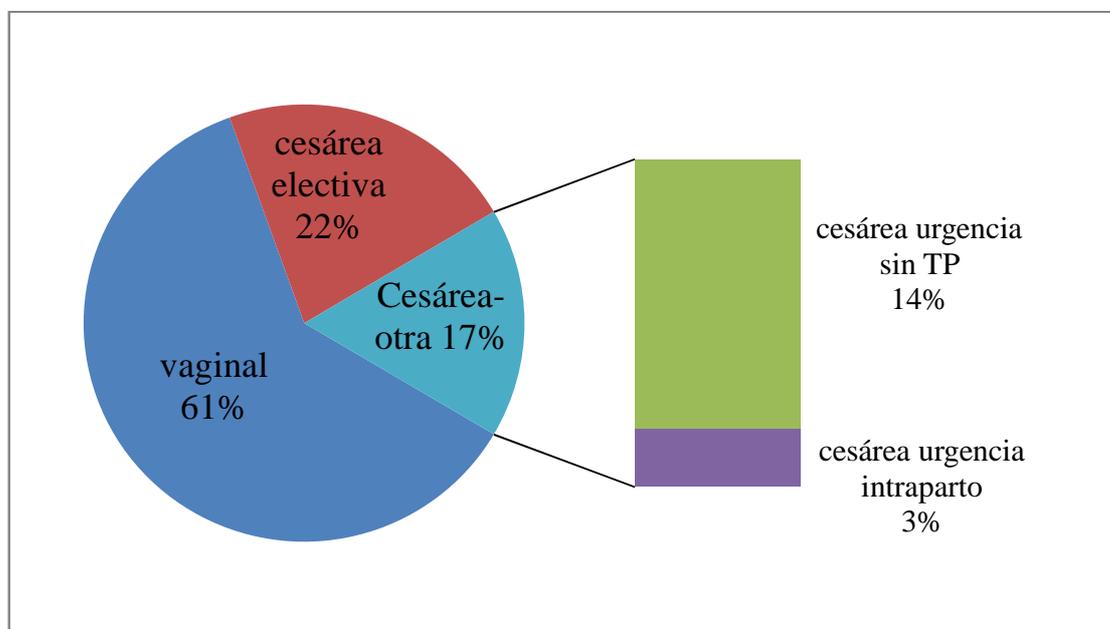
Tabla 6. Indicaciones para inducción, método de inducción y vía de terminación del parto. HEODRA, León 1^o de Mayo 5 de Julio el año 2010.

Indicación de la inducción	Vía del nacimiento			
	Vaginal n=458		Cesárea n=292	
	Misoprostol	Oxitocina	Misoprostol	Oxitocina
	%	%	%	%
Inducción electiva	1.3			0.7
Otra solicitud del embarazo		0.8	0.7	
Muerte fetal	0.2	0.2		
Rotura prematura de membrana		0.6		0.3
Total	1.5	1.6	0.7	1

Fuente de información: primaria y secundaria.



Figura 1. Distribución porcentual del modo de terminación del trabajo de parto. HEODRA, León 1^o de Mayo 5 de Julio del año 2010.



Fuente de información: primaria y secundaria.

Resultados maternos

En dos pacientes se produjo desgarro perineal de 3^o o 4^o grado, posterior a la atención del parto por vía vaginal. Fueron asistidas 1 por Gineco-Obstetra y 1 por médico residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. (Tabla 7).

Se presentó HPP en 1.7% de los partos vaginales y en 0.7% de las cesáreas. Al 100% de las participantes se les aplicó MATEP y a las que presentaron HPP se les agregó 20 UI de oxitocina agregadas a las 10 UI incluidas del MATEP. De las pacientes con HPP, 7 casos fueron asistidos por médicos residentes y 3 por el especialista GinecoObstetra. (Tabla 7).

El 2.4% de las pacientes cuyo parto fue atendido por vía vaginal y el 1% de las que fueron cesárea, recibieron transfusión sanguínea. Un tercio de las transfusiones en ambos grupos fueron indicadas por HPP y 2/3 por anemia. (Tabla 7).



