

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Área del conocimiento, Ciencias Médicas  
UNAN- León



Tesis para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia  
**Complicaciones y hallazgos transquirúrgicos de la cesárea primitiva en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, enero a diciembre 2022.**

Autor:

Dr. Elvin José Escorcía Pérez  
Residente de Ginecología y Obstetricia

Tutora:

Dra. Miurell Gámez  
Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Marzo León, Nicaragua

2024: 45/19 ¡La Patria, La Revolución!

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Área del conocimiento, Ciencias Médicas  
UNAN-León



**Tesis para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia**

**Complicaciones y hallazgos transquirúrgicos de la cesárea primitiva en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, enero a diciembre 2022.**

Marzo León, Nicaragua

## **Agradecimientos**

**A Dios;** Que es la fuente de vida y de toda sabiduría, que nos da la oportunidad de salir adelante en todo nuestro diario caminar.

**Padres y hermanos;** Por su apoyo incondicional en todo momento, y que con sus consejos hacen más fácil todo lo propuesto en mi vida.

**Maestros;** Que sembraron el conocimiento del saber en mí, quienes fueron mis tutores y asesores metodológicos en la realización del presente trabajo de investigación.

---

## **Dedicatoria**

**Padres;** Por ser responsables de mi educación y formación.

**Familias;** presentes o ausentes, que con sus consejos me han enseñado el difícil camino de la vida.

**Amigos;** y compañeros de estudios, que me enseñaron a fortalecer más el valor de la amistad, solidaridad y respeto.

**Maestros;** que han sido parte de mi formación en esta especialidad médica, contribuyendo a obtener nuevos conocimientos para beneficio de nuestra población nicaragüense.

---

## Resumen

**Objetivos:** Describir complicaciones y hallazgos transquirúrgicos de la cesárea primitiva en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León en el período de enero a diciembre 2022.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, realizado en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León, en periodo enero a diciembre del 2022, conformado por gestantes que fueron sometidas a cesárea por primera vez.

**Resultados:** Las características sociodemográficas que predominaron fueron edad materna entre 20 y 34 años, procedencia urbana, escolaridad secundaria y con 4 o más atenciones prenatales.

En relación con la edad de finalización de la gestación fue de 37 a 40 6/7sg, más de la mitad en alguna etapa del trabajo de parto, de las cuales hubo un grupo sometido a inducción y a conducción del trabajo de parto. Se encontró obesidad, anemia como patologías previas, diabetes gestacional, Hipertensión gestacional y Preeclampsia como patologías propias de la gestación.

Las indicaciones maternas de cesárea fueron DCP y trabajo de parto detenido, como causas fetales Riesgo de pérdida del bienestar fetal y como causas ovulares Oligoamnios severo.

Con respecto a las complicaciones más frecuentes relacionadas a la cesárea primitiva, fue Hemorragia postparto por atonía uterina, choque hemorrágico secundario a esta infección puerperal en menor proporción, no se encontró muertes maternas ni fetales

**Conclusiones:** Las complicaciones asociadas a la cesárea primitiva son hemorragia post parto y choque hemorrágico, ,mientras que los hallazgos con mayor frecuencia, fueron circular de cordón al cuello y líquido amniótico meconial.

**Palabras claves:** *Cesárea primitiva, complicaciones, hallazgos transquirúrgicos*

---

**Acrónimos:**

<b>DPPNI:</b>	Desprendimiento de placenta normalmente insertada
<b>DCP:</b>	Desproporción cefalopélvica
<b>HEODRA:</b>	Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello
<b>INSS:</b>	Instituto nicaragüense de Seguridad Social

---

## Índice

	Páginas
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Justificación	7
IV. Planteamiento del problema	8
V. Objetivos	9
VI. Marco teórico	10
VII. Material y métodos	28
VIII. Resultados	33
IX. Discusión	40
X. Conclusiones	42
XI. Recomendaciones	43
XII. Referencias	44
XIII. Anexos	48

---

## I. Introducción

La cesárea es un procedimiento quirúrgico razonable y seguro para la madre y para el feto, pero ésta no es inocua, ni sus complicaciones son siempre previsibles o evitables, por lo que toda paciente sometida a cesárea está expuesta a posibles complicaciones<sup>1</sup>.

A nivel mundial, en los últimos treinta años la tasa de cesáreas ha tenido un aumento progresivo. En Latinoamérica, las tasas elevadas de cesáreas era un fenómeno propio de los diferentes países a inicios de los años noventa<sup>2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud recomienda una tasa de cesárea de un 15% con una variación del 3.5%, la cual no es cumplida por las instituciones hospitalarias de cada país<sup>3</sup>. Las estimaciones globales de dicha tasa se observan en África en un 29%, los estudios de Estados Unidos, el Reino Unido y China se han reportado tasas entre un 20% y un 25% respectivamente<sup>3</sup>.

Con el aumento de las cesáreas en las unidades, surgen las complicaciones transquirúrgicas, a corto y a largo plazo, lo que son potencialmente graves y aumentan el riesgo de mortalidad materna, así como los días de estancia hospitalaria<sup>4</sup>.

Entre las complicaciones quirúrgicas se incluyen la hemorragia y las lesiones viscerales como las más frecuentes. La incidencia de la hemorragia está asociada a la cesárea electiva y es menor respecto a la cesárea de urgencia<sup>2</sup>. Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma transoperatorias tanto maternas como fetales y de forma postoperatorias mediatas y tardías.

En Nicaragua, en los últimos diez años, el total de cesáreas realizadas por indicaciones médicas, se redujeron del 54 al 50% y aumentó por razones de salud del 9 a 14%. Se observó una disminución de las cesáreas por emergencia del 55 a 49% y un aumento de las programadas de 44 a 48%; el porcentaje de nacimientos por cesáreas en adolescentes fue del 24.5%<sup>5</sup>.

Los cambios progresivos observados en los datos estadísticos de los hospitales públicos y privados en el territorio nacional son alarmantes, en vez de disminuir los indicadores negativos de la salud materna, se reflejan cada vez más

---

complicaciones relacionadas al procedimiento y al manejo inadecuado de los factores de riesgo presentes en el control prenatal, aumentando el riesgo de la mortalidad materna.

El propósito de este estudio es describir la frecuencia de complicaciones y hallazgos transquirúrgicos en la cesárea primitiva en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León.

---

## II. Antecedentes

En el 2019, en Arabia Saudita, Hanadi et al estudiaron a 520 pacientes, de los cuales 306 fueron sometidas a cesárea primitivas de emergencia mientras que 214 fueron a cesárea electiva. En el 92% no se observaron complicaciones, pero el resto presentó dolor persistente, necesidad de transfusión, hemorragia postparto, ruptura uterina, lesión de la vejiga y el uréter<sup>6</sup>.

En el 2018, en Irán, Mohammad et al evaluó la prevalencia, causas y complicaciones de la cesárea en Irán. La prevalencia de cesáreas en Irán se estimó en 48%. Las razones de la prevalencia de la cesárea en este estudio fueron la educación superior de las madres, cesárea previa y recomendación médica. La complicación más frecuente en mujeres sometidas a cesárea fue el dolor muscular. Las complicaciones en recién nacidos por cesárea fueron taquipnea transitoria<sup>7</sup>.

En el 2017, en Brasil, Mascarello se realizó una revisión sistemática donde los resultados obtenidos en los metaanálisis indican que las mujeres con cesárea primitiva tienen una mayor probabilidad de muerte materna (OR = 3,10, IC del 95%: 1,92 a 5,00) e infección postparto (OR = 2,83, IC del 95%, 1,585,06), pero tienen una menor probabilidad de hemorragia (OR = 0,52, IC del 95% 0,48-0,57). La calidad de la evidencia se consideró baja para hemorragia y transfusión sanguínea y moderada para infección postparto y muerte materna<sup>8</sup>.