Dos pacientes del total fueron admitidas a la Unidad de Cuidados Intensivos, ambas tuvieron un parto por vía abdominal previo a su admisión a UCI. Un caso se trató de una Paciente con Preeclampsia severa + enfermedad cardíaca/renal de base + anemia severa, el segundo caso presentó alteraciones electrolíticas posterior a la cirugía. Ninguna de las pacientes que tuvieron partos vaginales fue admitida a UCI. (Tabla 7).

No hubo casos de sepsis de herida o de otras complicaciones maternas o fetales durante el período de estudio, que se asociaran a alguna de las vías del parto. (Tabla 7).

Las pacientes fueron seguidas hasta el alta, por lo que se desconocen complicaciones mediatas y tardías como las infecciones del sitio quirúrgico.

Tabla 7. Resultados maternos relacionados con la vía del nacimiento. HEODRA, León 1^o de Mayo al 5 de Julio del año 2010

Vía del nacimiento		
Complicaciones	Vaginal n=458 %	Cesáreas n=292 %
Desgarro perineal de 3 ^o o 4 ^o	0.4	0
Hemorragia post parto(HPP)	1.7	0.7
Transfusión sanguínea por anemia	1.5	0.7
Transfusión sanguínea por HPP	0.9	0.3
Pacientes admitidas a cuidados intensivos	0.0	0.7
Total	4.5	2.4

Fuente de información: primaria y secundaria.

Las indicaciones más frecuentes de cesárea fueron: Cesárea anterior 38.6% y Sufrimiento Fetal Agudo 26.7%. En este último caso, no se encontró relación entre la indicación de cesárea por Sufrimiento fetal con el estado del bebé al nacer, ya que el 100% de ellos tuvieron Apgar al minuto igual o mayor de 8, con buen estado general. El único bebé



atendido por vía abdominal que nació con depresión respiratoria severa, la cesárea no tuvo como indicación sufrimiento fetal sino que fue por embarazo gemelar.

El promedio de estancia hospitalaria de las mujeres que parieron por vía abdominal fue 2.5 veces mayor que las de las mujeres atendidas por vía vaginal.

Tabla 8. Porcentaje de pacientes sometidas a cesárea, que presentaron determinadas indicaciones para esta vía del parto. HEODRA, León 1^o de Mayo al 5 de Julio del año 2010

Indicaciones	Nº	Porcentaje %
Cesárea previa.	113	38.6
Sufrimiento fetal.	78	26.7
Otra indicación fetal.	33	11.3
Alguna complicación del embarazo.	23	7.9
Desproporción cefalopélvica.	21	7.2
Herpes/Condiloma.	19	6.5
Complicación médica materna.	16	5.5
Embarazo múltiple.	16	5.5
Preeclampsia/Eclampsia.	12	4.1
Presentación anómala.	11	3.7
Retardo del crecimiento intrauterino.	7	2.4
Fallo de inducción.	5	1.7
Sangrado vaginal en el 3 ^{er} trimestre.	3	1.0
Embarazo Post termino.	2	0.6

Fuente de información: primaria y secundaria.

*Algunas mujeres presentaron más de una indicación.



Resultados Neonatales

En la tabla 9 se presentan los principales resultados neonatales relacionados con la vía del nacimiento.

El óbito fetal se presentó en el 1% de los nacimientos y fueron asistidos por vía vaginal, 2 de ellos tenían datos de muerte reciente y 4 estaban macerados, de estos 6 casos, 5 eran pretérmino y 1 a término, 4 de ellos fueron atendidos por el residente de la especialidad de Gineco- Obstetricia y 2 de ellos por el especialista en Gineco-Obstetricia. No se puede saber si fueron óbitos intra hospitalarios o extra hospitalarios, porque esa variable no se contemplaba en el estudio. (Tabla 9)

Todos los nacimientos gemelares (5.5%) fueron atendidos por cesárea. Al igual que el 10.9% de los nacimientos pretérmino.

El 8.6% de los recién nacidos con bajo peso y el 2.7% de los macrosómicos nacieron por vía abdominal.

El 4.1% del total de nacimientos tenían presentaciones distócicas. El 8.3% fue bajo peso al nacer.

En el 1.9% de los recién nacidos hubo malformaciones congénitas, naciendo el 1.7% por cesárea.