En el 2017, en ciudad de Guatemala, Sincal determinó la complicación quirúrgica materna transoperatoria más frecuente que presentan las mujeres a quienes se les realiza cesárea. En la investigación se incluyeron 135 pacientes de las cuales las edades más frecuentes fue entre los 21 a 26 años con un 36%, con relación a la edad gestacional un 64% se encontraban entre 37 a 39 semanas de gestación. La complicación más frecuente fue la atonía uterina con un total del 37%, seguida del desgarro de la histerotomía con un 25%<sup>9</sup>.

En el 2016, en Lima, Perú, Bustos determinó los factores sociodemográficos y obstétricos están asociados a las complicaciones en pacientes postcesareas del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Encontró una incidencia de complicaciones del 8.4%. Las pacientes con edad <35 años, con estudios

---

secundarios, primíparas, con edad gestacional <37 semanas y que presentan enfermedad al momento de la cesárea constituyeron un factor de riesgo de presentar alguna complicación<sup>10</sup>.

En el 2015, Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, Medina y De la Cruz, determinaron un porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año de 57,5%. Las gestantes entre 20 y 35 años son las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las cesáreas primitivas realizadas por emergencia. La principal indicación materna fue placenta previa, la principal indicación fetal es feto grande, y la principal indicación ovular es la ruptura prematura de membranas. Se observaron complicaciones en un 8%<sup>11</sup>.

En el 2012, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en el Perú, Puma y Diaz estudiaron a 67 embarazadas que se les realizó cesárea en periodo de expulsivo, donde observaron 8 casos de hipotonía uterina y 2 de atonía. En 5 pacientes ocurrieron desgarros de segmento adyacente a la histerotomía, siendo 2 de ellos asociados a compromiso de cuerpo uterino y vagina, y 4 casos a laceración de arteria uterina, uno fue bilateral. No se produjeron lesiones en tracto urinario ni digestivo y tampoco hubo necesidad de reintervención quirúrgica. Cuatro pacientes presentaron hemorragia puerperal, dos asociados a hipotonía uterina post cesárea. En 56 (83,5%) casos ocurrió anemia post operatoria. Hubo 1 (1,5%) caso de endometritis, 3 (4,5%) infecciones de herida operatoria. Concluyeron que la cesárea realizada en período expulsivo ocasiona complicaciones frecuentes, algunas muy severas<sup>12</sup>.

En el 2009, en el servicio de Obstetricia del Hospital General Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, Millán y Mendoza estudiaron a 694 cesáreas primitivas con un índice de 32,7 %. En la relación de las patologías asociadas o propias del embarazo con las condiciones cervicales desfavorables encontramos el 35,88 % del grupo estudiado. Se concluye que los factores estudiados están asociados estadísticamente con la cesárea primitiva y son capaces de incrementar su índice<sup>13</sup>.

---

## A nivel nacional

Del 2017 al 2019, en el HEODRA, Pineda determinó las principales indicaciones de cesárea y los resultados maternos – perinatales, encontró complicaciones como histerectomía obstétrica, hemorragia posparto, transfusión sanguínea, mayor tiempo de hospitalización y se ingresaron a la unidad de cuidados intensivos. No hubo ninguna muerte materna producto de las cesáreas<sup>14</sup>.

En el 2017, en el Hospital Alemán Nicaragüense, Contreras y Matus estudiaron en Labor y Parto a 3,559 pacientes y de ellas, 737 cesáreas con una muestra de 235 usuarias primigestas. En cuanto a las indicaciones absolutas fueron la causa mayor de cesáreas y de esta la desproporción céfalo pélvica y entre las relativas la más frecuente fue la ruptura prematura de membranas. Encontramos que las principales causas de cesárea fueron las fetales, seguidas de las materno fetales. La tasa de cesáreas fue del 19.7%<sup>15</sup>

En el 2016, en el hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi, Siles realizó un estudio en embarazadas en edades entre 16-20 años, de escolaridad secundaria procedencia rural, etnia Miskitu y el mayor porcentaje no trabaja. En cuanto a las indicaciones de las cesáreas se encontró que el mayor porcentaje es por cesáreas anteriores seguida de sufrimiento fetal agudo y preclampsia moderada y grave. La mayoría de las pacientes en estudio no tuvieron ninguna complicación, ni durante ni después de la cesárea, pero una parte presento hemorragia posparto<sup>16</sup>.

En el 2014, en Hospital Amistad Japón Nicaragua, Muñoz y Condega identificaron que la tasa de cesárea fue mayor al 35%. Se estudiaron a 256 embarazadas que se les indico cesárea por primera vez, tenían edades entre 12 a 19 años, un nivel primario y 88% eran ama de casa, siendo 66% de la religión católica. Al investigar el tipo de cesárea se encontró que 71% fueron de urgencia mientras que 29% fueron cesáreas electivas. El 8.6% de las cesáreas de urgencia no estaban bien indicada la justificación mientras que el 1.6% de las electivas era de igual manera no bien indicada, el total fue 10.2% de cesárea que no estaban bien indicada. El número de complicaciones para la madre como para el recién nacido que ocurrió fue menor del 4%<sup>17</sup>.

---

En el 2013, en el HEODRA, Castrillo investigo el nacimiento por vía abdominal encontrando que la tasa de cesáreas del período de estudio fue de 39%, de la cuales el 39% fue por cesárea anterior. La Preeclampsia se vio significativamente asociada a nacimientos por cesárea en esta población, se observa también el manejo cuando el facultativo está ejerciendo en el sistema público, en el INSS o en el privado. Concluyó que el incremento de las tasas de cesáreas en el HEODRA es un fenómeno complejo, con muchos factores ya sean de las pacientes, de los médicos o del propio hospital e incluso sociales<sup>18</sup>.

---

### III. Justificación

La cesárea es un procedimiento quirúrgico en la cual la comunidad sanitaria internacional ha considerado una tasa “ideal” de cesáreas que oscila entre el 10% y el 15%. Este dato es muy importante ya que estudios revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando dicha tasa se acerca al 10%<sup>1-3</sup>. El aumento en la realización de la misma se ha convertido en objeto de análisis en diversos países latinoamericanos, ya que tomar la decisión sobre la vía de nacimiento supone una interrelación entre los factores maternos biológicos, la práctica obstétrica, los factores sociales y los institucionales. Muchos especialistas en ginecología y obstetricia consideran que la cesárea es más segura para el recién nacido y más cómoda para la madre; sin embargo, la evidencia científica no lo ha demostrado<sup>8-15</sup>.

Es importante la decisión de la cesárea en pacientes primigestas, la cual debe de cumplir diversos criterios, esto porque la paciente primigesta estaría siendo destinada para realizarse siempre cesárea en los próximos embarazos, lo que aumenta el riesgo de complicaciones. El antecedente de una o más cesáreas es la justificación en más del 70% de los casos que refiere el médico para practicar esta operación. La realización reiterada de cesáreas está exponiendo a más mujeres a nuevos problemas de salud, como la inserción anormal de la placenta, que en la segunda cesárea alcanza un 40% de los casos y a partir de la tercera supera el 60%, representando un riesgo de muerte materna por hemorragia. Ante esto, es importante reducir el porcentaje de cesáreas, aplicando políticas, procedimientos y protocolos establecidos en los servicios de obstetricia, los que deben ser rigurosamente seguidos por el personal.

Este trabajo pretende determinar la incidencia de la cesárea primitiva en gestantes, así como sus complicaciones que contraen a corto y largo plazo. Este trabajo documentará un vacío de conocimientos, ya que no se encuentran datos relacionados en la unidad hospitalaria a abordar. Así mismo, este trabajo se convierte en una referencia para la toma de decisiones que promuevan una disminución de la tasa de cesárea que mejoren los indicadores de salud del país.