El 98.8% recién nacidos tuvieron un puntaje de Apgar normal a los 5 minutos. Se presentaron 3 casos de asfixia (índice de 0.4%), 2 de ellos presentaron depresión respiratoria severa, 1 nació por vía vaginal y el otro por cesárea. El único caso que presentó depresión respiratoria leve, su nacimiento fue asistido por vía vaginal.

El promedio de días de estancia hospitalaria, para los niños nacidos por vía vaginal que ingresaron a Unidad de Cuidados Especiales fue de 2.5 días, en contraste a 3.9 para los niños nacidos por cesárea ingresados a la misma sala.



De los niños derivados a la sala de UMI con la madre, el promedio de días de estancia para los partos vaginales fue de 0.8 y para las cesáreas de 2.

Tabla 9. Resultados neonatales relacionados con la vía del nacimiento. HEODRA, León 1^o de Mayo 5 de Julio del año 2010.

	Vaginal n=458 %	Cesárea n=292 %
Estado del bebe al nacer		
Vivo.	98.9	100
Feto muerto reciente.	0.4	0.0
Feto muerto macerado.	0.8	0.0
Nacimientos únicos.		
Nacimientos únicos.	100	94.5
Nacimientos gemelares.	0.0	5.5
Edad gestacional al momento del parto		
Pretérmino.	9.4	10.9
A término.	89.3	88.7
Post término.	1.3	0.3
Presentación fetal al nacimiento		
Cefálica.	97.9	92.8
Podálica.	2.0	4.8
Otra.	0.2	2.4
Peso del recién nacido		
Bajo peso.	8.0	8.6
Peso normal.	90.2	88.7
Macrosómico.	1.8	2.7
Apgar a los 5 minutos		
Depresión respiratoria severa.	0.2	0.3
Depresión respiratoria leve.	0.2	0.0
Normal.	98.3	99.7
Malformación congénita.	1.9	1.7
Recién nacidos admitidos a unidad de cuidados especiales.	24.9	40.0

Fuente de información: primaria y secundaria.



DISCUSIÓN

Un tercio del total de las embarazadas eran adolescentes, embarazadas de alto riesgo. Este dato fue alto comparado con el 27% reportado por ENDESA 2006-2007.²⁵ Como era de esperarse, se encontró un alto índice de partos en adolescentes así como también un elevado porcentaje de primigestas en la población de estudio (42%), también mayor al 37% reportado por ENDESA 2006 – 2007.²⁵ El presente estudio no encontró diferencia en cuanto a la vía del parto en relación con la edad, escolaridad, paridad y estado civil.

Sólo hubo un caso de eclampsia durante el período de estudio y se le practicó cesárea, concordando con muchos autores que coinciden en la atención de la eclampsia por vía abdominal.²⁶ La aparición de preclampsia se relacionó significativamente a nacimientos por cesárea, no coincidiendo con lo señalado por la literatura, que recomienda para estas pacientes manejo de la presión arterial e inducción y prueba de trabajo de parto por vía vaginal.²⁶ Siendo la preclampsia una patología común, su atención por cesárea contribuye de manera importante a la alta tasa de nacimientos por vía abdominal encontrada.

La presencia de Condilomatosis estuvo asociada a la atención de partos por vía abdominal, una conducta generalizada en países de la región. La bibliografía señala que existe consenso para parto vaginal en las lesiones subclínicas y para parto por vía cesárea en las lesiones condilomatosas, ya que estas pueden ser tan grandes que obstruyen el canal de parto y puede haber sangrado genital por disrupción del tejido enfermo, a la vez que pone en riesgo al recién nacido para la transmisión del virus.²⁷

El 68% de las pacientes tuvo un inicio de trabajo de parto espontáneo, hubo un 3% inducido, porcentaje que está por debajo del 19% encontrado en la región latinoamericana por la Encuesta Global de Salud Materna y Perinatal de OMS, realizada en 2005.²⁸ Por otro lado, OMS en la conferencia de expertos “Tecnología Apropriada para el Parto”, realizada en Fortaleza Brasil en 1985, recomendó que las tasas de inducción del parto no debieran superar el 10% del total de nacimientos en ningún país del mundo.²⁹



El método de inducción más utilizado en este estudio fue Oxitocina, seguido del Misoprostol. Siendo esto compatible con los datos de la encuesta de OMS que revela que en Nicaragua en el período de Septiembre del 2004 a Marzo 2005, el método de inducción más utilizado fue la oxitocina (87%), seguido del misoprostol (13%).²⁸ Ni la inducción del trabajo de parto en general, ni ninguno de los dos métodos de inducción se relacionó con la vía del nacimiento en el presente estudio.