---

#### **IV. Planteamiento del problema**

Para el servicio de gineco-obstetricia y las autoridades de la unidad hospitalaria es de suma importancia conocer la situación del número de cesáreas que se realizan, porque se realizan y que complicaciones se presentan cuando las realizan.

Con esto, se debe analizar el gasto sanitario, ya que la vía de nacimiento por cesárea conlleva a mayor tiempo de estancia hospitalaria, mayores gastos para la unidad de salud y mayor tiempo de recuperación de las mujeres y consecuente reinserción laboral y actividad cotidiana. Antes lo mencionado, se plantea lo siguiente:

¿Cuál será la incidencia de las complicaciones y hallazgos transquirúrgicos de la cesárea primitiva en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León en el período de enero a diciembre 2022?

---

## **V. Objetivos**

### **General**

Describir complicaciones y hallazgos transquirúrgicos de la cesárea primitiva en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León en el período de enero a diciembre 2022.

### **Específicos**

- 1.- Describir características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las gestantes.
- 2.- Mencionar las indicaciones de cesárea en las pacientes según causas maternas, fetales y ovulares.
- 3.- Describir hallazgos transquirúrgicos en Nota Operatoria.
- 4.- Mencionar las complicaciones maternas relacionadas a la cesárea primitiva

---

## **VI. Marco teórico**

### **Cesárea y aspectos históricos**

El origen del nombre cesárea no está claro. Se cree que viene de la leyenda del nacimiento del emperador romano Julio Cesar, según la cual había nacido por esta vía. Algunas historias sugieren que Scipio Africanus, el primer emperador romano en hacerse llamar Cesar, nació por esta vía en el año 237 antes de Cristo y de ahí el nombre de la operación. El hecho de nacer por cesárea y sobrevivir era considerado como un hecho divino, por eso los emperadores hacían adornar su nacimiento con esa creencia. Otros afirman que el nombre proviene del latín caedere que significa cortar y que a los hijos de madres a las que se les practicaba esta incisión, se les llamaba caesones<sup>19</sup>.

El término de nacimiento por cesárea fue usado por primera vez en Francia, en 1581, por Rousset quien lo publica 10 años más tarde (O' Dowd and Phillip, 1994). La primera cesárea practicada en una paciente viva y en la que se obtuvo un recién nacido vivo fue realizada por Giulio Cesari Aranzio (1530-1589), en 1578, la madre falleció al mes de la operación; antes de este caso todas las cesáreas eran practicadas postmortem<sup>19</sup>.

Sin datos confirmados, es probable que la primera operación cesárea fuera realizada por el carnicero Jacob Nufer, de Ligerhausen (Suiza) en el año 1500, cuando extrajo del vientre de su mujer a un niño de 7 meses; la tradición, un tanto anecdótica, cuenta que ella vivió 72 años y que posteriormente parió 5 niños más, entre ellos 2 gemelos<sup>19</sup>.

### **Generalidades del procedimiento**

Cesárea es el término que suele utilizarse para escribir el parto de un niño mediante una incisión uterina abdominal. La cesárea ha sido muy importante durante el último siglo en la reducción de las tasas de morbimortalidad maternas y perinatales. El objetivo inicial de la operación era preservar la vida de la madre en caso de obstrucción del parto, pero con los años aumentaron las indicaciones para incluir distintos peligros para la madre o el feto<sup>20</sup>.

---

El uso cada vez más frecuente de esta técnica se debe a su seguridad gracias a la mejora de los procedimientos quirúrgicos, mejores anestésicos, antibióticos eficaces y a disponibilidad de sangre para transfundir<sup>20</sup>.

La **tasa de cesáreas** ha aumentado drásticamente durante la última década, tanto en Estados Unidos como en el resto del mundo. El porcentaje de mujeres que dieron a luz mediante cesárea en Estados Unidos aumento de <5,0 % en 1965 al 30.2% en 2005, y aumento un 40% desde 1996. Actualmente es la intervención quirúrgica más común en Estados Unidos<sup>20</sup>.

**Concepto:**

Es la extracción del producto de la concepción, por vía abdominal y por medio de una histerotomía (corte en el útero) con un feto que pesa más de 500 gr o más de 20 semanas de gestación. Se denomina micro cesárea cuando el producto retenido, tiene menos de 20 semanas<sup>21</sup>.

La cesárea puede definirse como el parto de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero. Lo esencial de la intervención consiste en la incisión del útero (histerotomía); por lo tanto, no se refieren a la extracción del feto de la cavidad abdominal en casos de rotura del útero o de embarazo extrauterino<sup>22</sup>.

**Tipos de cesárea<sup>21,22</sup>:**

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente:

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

B. Según indicaciones

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.

---

## C.- Según técnica quirúrgica

### Transperitoneal

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

### Extraperitoneal

### **Cesárea Transperitoneal<sup>21</sup>**

**Corporal o clásica:** La incisión se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: Cáncer cérvico—uterino invasor, embarazo pretérmino, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea postmortem y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía.

Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.

**Segmento—corporal:** La incisión se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica son similares a las observadas con la técnica corporal.

**Segmento—arciforme o transversal:** Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. La incisión transversal del segmento inferior tiene a ventaja de producir menos hemorragia, permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes, así como pocas adherencias postoperatorias<sup>21</sup>.

---

## Cesárea Extraperitoneal

• La técnica extraperitoneal es de poco uso. Está indicada en los casos de riesgo o presencia de infección ovular, pues evita la contaminación de la cavidad abdominal y del peritoneo. Existen variables prevesicales, supravesicales, y parasupravesicales. La principal complicación de la técnica es la lesión traumática de la vejiga durante la intervención quirúrgica<sup>21</sup>.

### Tipos de incisión en la piel.

1- Longitudinal

Medial

2- Transversa

Phanenstield

Transversal, arciforme, horizontal.

### Tipo de incisiones en el útero<sup>21</sup>

**1. Clásica (Segmento corporal):** Esta operación está generalmente indicada en placenta previa (para evitar el segmento uterino inferior hipervascularizado y la placenta misma y en los casos de urgencia obstétrica como el desprendimiento prematuro de placenta y prolapsos del cordón), situaciones que demandan una rápida actuación<sup>20</sup>.

- La incisión es vertical en la porción contráctil del cuerpo uterino a través del peritoneo visceral.

**Sanger:** Longitudinal, pero solo interesa el cuerpo uterino y se conoce como cirugía clásica de porro, cirugía corporal más utilizada, se usa en pacientes con placenta previa y en productos transversos con dorso inferior.

**Opi Kronig:** Segmento corporal, longitudinal, ya no se usa. *Ventajas:* Es la intervención cesárea más sencilla, la extracción del feto puede lograrse rápidamente. *Desventajas:* la hemorragia de la gruesa y vascularizada pared uterina es abundante. No es posible conseguir una buena reperitonización de la histerotomía y las adherencias intestinales en la cicatriz uterina pueden dar lugar

---

a obstrucción intestinal. Con frecuencia la cicatrización del miometrio es defectuosa. La dehiscencia de la cicatriz uterina en embarazos subsiguientes, sucede en 1 al 2% de los casos. Se ha observado empíricamente que con tales incisiones es mayor la frecuencia de complicaciones postoperatorias febriles<sup>20,21</sup>.

**2. Segmentaria:** la incisión en el segmento inferior constituye la mejor técnica para la mayor parte de las indicaciones de las cesáreas. El peritoneo visceral del útero se corta en el sitio donde se refleja la vejiga; queda expuesto ampliamente el delgado segmento uterino inferior y puede practicarse una incisión transversal en forma arciforme con tijeras o divulsión digital. Después de la extracción del producto se realiza histerorrafia por planos.

**Kerr o Munro Kerr:** Transversa, segmentaria (en el segmento inferior del útero) en semiluna, arciforme o en boca de payaso; esta incisión es la más utilizada, evita prolongaciones de la histerorrafia hacia las arterias uterinas.

**Beck:** Longitudinal, segmentaria, se usaba en el segmento inferior, ya no se usa. Ventajas: la pérdida sanguínea es reducida, pues el segmento uterino es delgado y menos vascularizado que el cuerpo de útero. La cicatrización es mejor y el peligro de peritonitis por disrupción se aminora o desaparece. La cicatriz es mucho más firme y la rotura de la escara en un parto ulterior es menos probable. Esta técnica previene la formación de adherencias de intestino y epiplón.

Desventajas: la incisión transversal del segmento puede prolongarse lateralmente y lacerar los gruesos vasos uterinos, en cambio la extensión de la incisión vertical puede afectar a la vejiga y al cérvix. Cuando existe placenta previa o inserción baja de la misma se puede desgarrar y producir hemorragias masivas ya sea a expensas de la madre o del producto.

**3. Cesárea histerectomía o de Porro:** Se realiza una histerectomía después de una cesárea, ya sea por hipotonía uterina irreversible, acretismo placentario o por miomas uterinos<sup>23</sup>.

---

## **Indicaciones de la operación cesárea**

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

### **Causas maternas**

Distocia de partes óseas (desproporción céfalo pélvica)

Estrechez pélvica

Pelvis asimétrica o deformada

Tumores óseos de la pelvis

Distocia de partes blandas

Malformaciones congénitas

Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto

Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino.

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

Distocia de la contracción

Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)

### **Causas fetales:**

Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica

Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal

Prolapso del 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

Preeclampsia-eclampsia

Embarazo múltiple

Iso inmunización materno-fetal

### **Indicaciones Absolutas:**

Son las indicaciones en las cuales la operación cesárea es el único medio a utilizar para terminar el parto y procurar el bienestar al binomio involucrado entre estas se mencionan:

- a) Situación Transversa.
- b) Placenta Previa Oclusiva Total o Placenta Previa Sangrante.
- c) Ruptura o Inminencia de Ruptura Uterina.
- d) Prolapsos de Cordón con producto vivo.
- e) Desproporción Céfalo pélvica. (DCP clásica).
- f) Sufrimiento Fetal Agudo y/o Baja Reserva Fetal.
- g) Desprendimiento de Placenta Normalmente Inserta. (D.P.P.N.I.)
- h) Dos cesáreas anteriores o Cesárea Iterativa.
- i) Cáncer Cervicouterino.

### **Indicaciones Relativas:**

Son las indicaciones en las cuales se puede dar el nacimiento vía abdominal de forma electiva, dado a que esta para cada caso presenta menor riesgo y mayor beneficio para el binomio que otras alternativas.

- a) Maternas
- b) Fetales
- c) Materno fetales
- d) Ovulares

Otra clasificación de indicaciones de cesárea es la que se encuentra dirigida al origen del problema (más didácticas).

---

## **Maternas<sup>21</sup>:**

### **1. Patologías Locales.**

- a) Distocias Dinámicas (de contracción)
- b) Distocias de partes blandas (Tabique vaginal, banda fibrótica, cuello conglutinado)
- c) Existencia de Cicatrices Uterinas anteriores (cirugías previas) cesáreas, miomectomías grandes, correcciones de malformaciones uterinas, etc.
- d) Ruptura Uterina
- e) Herpes Genital
- f) Plastias Vaginales Previas
- g) Distocias óseas (Fractura de cadera, tipo de pelvis.)
- h) Tumores previos (condilomas, fibromas, etc. de vulva o vagina.)
- i) Cerclaje.

### **2. Patologías generales o sistémicas:**

- a) Cardiopatía Descompensada.
- b) Hipertensión Arterial Crónica Descompensada
- c) Nefropatías Crónicas
- d) Diabetes Mellitus descompensada
- e) Toxemia
- f) Cáncer de Cuello Uterino grado 0.
- g) Enfermedades Degenerativas.
- h) Tuberculosis pulmonar grave.

### **3. Inducto-conducción Fallida.**

## **Fetales<sup>21</sup>:**

### **1. Compromiso de la Vitalidad Fetal**

- a) Muerte Habitual del Feto
- b) Sufrimiento Fetal Agudo
- c) Crecimiento Intrauterino Retardado
- d) Iso-inmunización Grave
- e) Embarazos Prolongados Confirmados.

- 
- f) Malformaciones Fetales.
  - g) Enfermedad hemolítica grave.
  - h) Producto vivo en madre (post mortem).

## **2. Situaciones Viciosas**

- a) Presentación de Cara, Bregma.
- b) Situación Transversa
- c) Presentación Pélvica
- d) Presentación de Frente
- e) Variedades de Posición Viciosas que no se modifican
- f) Presentación Compuesta.
- g) Situaciones Oblicuas.

## **3. Múltiples fetos, siameses.**

## **4. Macrosomía Fetal.**

### **Materno fetales <sup>21</sup>:**

1. Trabajo de Parto Detenido
2. Desproporción Céfalo pélvica
3. Enfermedades de Transmisión Sexual (Papiloma Virus, Herpes).
4. Primigestas (asimiladas, añosas o juveniles).

### **Membranas ovulares<sup>21</sup>**

1. Placenta Previa Oclusiva parcial
2. Placenta Previa marginal Sangrante
3. Desprendimiento prematuro de Placenta Normo inserta
4. Insuficiencia Placentaria
5. Distocias funiculares (Prolapso de Cordón, Procúbito de Cordón, Procidencia, laterocidencia, brevedad y circular de cordón, Nudos de cordón (falso o verdadero.)

---

## **Morbilidad materna en la operación cesárea<sup>19</sup>**

La operación cesárea se acompaña de múltiples complicaciones, lo cual ha sido corroborado, incluso, a nivel internacional. A continuación, se señalan algunos eventos que demuestran lo anterior<sup>19</sup>:

La cesárea se asocia con una incidencia de infecciones entre el 8 y el 27 %, mientras que en el parto vaginal es de 2 a 3 %.

Los índices de transfusión debido a hemorragias en mujeres con cesárea alcanzan del 1 al 6 %.

Al realizar la cesárea se observa una frecuencia de daño a órganos vecinos del 0,4 %; daño a vasos uterinos 0,5 % y extensión de la incisión uterina a estructuras cercanas (1 al 3%)

Complicaciones pulmonares, tales como tromboembolismo (0.1 a 0.2%) y atelectasia (5%), sobre todos cuando se emplea la anestesia general.

La morbilidad materna es de 5 a 10 veces mayor en la operación cesárea y la mortalidad es 2 a 4 veces mayor en relación al parto vaginal<sup>19</sup>.

En EE.UU. la mortalidad materna asociada con cesárea fue de 40.9 x 100,000 nacimientos, mientras que la asociada a parto vaginal fue de 9.7 x 100,000.

Los reportes de Brasil muestran cifras de mortalidad materna de 100 a 200 x 100,000 en mujeres sometidas a cesáreas.

En EE. UU.

la mortalidad asociada a cesárea electiva iterada es de 17.9 x 100,000 nacimientos<sup>19</sup>.

## **Salud en el Recién Nacido**

Diversos estudios señalan, un aumento tanto de la morbilidad neonatal asociada al nacimiento por cesárea, como de las mortalidades intraparto o neonatal temprana. Las cesáreas llevadas a cabo antes del término de la gestación se

---

asocian con prematuridad iatrogénica, la cual propicia el desarrollo de cuadros respiratorios severos<sup>24</sup>.