La mayor parte de nacimientos por vía vaginal (92%) fueron atendidos por médicos residentes de la especialidad de Ginecología, como es de esperarse en un hospital universitario. Cabe señalar que casi la mitad de ellos contó con la supervisión de un médico especialista.

Los desgarros perineales de 3^{er} y 4^{to} grado, de manera lógica, ocurrieron en pacientes atendidas por vía vaginal. Sin embargo, en todos los casos el trabajo de parto inició de manera espontánea, contrario a lo que la bibliografía refiere sobre una mayor frecuencia de desgarros perineales y cervicales en pacientes inducidas^{27, 29}. En este estudio, el desgarro más grande se produjo en asociación a macrosomía fetal, siendo esto compatible con lo que refiere la literatura.³⁵

El índice de hemorragia post parto (2%) fue bajo comparado con otros estudios.³³ Sin embargo esto se esperaba dado que en la institución donde fue conducido el estudio se utiliza como norma el “Manejo Activo del 3er. Período del Parto” (MATEP) en todas las pacientes. Se ha demostrado que el MATEP disminuye la hemorragia puerperal en un 60%, y disminuye la incidencia de la pérdida sanguínea en un litro o más durante el puerperio.³⁴ El 100% de las HPP se controlaron al agregársele 20 UI de oxitocina por encima de las 10 UI incluidas en el MATEP.³⁴ En este estudio se presentó mayor número de casos de HPP asociadas a parto vaginal que posterior a cesáreas.

El índice de cesárea de la institución para el período de estudio fue de 39%, cifra por encima del porcentaje referido por OMS para hospitales escuela como el HEODRA (20% – 25%).^{15, 16} Si tomamos en cuenta únicamente a las 318 mujeres que eran gesta 0, para 0, al



33% de ellas se les hizo cesárea. Se encontraron en expedientes 18 causas de cesárea. En orden de frecuencia de mayor a menor fueron; cesárea anterior, SFA, DCP, otra indicación fetal, y complicaciones maternas, siendo compatibles con las indicaciones más frecuentes de cesárea reportadas por otros autores.^{3, 18} El 38% de las indicaciones de cesárea fue por cesárea anterior. Fue llamativo que independiente de la indicación y del tiempo transcurrido después de la cesárea anterior, en el HEODRA no se ofrece prueba de trabajo de parto por vía vaginal a ninguna paciente con cesárea previa. Fueron 115 mujeres las que tenían antecedente de cesárea, de estas sólo dos parieron por vía vaginal porque llegaron en expulsivo, y no presentaron ninguna complicación inmediata. Uno de los grandes conflictos obstétricos es sin lugar a dudas el someter a trabajo de parto a una paciente con antecedente de cesárea en instituciones que no reúnen las condiciones necesarias. Todavía prevalece un poco el aforismo de Craigin, vigente desde 1916: después de una cesárea, siempre cesárea. Sin embargo, investigaciones recientes^{29, 30, 31, 36} han demostrado que el parto vaginal posterior a cesárea puede ser seguro, siempre y cuando se sigan los protocolos ya establecidos y la paciente reúna una serie de condiciones para ello.³¹

Por otro lado, en relación a los 78 casos diagnosticados con SFA, ninguno tuvo Apgar inferior a 8, lo que nos habla de una sobrevaloración de este diagnóstico puesto que se revisó la aplicación de maniobras de reanimación en útero reflejadas en el expediente y no se encontraron. En un estudio realizado en Río San Juan en el año 2004, se encontró que había una sobrevaloración de casos de sufrimiento fetal, dato también compatible con otros estudios sobre causas de cesárea en la región, en donde de igual manera reportan que no se pudo comprobar el diagnóstico de sufrimiento fetal.^{3, 15, 18} Habría que insistir en que los médicos de los servicios detallen de mejor manera tanto la forma en que hacen el diagnóstico, como las maniobras de reanimación en caso de aplicarlas, pues de otra forma es inexplicable los score de Apgar tan altos obtenidos en las cesáreas con este diagnóstico.