La incisión quirúrgica también puede provocar daños al producto. Se encontró una incidencia de 1.8% de lesiones ocasionadas por el bisturí, en el total de cesáreas estudiadas. Aunque la mayoría de éstas no requirió tratamiento específico, en 25.8% se registró daño en zonas de importancia estética, como frente, pómulos o mejillas<sup>24</sup>.

La operación cesárea relacionada con la cesárea anterior se asocia con un índice de bajo peso al nacimiento del 8,4 %, mientras que en el parto vaginal es de 5 a 7 %. El síndrome de dificultad respiratoria se observa en la cesárea entre el 4 y 8%, y en los partos vaginales solo en el 1,2% (del 6 al 15% de estos síndromes se explican por nacimiento pretérmino en la cesárea electiva). Después de la cesárea por cesárea anterior se ha reportado el 16% de exámenes neurológicos alterados a los 4 meses de vida, mientras que después del parto vaginal es solo del 10%<sup>19,24</sup>.

### **Cesárea Segura para la Reducción de Riesgo Materno**<sup>19,21</sup>

Ningún proceder quirúrgico es 100 % seguro, aun haciendo todo lo que la experiencia médica ha atesorado a través de los años. La obstetricia tiene la particularidad de que al realizar la intervención está en juego la mayoría de las veces, al menos, dos vidas humanas, por lo que es de vital importancia reducir al mínimo indispensable las agresiones a este binomio.

Entre las premisas para una cesárea segura se encuentran las siguientes:

- Que se realicen solo las necesarias.
- Tener el material quirúrgico completo.
- Mejorar la técnica quirúrgica.
- Perfeccionar las técnicas anestésicas.
- Valoración adecuada de las pérdidas y garantizar la calidad y cantidad de su reposición.
- Uso adecuado de antibióticos.

- 
- El seguimiento adecuado del posoperatorio.

Así mismo es indispensable que la indicación de la operación cesárea esté sólidamente ratificada en una discusión médica del equipo y si es electiva, en la reunión del Servicio de Obstetricia.

En el aspecto metodológico se deben cumplir los requisitos siguientes:

- Discusión de todas las cesáreas por el grupo básico de trabajo.
- Discusión de todas las cesáreas electivas con el jefe de Servicio de Obstetricia.
- Revisión y presentación periódica del comité de cesárea.

Para lograr una cesárea segura, es importante tomar en cuenta los aspectos que se describen a continuación:

Tener el instrumental y material de ropas y campos completos, con la seguridad de esterilización y en buen estado, cuya responsabilidad personal es del médico jefe y de la enfermera jefa de la unidad quirúrgica<sup>19</sup>.

- Cumplir estrictamente las normas de asepsia y antisepsia.
- La jefa de la central de esterilización garantizará que todo el material esté debidamente estéril.
- El jefe del salón debe garantizar que se cumplan las medidas de asepsia y antisepsia.
- El cumplimiento de estas medidas debe ser evaluado periódicamente por el comité de infecciones y el epidemiólogo del hospital<sup>19</sup>.

### **Técnica de la cesárea**

La zona de transición entre el cuerpo uterino muscular y el cuello uterino, que al final del embarazo se hace dilatada, es una zona muy estrecha, fuera de la gestación, de al menos unos 3 mm de longitud, que se llama istmo. Este istmo al final del embarazo se convierte en *segmento inferior*, el cual en el parto se va elongando entre dos acciones contrarias: la potencia contráctil del cuerpo uterino y la resistencia a dilatarse del cuello. Con esto, el segmento inferior se va alargando, llegando a alcanzar unos 8 a 10 cm de altura al momento de la expulsión.

---

A diferencia del cuerpo muscular, este segmento inferior es conjuntivo elástico, es más delgado y tiene una mucha menor vascularización. Fue un hallazgo de Krönig, hace más de 70 años, el comprender que la incisión de la cesárea era mucho más ventajosa si se hacía en el segmento que en el cuerpo, y esto por 3 razones<sup>21,22</sup>.

Primera: porque el segmento inferior es mucho más delgado que el cuerpo.  
Segunda: porque está mucho menos vascularizado y, además, los vasos van en dirección transversal.

Tercera: porque siendo tejido conjuntivo en vez de muscular, cicatriza mucho mejor.

## **Complicaciones de la cesárea**

### **Hemorragia obstétrica**

Es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el embarazo o en el puerperio, proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos)<sup>26</sup>.

**Factores de riesgo** Conociendo que el 66% de los casos no tienen factores de riesgo identificables para hemorragia obstétrica, podemos afirmar que la hemorragia podrá ocurrir en cualquier mujer en cualquier momento. Sin embargo, en el 33% de pacientes en donde si intervienen los factores de riesgo para hemorragia periparto es importante identificarlos para clasificar desde el ingreso hospitalario o cuando se detecta a la paciente como “Mujer Con Riesgo De Sangrar”, con el objetivo que el equipo que brindara atención a la paciente esté preparado para el manejo adecuado de esta emergencia obstétrica y con ello evitar el retraso en el diagnóstico, la referencia oportuno (según nivel de resolución) y la aplicación del tratamiento adecuado<sup>26</sup>.

### **1. Factores asociados con riesgo de alteraciones de la contractilidad uterina (Atonía uterina)<sup>27</sup>:**

- Sobredistensión uterina: Polihidramnios, embarazo múltiple, macrosomía.
- Trabajo de parto precipitado o prolongado
- Corioamnionitis

- 
- Miomatosis uterina
  - Alteraciones anatómicas uterinas
  - Polisistolia (sobre estimulación con uterotónicos)
  - Gran multiparidad

## **2. Ruptura uterina:**

- Embarazo múltiple
- Presentación anormal
- Mal uso de oxitócicos
- Cicatriz uterina (cesáreas o miomectomías)

## **3. Inversión uterina:**

- Tracción violenta del cordón o no hacer contracción
- Acretismo placentario
- Cordón umbilical corto
- Sobredistensión uterina: Polihidramnios, embarazo múltiple, macrosomía.

## **4. Factores predisponentes para la retención de restos y/o trastornos adherenciales placentarios (acretismo placentario)<sup>26</sup>:**

- Alumbramiento incompleto
- Placenta previa
- Cirugías uterinas: cesárea, miomectomía, legrado uterino.
- Fibromatosis uterina
- Adherencia anormal de la placenta
- Lóbulo placentario aberrante.

Los diferentes tipos de lesiones corresponden a<sup>26,27</sup>:

- Desgarros cervico-vaginales
- Desgarros complejos
- Hematomas de la fosa isquio-rectal
- Hematomas del ligamento ancho
- Rotura segmentaria
- Roturas complejas

- 
- Desgarros perineales
  - Hematomas vulvo-perineales
  - Hematomas peri-uterinos
  - Ruptura uterina cervical

### **Muerte Materna**

Las muertes maternas son uno de los problemas de salud pública más graves del mundo y una violación a los derechos humanos de las mujeres.

Cada día mueren unas 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido en casi la mitad entre 1990 y 2013<sup>28</sup>.

### **Clasificación de las complicaciones**

Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma:

- Transoperatorias
- Intraoperatorias
- Postoperatorias

### **Transoperatoria**

Estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos:

- **Complicaciones Maternas:** o Hipotonía o atonía uterina hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, así como tromboembolismo del líquido amniótico y prolongación de la histerorrafia que pueda desgarrar o lacerar las arterias uterinas. La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que pueden ser respiratorias: hipoventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, broncoaspiración, broncoconstricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia, y cardiovasculares: hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardíaco.

- 
- **Complicaciones Fetales:** Traumatismos, broncoaspiración, depresión respiratoria.

### **Intraoperatorias**

Son las menos frecuentes, pero de mayor morbilidad.

Constituyen el 1-2% de los casos. Son más frecuentes en las cesáreas de urgencias o en las que existe cirugía previa. Ellas incluyen:

- Lesiones viscerales: generalmente vesicales. Más raras ureterales o intestinales.
- Hemorragias, por atonía uterina, lesión vascular, anomalías placentarias y extensiones de la incisión uterina<sup>28</sup>.
- Embolismo de líquido amniótico: Asociado a Polihidramnios, descompresiones bruscas, DPPNI, con membranas intactas<sup>28</sup>.

### **Postoperatorias**

#### **Complicaciones Maternas:**

**Inmediatas:** hipotonía uterina, hemorragias, hematomas, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleon paralítico.

**Mediata:** Son más frecuentes, tales como:

Endometritis: 40% en frecuencia. Riesgo aumentado en bolsas rotas, trabajo de parto prolongado, mala técnica quirúrgica y manipulaciones intrauterinas. La profilaxis antibiótica disminuye su incidencia y las complicaciones (abscesos, tromboflebitis pélvica y shock pélvico).

Infección urinaria: 2 al 15%. Se relaciona al sondaje vesical.

Infección de la pared abdominal: Especialmente en pacientes obesas se evita esta complicación cuidando la asepsia, la hemostasia correcta y la profilaxis antibiótica.

Tromboflebitis: se evita favoreciendo la movilización precoz. En pacientes con várices es conveniente utilizar vendajes compresivos las primeras horas. En todas las pacientes con factores de riesgo utilizar heparina profiláctica.

---

Obstrucción intestinal por bridas.

Dehiscencia de la cicatriz: Se evita realizando una correcta hemostasia y no dejando espacios muertos.

Íleo: se disminuye manipulando lo menos posible las vísceras intestinales y realizando una correcta limpieza de la cavidad abdominal antes de cerrar<sup>29</sup>.

**Tardías:**

Adherencias abdominales.

Embarazos subsecuentes

Obstrucción intestinal secundaria.

Endometriosis de la incisión uterina.

Placenta previa o accreta en gestaciones posteriores.

Cesárea en gestaciones posteriores.

Rotura uterina en partos posteriores<sup>29</sup>.

**Complicaciones Neonatales:**

Taquipnea transitoria del recién nacido y síndrome de adaptación pulmonar. Se presentan a continuación las complicaciones relacionadas con esta cirugía, en principio asociadas al riesgo operatorio propio de la misma, y seguidamente precisando el momento de ocurrencia de las mismas<sup>29</sup>.

**Complicaciones propias a todo acto operatorio<sup>28</sup>**

Accidentes Anestésicos

Dolor.

Sangrado.

Íleo

Recuperación anestésica.

---

Encamamiento

Limitación a la deambulación.

Ayuno

Stress

Infecciones.

Lesiones de otras vísceras

---

## VII. Material y métodos

### Tipo de Estudio

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal Retrospectivo.

### Área de estudio

El estudio fue realizado en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello de la ciudad de León.

### Período de estudio

Enero a diciembre del 2022.

### Universo

Está conformado por las pacientes gestantes que fueron sometidas a cesárea por primera vez, atendidas en el HEODRA en el período de estudio.

**Muestra:**  $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^{2-1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p))]$

N: 726 e: 5% p: 50% q: 50% Z: 95%

n: 252

### Criterios de inclusión:

- Gestante con Feto mayor de 28 semanas con indicación de cesárea por primera vez, ya sea programada o de urgencia.

### Criterios de Exclusión

- Gestantes con cesárea anterior.
- Expediente incompleto para el cumplimiento de objetivos.

### Fuente de información:

Secundaria porque se recolectaron datos del expediente clínico de la paciente.

### Proceso de recolección de datos:

Por medio de una ficha se recolectaron datos del expediente clínico. Así mismo, se revisaron la hoja de hallazgos y observaciones quirúrgicos. El instrumento de recolección de datos está conformado según el orden de los objetivos. Primero, recolectó los datos sociodemográficos de las gestantes, luego las indicaciones

---

de la cesárea, luego las complicaciones y factores que se asocian a dichas complicaciones.

### **Análisis de datos**

En una base de datos realizada en SPSS Versión 27, se descargaron las fichas de recolección, y luego se analizaron las variables numéricas cuantitativas y las variables cualitativas. Se recodificaron variables como la edad en grupos etarios. Se realizó la distribución de frecuencias y porcentajes de las variables de los objetivos específicos.

### **Ética**

Se solicitó la autorización del estudio al jefe de departamento y a la directora del hospital, con el compromiso de respetar el nombre del paciente, y el estudio no pone en riesgo la vida de las participantes, ya que es de carácter observacional. Las cesáreas fueron realizadas por el especialista en gineco-obstétricas avalado y por el residente de mayor rango de la especialidad, dichas cesáreas son realizadas por criterios médicos propios de la paciente, no son impuestas por el investigador. Este estudio no tiene conflictos de interés, y es realizado para fines académicos como requisito para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia.

### Operacionalización de las variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valor
<b>1.- Principales características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las gestantes.</b>			
<b>Grupo de edad</b>	Edad de la mujer en años cumplidos al momento de su ingreso.	Cualitativa ordinal	Menor de 19 años 19 – 35 Mayor de 35 años
<b>Procedencia</b>	Lugar de donde proviene la gestante, ya sea en zona urbana o del área rural.	Cualitativa nominal	Urbano Rural
<b>Nivel de escolaridad</b>	Es la categoría de escolarización según el número de años aprobados en el sistema escolar.	Cualitativa ordinal	Analfabeta. Primaria Secundaria Técnico Universitario.
<b>Edad gestacional</b>	Cantidad de semanas de gestación contabilizadas desde la última fecha de la menstruación hasta el momento de la cesárea.	Cualitativa nominal	< 37 semanas 37 - 41 ≥ 42
<b>Gestas previas</b>	Embarazos previos al embarazo en el momento del presente estudio.	Cualitativa ordinal	Ninguna 1 a 3 4 a más
<b>Aborto</b>	Antecedentes de terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o producto menor de 500 g.	Cualitativa nominal	0 1 2
<b>Obesidad</b>	Pacientes con IMC igual o superior a 30	Cualitativa Nominal	Si No
<b>Atenciones prenatales</b>	Citas médicas para seguimiento del embarazo donde en cada una se realizan intervenciones para mejorar y preparar a la gestante durante el parto y el puerperio.	Cualitativa nominal	Ninguno Menor de 4 Mayor o igual a 4
<b>Comorbilidad y condiciones del embarazo actual</b>	Padecimientos presentes previos a la cesárea.	Cualitativa nominal	Diabetes Mellitus. Hipertensión arterial Asma Bronquial.