Hubo 6 casos de óbito fetal, todos nacieron por vía vaginal. Lo que concuerda con la literatura médica que indica como vía de elección para el nacimiento de óbitos la vaginal, a menos que haya una contraindicación absoluta como la DCP o la presentación transversa.³²



El 40% de los nacidos por vía abdominal ingreso a Unidad de Cuidados Especiales, y tuvo un promedio de estancia hospitalaria de 3.9 días. En contraste, de los nacidos por vía vaginal solo el 25% ingresaron a la Unidad de Cuidados Especiales, y tuvieron un promedio de estancia hospitalaria de 2.5 días. Esto concuerda con la bibliografía consultada que refiere que los recién nacidos por vía abdominal tienen mayor riesgo de ingresar a salas de cuidados especiales y mayor tiempo de estancia hospitalaria, por lo que incrementa el costo de la atención para el sistema de salud.³⁷

A pesar de que no hubo infección de heridas quirúrgicas o de episiotomías, ni complicaciones mayores relacionadas a ninguna de las vías del parto, pero sí, el estudio pudo demostrar que el costo de la cesárea aumenta considerablemente el costo de los nacimientos para los servicios de salud, por sobre todo en países en vías de desarrollo, como el nuestro, por lo que se recomienda a los hospitales desarrollar comités de revisiones de las indicaciones de cesáreas, de manera que se pueda disminuir el alto índice de cesárea institucional.



CONCLUSIONES

Se encontró alto porcentaje de primigestas y alta proporción de embarazos en las edades entre 20-35 años, al igual que alto porcentaje de embarazo en adolescentes. La mayoría de las pacientes que tenían antecedente de embarazo previo, terminaron su embarazo por vía vaginal. Todas las pacientes que tenían antecedente de cesárea previa terminaron su embarazo por vía abdominal.

La RPM prevaleció en la población de estudio y se asoció significativamente a partos por vía vaginal. Contrario a esta, la preeclampsia y la condilomatosis estuvieron asociadas a partos por vía abdominal.

El desgarro perineal, la hemorragia post parto, la transfusión sanguínea por anemia o por hemorragia post parto, se asociaron a nacimientos por vía vaginal. El índice de Hemorragia Post Parto fue de 1.7% en los partos vaginales y de 1% en las cesáreas.

La tasa institucional de cesáreas durante el período de estudio fue de 39%. Las indicaciones más frecuentes de cesárea fueron; cesárea anterior, SFA, compatible con las indicaciones más frecuentes de cesárea reportadas por otros autores.

Los nacimientos por vía vaginal se asociaron a score de Apgar bajo en los recién nacidos. Entre los niños nacidos por vía abdominal hubo significativamente mayor ingreso a Unidad de Cuidados Especiales y tuvieron más de 1 día en promedio de estancia hospitalaria, en comparación a los nacidos por vía vaginal.

No hubo casos de sepsis de herida quirúrgica o de episiotomías que se asociaran a alguna de las vías del parto.



RECOMENDACIONES

1. Crear en HEODRA el protocolo para prueba de trabajo de parto después de cesárea, que establezca claramente los requerimientos para que se pueda ofertar, y garantice las condiciones para que este pueda operativizarse, ya que si la cesárea anterior es la primera causa de cesáreas en el HEODRA, esto vendría a disminuir considerablemente el alto índice institucional de partos abdominales.
2. Establecer normas que detallen los criterios para el diagnóstico de SFA como indicación de cesárea en la institución, así como también las maniobras de resucitación intraútero, y que obliguen al personal médico a describirlo en los expedientes.
3. Que el manejo de la vía de nacimiento, en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia, sea de acuerdo a lo establecido en las normas, la preeclampsia no es una indicación de cesárea.



BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. “Novedades del CLAP”. El Embarazo y óbito fetal. Número 52. Enero 2003.
2. Guadamuz RC. Complicaciones feto maternas en la mujer mayor de 35 años atendidas en el Hospital Berta Calderón Roque, en el período de junio 2001 a julio 2002.Tesis para optar a la promoción de grado en Ginecología y Obstetricia. UNAN- Managua.
3. Olivas Montiel R. Relación entre el modo de parto la atención intra parto y los resultados maternos y perinatales. Tesis para optar al título de Maestría en Ciencias con Mención en Epidemiología. Centro de Investigación en Demografía y Salud CIDS, UNAN León. 2004.
4. Kwast B. E. Building a community-based maternity program. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 48 (Supplement):S67-S82 (1995).
5. Jowett M. Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost-effectiveness.*HealthPolicy* 53:201-228 (2000).
6. Maine D, Rosenfield A. The Safe Motherhood Initiative: ¿why has it stalled? *American Journal of Public Health* 89(4):480-2. April 1999.
7. Desai J. The cost of emergency obstetric care: concepts and issues.*International Journal of Gynecology & Obstetrics* 81:74-82 (2003).



8. Cesar GL. Factores asociados a mortalidad infantil en dos regiones de Brasil. S. P Brasil 2000.
9. Steven W. Ainbinder, MD. Operative Delivery. In DeCherney AH, et a. editors. 3rd Ed. In CURRENT Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Los Angeles, California: Lange Medical Books/McGraw-Hill.2003.
10. Scout & Col. Tratado de Obstetricia y Ginecología Danforth, Interamericana Mc. Graw-Hill. 6ed. México D.F1997. 674-676.
11. Martin JA et al. Births: preliminary data for 2001. Nat Vital Stat Rep 2002; 50(10):1-20.
12. Vázquez Calzada J. Estudio descriptivo correlacional sobre el impacto de los partos por cesárea en la fecundidad. San Juan Puerto Rico, 1982.
13. Cassagrandi D, Pérez J, Areces G, Sanabria AM, Urra R, Benavides S "et al." Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Revista Cuba de Obstetricia Ginecológica 2007; 33 (3).
14. Hodgson L. y Cols. Indicaciones y complicaciones trans y postquirúrgica de cesáreas realizadas a pacientes en el Hospital Bertha Calderón Roque de Enero-Diciembre 1999. Tesis para optar a la promoción de grado en Ginecología y Obstetricia. UNAN- Managua.
15. Dubon M. Jy Cols. Cesáreas realizadas en el hospital Mauricio Abdalah: Indicaciones y complicaciones. Chinandega, 1995. Tesis para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía General. UNAN-León



16. Bonilla FJ. Complicaciones más frecuentes de la operación cesárea en el HEODRA Junio-Septiembre 1993. Tesis para optar a la promoción de grado en Ginecología y Obstetricia. HEODRA, UNAN-León.
17. Villar J, Valladares E, Wojdglá D, et al. Relationship between Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; june 3; 367: 1819–29.
18. Quintero JA. Indicaciones de cesáreas en adolescentes y sus complicaciones. Tesis para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía General. UNAN-León. 2004
19. Salinas AL. Mortalidad en la operación cesárea en el HEODRA, 1^o Mayo al 30 Septiembre 1992. Tesis para optar a la promoción de grado en Ginecología y Obstetricia. HEODRA, UNAN-León.
20. Adair C.D, Sánchez R.L, Gaudier F.I, Kaunitz A.M, Mc Dyer, D.C, Briones, D. Labor induction in patients with previous cesarean section. *Am. J. Perinatol.* 12:450-454, 1995.
21. KR, Niswander Obstetricia práctica clínica 2^{da} edición editorial reverté 1987.
22. Pérez Sánchez; E. Donoso Siña. “Obstetricia”. Tercera Edición. Chile, 1999. Páginas 302-333
23. 23F. Gary Cunningham. Obstetricia de Williams 22^{ed} 2006 McGraw Hill, 588.
24. Organización Panamericana de Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Decima Revisión (CIE-10).
25. Instituto Nacional de Información y Desarrollo, INIDE – Nicaragua. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2006-2007. Managua Nicaragua.



26. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertensions in pregnancy, ACOG Technical Bulletin Number 219 ACOG 1996. Am J ObstetGynecol 1989; 161:1200 Lancet 1993; 341:1447.
27. Casale RA, Ferreirós JA, Mónaco AM. Guía de procedimientos en Obstetricia. Argentina: Buenos Aires 2004.
28. Villar J. Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS. Septiembre 2004-Marzo 2005.
29. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Lancet 1985; 2: 436-437
30. Guzmán SA y cols. Intento de parto vaginal en 1000 pacientes con antecedente de una cesárea previa en el antiguo Hospital Civil de Guadalajara. Gineco. Obst. Mex. 1998; 66:325
31. SEGO. Protocolo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. Junio 2002.
32. Espina JM, Figueroa J, Cruz K. Estudio prospectivo sobremuerte fetal. Hospital Santa Teresa de Comayagua, Honduras 1994.
33. Córdoba M. Manejo activo del tercer período del trabajo de parto versus manejo expectante del mismo en mujeres atendidas en el servicio de Labor y parto del HEODRA, Septiembre 2002- Enero 2003. Tesis para optar a la promoción de grado en Ginecología y Obstetricia. HEODRA, UNAN-León.
34. USAID. Uso del Partograma y el MATEP son prácticas de atención maternal y neonatal seguras. Calidad en Salud. Guatemala 29 Junio 2009.



35. Albornoz J, Salinas H, Reyes A. Morbilidad fetal asociada al parto en macrosómicos: Análisis de 3981 nacimientos. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología 2005; 70(4): 218-224.

36. Lindo MJ, Paredes A, Zeas C, Cienfuegos H, Limas M. Parto vaginal en cesárea anterior: Experiencia de 4 años en un hospital de seguridad social. Rev. Peruana Ginecol-Obstet 2004;50:217-222

37. Manrique M. complicaciones de la cesárea. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, España 2009.



ANEXO



Resultados maternos y neonatales según vía del parto.

I. DATOS MATERNOS		
1.	Estado Civil 1. Soltera 3. Separada/Divorciada 2. Casada/unida 4. Viuda/otro	1. _____
2.	Edad en años	2. _____
3.	Número de años que asistió a la escuela (al momento de ingreso para el parto)	3. _____
II. ANTECEDENTES OBSTETRICOS		
4.	GESTA	6. _____
5.	PARA	7. _____
6.	ABORTOS	8. _____
7.	CESAREAS	9. _____
8.	Peso al nacer del último neonato (gr)	11. _____
9.	Resultado del embarazo previo inmediato 1. Aborto 3. Muerte fetal 2. Muerte neonatal 4. Neonato vivo al alta	12. _____
10.	Antecedente de Fístula vesico-vaginal /recto-vaginal 0. No 1. Si	13. _____
11.	Cirugía previa en el útero y cuello uterino (Miomectomía, extirpación del septum, biopsia cónica del cuello uterino, cesárea clásica, cerclaje cervical, etc.) 0. No 1. Si	14. _____
12.	Cesárea en el último embarazo 0. No 1. Si	15. _____
III. DATOS DEL EMBARAZO Y NACIMIENTO EN ESTUDIO		
13.	¿Durante este embarazo o trabajo de parto, presentó Usted alguna de las siguientes alteraciones? 0. No 1. Si a) Rotura prematura de membrana b) Hipertensión inducida por el embarazo c) Hipertensión crónica d) Pre-eclampsia e) Eclampsia f) Enfermedades cardiacas/renales g) Insuficiencia respiratoria crónica h) Altura uterina menor para la edad gestacional i) Diabetes mellitus j) Malaria k) Anemia megaloblástica l) Anemia severa (Hb<7g/l) m) Sangrado vaginal n) Pielonefritis o infección urinaria o) Alguna enfermedad genital ulcerosa p) Condiloma acuminado q) Otras enfermedades r) Algún síntoma que sugiera VIH/SIDA	a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____ f. _____ g. _____ h. _____ i. _____ j. _____ k. _____ l. _____ m. _____ n. _____ o. _____ p. _____ q. _____ r. _____



Resultados maternos y neonatales según vía del parto.

14.	¿La paciente fue referida para el parto? 0. No 1. Si	18. _____
15.	Si es sí, ¿desde dónde? ¿Por quién 1. Nivel I de atención 3. Privado 2. Nivel II de atención 4. Partera 5. Otros (bomberos, policías, etc.)	19. _____
16.	Número total de neonatos	20. _____
17.	Comienzo del trabajo de parto 1. Espontáneo 3. Sin trabajo de parto 2. Inducido Si la respuesta es 1 o 3, pasar a la pregunta 20.	22. _____
18.	Indicaciones para la inducción del trabajo de parto 0. No 1. Si a) Muerte fetal b) Retardo del crecimiento intrauterino c) Sufrimiento fetal d) Embarazo múltiple e) Rotura prematura de membrana f) Corioamnionitis g) Sangrado vaginal h) Pre-eclampsia/Eclampsia i) Post término, mas de 42 semanas j) Inducción electiva k) Solicitud materna l) Alguna otra solicitud en el embarazo m) Alguna otra complicación médica de la madre	23. a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____ f. _____ g. _____ h. _____ i. _____ j. _____ k. _____ l. _____ m. _____
19.	Método de inducción 0 = No 1 = Si a) Oxitocina b) Misoprostol c) Otra prostaglandina d) Despegue de membrana e) Rotura artificial de membranas/ amniotomía f) Mecánica g) Estimulación del pezón	24. a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____ f. _____ g. _____
20.	Quién asistió el parto o realizó la cesárea 1. Médico especialista 5. Médico Interno 2. Médico residente 6. Estudiante de Medicina 3. Cirujano general 7. Enfermera 4. Médico general 8. Partera tradicional	25. _____
21.	Se usó uterotónico para prevenir hemorragia post parto? 0 = No 1 = Si	26. _____
22.	Se usó uterotónico para tratar hemorragia post parto? 0 = No 1 = Si	27. _____
23.	Se le realizó transfusión sanguínea en el parto o después? 0 = No 1 = Si	28. _____
24.	Indicación de la transfusión sanguínea 1. Anemia al momento de iniciar labor 2. Hemorragia anteparto 3. Hemorragia intraparto 4. Hemorragia postparto	29. _____
25.	Desgarro perineal de 3ro. - 4to. Grado 0 = No 1 = Si	30. _____
26.	Histerectomía 0 = No 1 = Si	31. _____



Resultados maternos y neonatales según vía del parto.

27.	Admisión de la mujer a Cuidados Intensivos: 0 = No 1 = Si	32. _____
28.	Estado de la mujer al alta: 1. Viva 2. Muerta 3. Transferida a nivel superior de atención	34. _____
29.	Si fue Cesárea, cuál(es) fueron las indicaciones 0. No 1. Si a) Retardo de crecimiento intrauterino b) Sufrimiento fetal c) Pre eclampsia/Eclampsia d) Post término (>42 semanas) e) Sangrado vaginal en el 3er trimestre f) Desproporción cefálico-pélvico/distocia/falta de progresión g) Embarazo múltiple h) Sospecha de rotura uterina inminente i) Cesárea postmortem j) Pélvica, transversa u otra presentación anómala k) Cesárea previa l) Falla de inducción m) Ligadura tubaria/esterilización n) Solicitud materna o) VIH p) Herpes genital/Condiloma extendido q) Alguna otra complicación del embarazo r) Cualquier otra indicación fetal s) Cualquier otra complicación médica de la madre t) Reparación previa de fistula vesico-vaginal o recto-vaginal	35. a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____ f. _____ g. _____ h. _____ i. _____ j. _____ k. _____ l. _____ m. _____ n. _____ o. _____ p. _____ q. _____ r. _____ s. _____ t. _____
30.	Edad gestacional (en semanas completas)	36. _____
31.	Presentación fetal al nacimiento 1. Cefálica 2. Podálica 3. Otra	37. _____
32.	Modo de terminación del parto 1. Espontáneo. 4. Cesárea de urgencia 2. Cesárea electiva intraparto 3. Cesárea de urgencia sin trabajo de parto	38. _____
33.	Estado del bebé al nacer 1. Vivo 2. Feto muerto reciente 3. Feto muerto macerado	39. _____
34.	Apgar a los 5 minutos	40. _____
35.	Peso al nacer (gr)	41. _____
36.	¿Malformaciones congénitas? 0. No 1. Si	42. _____
37.	Admisión del recién nacido a la cuidados intensivos/ especiales	43. _____
38.	Número de días en cuidados intensivos/especiales	44.-----
39.	Estado del recién nacido al alta 1. Vivo y sano 2. Vivo pero referido a un nivel superior de atención 3. Muerto dentro de las 24 horas del nacimiento 4. Muerto después de las 24 horas del nacimiento	45. _____