			<p>Preeclampsia/Eclampsia  Infección materna  Anemia  Polihidramnios  RPM  Embarazo gemelar  Presentación fetal distócica  Otras</p>
<b>Trabajo de parto</b>	<p>Clasificación del parto según su comienzo, el cual puede ser natural sin intervención quirúrgica para su expulsión o es provocado con medicación para crear contracciones que conlleve a la expulsión del producto.</p>	Cualitativa nominal	<p>Si  No</p>
<b>2.- Indicaciones de la cesárea en las pacientes.</b>			
<b>Indicación de cesárea</b>	<p>Es el diagnóstico que justifica la realización de la cesárea.</p> <p>Causas maternas, fetales y ovulares</p>	Cualitativa nominal	<p>Maternas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distocia de partes blandas</li> <li>• Trabajo de parto detenido</li> <li>• Condilomatosis</li> <li>• DCP</li> <li>• Eclampsia</li> <li>• Rotura uterina</li> <li>• Inducción/conducción fallida</li> </ul> <p>Fetales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feto pélvico/transverso</li> <li>• RPBF</li> <li>• Prolapso de cordón</li> <li>• Distocia de la presentación</li> <li>• Macrosomía fetal</li> </ul> <p>Ovulares:</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placenta previa/acretismo</li> <li>• Oligoamnios severo</li> <li>• DPPNI</li> </ul>
<b>3.- Hallazgos transquirúrgicos y complicaciones maternas.</b>			
<b>Hallazgos transquirúrgicos</b>	Son situaciones que suceden en el momento de la cirugía que acomplejan la evolución de la cesárea y ponen en riesgo la vida de la paciente.	Cualitativa nominal	Líquido amniótico meconial Malformaciones fetales Malformaciones uterinas Circular de cordón
<b>Complicaciones maternas</b>	Son situaciones que suceden posterior a la cirugía que acomplejan la evolución de la cesárea y ponen en riesgo la vida de la paciente.	Cualitativa nominal	Complicaciones anestésicas HPP Choque hemorrágico Traslado a UCI Transfusión de hemoderivados Histerectomía obstétrica Infección puerperal Choque séptico Muerte materna
<b>Estancia hospitalaria</b>	Es el número de días que la paciente está ingresada en la unidad	Cuantitativa	Menor de 24 horas 24 a 48 horas Más de 48 horas
<b>Egreso</b>	Es el estado de la paciente a la salida de la unidad hospitalaria.	Cualitativa nominal	Alta Fallecida Traslado Abandono

## VIII. Resultados

**Tabla-1. Características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las gestantes (n:252)**

<b>Sociodemográficas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>		
• Menor de 15	7	2.8
• 16 a 19	68	27.0%
• 20 a 34 años	110	43.7%
• 35 a más	67	26.5%
<b>Procedencia</b>		
• Urbana	150	59.5%
• Rural	102	40.5%
<b>APN</b>		
• Ninguno	4	1.6
• De 1 a 3	68	27.0
• De 4 a más	180	71.4%
<b>Escolaridad</b>		
• Ninguna	4	1.6%
• Primaria	33	13.1%
• Secundaria	132	52.4%
• Universidad	83	32.9%
<b>Obstétricas</b>		
<b>Edad gestacional</b>		
• Menor de 34	7	2.8%
• 34 a 36.6 S/G	74	29.4%
• 37 a 40.6 S/G	165	65.5%
• 41 a más	6	2.4%
<b>Gestas previas</b>		
Ninguna	118	46.8%
1 a 3	78	30.9%
4 a más	56	22.2%
<b>Trabajo de parto</b>		
	49	19.4%

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin trabajo de parto</li> <li>• Pródromo de trabajo de parto</li> <li>• Inicio de trabajo de parto</li> </ul>	98	38.9%
	22	8.8%
	83	32.9%
<b>Enfermedades Previas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Diabetes pregestacional	6	2.4%
HTA crónica	9	3.6%
Anemia	21	8.3%
Enfermedad renal crónica	0	0 %
Lupus eritematoso sistémico	2	0.8%
Síndromes antifosfolípidos	3	1.2%
Obesidad	71	28.2%
Otras	4	1.6%
Ninguna	136	53.9%
<b>Patologías propias de la gestación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Hipertensión gestacional	29	11.5%
Preeclampsia	21	8.3%
Preeclampsia severa	9	3.6%
Eclampsia	1	0.4%
Hipertensión arterial con preeclampsia sobreagregada	5	2.0%
Diabetes gestacional	26	10.3%
Rotura prematura de membranas	13	5.2%

Pielonefritis	1	0.4%
Bacteriuria asintomática	5	2.0%
Corioamnionitis	4	1.6%
Amenaza de parto pretérmino	11	4.4%
Otras	5	2.0%
Ninguna	122	48.4%
Uso de misoprostol en la inducción del parto	84	33.3%
Número de dosis		
< 3	48	19.0%
3 a 6	36	14.3%
NA	168	66.7%
Uso de oxitocina para la conducción del parto	72	28.6%

En este estudio que incluye una muestra de 252 gestantes representativas de la población, en la mayoría se encontró el grupo etario de 20 a 34 años 43.7% (110), procedencia urbana 59.5% (150), en las atenciones prenatales el 71% (180), tenían más de 4 controles, en escolaridad, la secundaria prevaleció con 52.4% (132). En las características obstétricas, la edad gestacional de 37 a más semanas de gestación 67.9% (171), el 46.8%(188) no tenían gestas previas, sin trabajo de parto 41.7% (105), se evidenciaron con mayor frecuencia, se usó misoprostol en la inducción del parto en el 33.3% (84) de las gestantes, de las cuales, la mayoría 57.1% (48) recibió menos de 3 dosis. En el 28.6% (72) se utilizó la oxitocina para la conducción del parto. Dentro de las enfermedades previas, se observó la obesidad 28.2% (71), HTA crónica 6.7% (17) con más frecuencia, mientras que en las patologías propias la Hipertensión gestacional 7.1% (18), Rotura prematura de membranas 5.2% (13), amenaza de parto pretérmino 4.4% (11), preeclampsia 4.4% (11) y la preeclampsia severa 3.6% (9) se encontraron en mayor proporción.

**Tabla-2. Indicaciones de la cesárea en las pacientes.**

	<b>Indicaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Maternas</b>	Distocia de partes blandas	13	5.25
	Trabajo de parto detenido	28	11.1%
	Condilomatosis	3	1.2%
	Desproporción cefalopélvica	52	20.6%
	Eclampsia	1	0.4%
	Rotura uterina	0	0 %
	Inducción/Conducción fallida	12	4.7%
<b>Fetales</b>	Riesgo de pérdida de bienestar fetal	87	34.5%
	Feto pélvico/transverso	15	6%
	Prolapso de cordón	0	0 %
	Distocia de la presentación	21	8.3%
	Macrosomía fetal	8	3.1%
<b>Ovulares</b>	Placenta previa/acretismo	4	1.6%
	DPPNI	0	0 %
	Oligoamnios severo	8	3.1%

Con respecto a las indicaciones de cesáreas según causas maternas la desproporción cefalopélvica 20.6% (52), el trabajo de parto detenido 11.1% (28) y la distocia de partes blandas 5.2% (13) se evidenciaron con más frecuencia, mientras que en las causas fetales fue el riesgo de pérdida de bienestar fetal en

un 34.5% (87) y la distocia de la presentación en el 8.3% (21). El Oligoamnios severo con 1.6% (4), fue la principal en las causas ovulares.

**Tabla-. Hallazgos transquirúrgicos**

Hallazgos	Frecuencia	Porcentaje
Líquido amniótico		
• Claro	190	75.4%
• Meconio	62	24.6%
Malformaciones uterinas		
• Si	1	0.4%
• No	251	99.6%
Malformaciones fetales		
• Si	4	1.6%
• No	251	98.4%
Circular de cordón		
• Si	47	18.6%
• No	203	81.4%

En los hallazgos transquirúrgicos se obtuvo lo siguiente: líquido amniótico claro 75.4% (190), malformaciones uterinas 0.4% (1), malformaciones fetales 1.6% (4), circular de cordón 18.6% (47)

**Tabla- 7. Complicaciones maternas en las gestantes.**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Complicaciones anestésicas		
• Cefalea post punción	3	1.2%
• Hematoma meníngeo	0	0 %
• Ninguna	249	98.8%
Lesión a otros órganos	0	0 %
Hemorragia post parto	8	3.8%
Causa:		
Tono	8	100%
Tejido		
Trauma		
Trombina		
Choque hemorrágico	5	2%
• Si	1	20%
Clase I	0	0 %
Clase II	2	40%
Clase III	2	40%
Clase IV		
Traslado a UCI	6	2.4%
Estancia en UCI		
24 horas	1	16.7%
24 a 48 horas	4	66.6
Mayor de 48 horas	1	16.7
Transfusión de hemocomponentes	5	2.0%
Paquetes globulares	5	100%
Sutura Hemostática	4	1.6%
Histerectomía obstétrica	0	0 %

Infección puerperal	3	1.2%
Infección del sitio quirúrgico	4	1.6%
Choque séptico	0	0 %
<b>Muerte materna</b>	0	0 %
Estancia intrahospitalaria		
Menor de 24 horas	8	3.1%
24 48 horas	197	78.1%
Mas de 48 horas	47	18.6%

Mientras que en las complicaciones maternas se obtuvieron los siguientes datos: Cefalea post punción 1.2% (3) en las anestésicas, hemorragia post parto 3.8% (8), de las cuales la causa fue tono (8),choque hemorrágico 2% (5), el 2.4% (6) fueron de traslado a UCI, transfusión de hemo componentes 2.% (5), sutura hemostática 1.6% (4), infección puerperal 1.2% (3), infección del sitio quirúrgico 1.6% (4), no se presentaron casos de histerectomía total abdominal, choque séptico y muerte materna, la estancia hospitalaria en la mayoría fue de 24 a 48 horas 78.1% (197).

---

## IX. Discusión

El presente estudio describe las complicaciones asociadas a la cesárea primitiva en gestantes atendidas en el HEODRA, los resultados obtenidos muestran la frecuencia de cada variable.

En lo que respecta a las características sociodemográficas, la edad predominante fue de 20 a 34 años tal a como el estudio de Pineda (2019), se observa que un gran predominio de pacientes se encontraba en edades de riesgo menor de 19 y mayor de 35 años a más, la edad materna es considerada por muchos autores como un factor de riesgo para la aparición de resultados obstétricos y neonatales desfavorables y al incremento de la operación cesárea; predominó la procedencia urbana, escolaridad secundaria y a un número de 4 a más Atenciones prenatales.

La edad gestacional que predominó en la finalización de la gestación fue de 37 a 40 6/7 sg, hubo un 29.4% de nacimientos prematuros entre las 34 y 36 6/7 sg, lo que concuerda con el estudio de Sinca (2017) en Guatemala donde el 64% se encontraba entre las 37 y 40 semanas de gestación, la mayoría de las pacientes eran primigestas. Más de dos terceras partes de la población de estudio se encontraba en alguna etapa del trabajo de parto (pródromo de trabajo de parto, inicio de trabajo de parto y trabajo de parto) en las que 33.3% se realizó inducción del trabajo de parto y 26.6% conducción con uterotónicos, lo cual pone de manifiesto que el uso de misoprostol y oxitocina está asociado a complicaciones que conllevan a cesárea de urgencia por su mecanismo de acción propiamente dicho o por el uso indiscriminado de los mismos.

En cuanto a las patologías previas de las gestación, se encontró Obesidad y anemia predominantemente, es sabido que la probabilidad de cesárea aumenta con el peso materno, el riesgo de cesárea en la paciente con sobrepeso y obesidad es superior a la paciente con Normopeso; mujeres con anemia previa a la cesárea tienen más riesgo de complicaciones asociadas a la misma como Hemorragia postparto, infecciones del sitio quirúrgico, entre otras. Se encontró un predominio de embarazadas con Diabetes en patologías propias de la gestación e Hipertensión gestacional y Preeclampsia, alguna de las cuales por

---

deterioro de las mismas fueron consideradas como criterios para realizar cesárea de urgencia.

En cuanto a las indicaciones de cesárea primitiva de causa materna, se encontró DCP, trabajo de parto detenido y distocia de partes blandas, lo que concuerda con el estudio de Pineda (2019) en el HEODRA, donde también predominó el trabajo de parto detenido y la DCP como causas maternas de cesárea. Así mismo, concuerda con Contreras y Matus (2017), en que la DCP fue la principal causa materna de cesárea primitiva. Entre las causas fetales predominó el Riesgo de pérdida de bienestar fetal y distocia de la presentación, que también concuerda con el estudio de Pineda (2019). En las causas ovulares se encontró Oligoamnios Severo como principal causa. Cabe señalar que han cambiado las indicaciones de cesáreas, lo cual ha reducido la indicación de las mismas de manera innecesaria en la actualidad.

Como hallazgos transquirúrgicos se encontró líquido amniótico meconial en el 24.6% de los casos, lo cual conduce a complicaciones fetales, además circular de cordón en 18.6%, los cuales fueron evidenciados en pacientes en las que la causa de cesárea fue Riesgo de pérdida del bienestar fetal.

En cuanto a las complicaciones maternas predominó la Hemorragia posparto y complicaciones asociadas a la misma, principalmente por atonía uterina, lo cual concuerda con el estudio de Sincal (2017) donde se evidenció Hemorragia posparto por atonía uterina en un 37% de los casos. Secundario a ésta, se encontró como complicación choque hemorrágico, en los cuales se realizó transfusión de hemoderivados y fueron manejadas en Unidad de cuidados intensivos. No se encontró como complicaciones histerectomía obstétrica, muertes maternas ni muertes fetales en el presente estudio, pero si, infecciones puerperales en menor proporción.

---

## **X. Conclusiones**

Las características sociodemográficas que predominaron fueron edad materna entre 20 y 34 años, procedencia urbana, escolaridad secundaria y con 4 o más atenciones prenatales.

En relación con la edad de finalización de la gestación fue de 37 a 40 6/7sg, más de la mitad en alguna etapa del trabajo de parto, de las cuales hubo un grupo sometido a inducción y a conducción del trabajo de parto. Se encontró obesidad, anemia como patologías previas y diabetes gestacional, Hipertensión gestacional y Preeclampsia como patologías propias de la gestación.

Las indicaciones maternas de cesárea fueron DCP y trabajo de parto detenido, como causas fetales Riesgo de pérdida del bienestar fetal y como causas ovulares, Oligoamnios severo.

Con respecto a las complicaciones más frecuentes relacionadas a la cesárea primitiva fue Hemorragia postparto por atonía uterina, choque hemorrágico secundario a esta infección puerperal en menor proporción, no se encontraron muertes maternas ni fetales.

---

## **XI. Recomendaciones**

### **A nivel del SILAIS**

- Garantizar en cumplimiento de las normativas que permita reconocer los riesgos durante la gestación y los beneficios del parto humanizado.
- Asegurar en las unidades de salud los equipos necesarios para la detección oportuna de complicaciones maternas y fetales.
- Darle estricto cumplimiento al comité de cesárea ya formado por personal de SILAIS y unidades hospitalarias, con el objetivo de identificar las cesáreas innecesarias y proponer mejoras en la atención y manejo de toda paciente embarazada.

### **A nivel de Hospital**

- Garantizar la vigilancia a través de análisis exhaustivos sobre las indicaciones de cesárea realizadas en el hospital, que permita garantizar el fiel cumplimiento de las indicaciones orientadas en la Normativa actual.
- Sustentar junto al equipo médico del servicio de Neonatología la identificación de los posibles efectos en los recién nacidos según las indicaciones de cesárea y elabore informe semanalmente, donde refiera la cantidad de caso y los efectos de las indicaciones.
- Realizar más estudios de esta índole a nivel local y otros centros hospitalarios del país para aumentar el nivel de evidencia en nuestro contexto.

---

## **XII. Referencias bibliográficas**

- 1.- Dawood A. Remote Complications of Cesarean Delivery. First Published September 25, 2017
2. Salinas P. H, Naranjo D. B, Pastén M. J, Retamales M. B. beneficios asociados a esta intervención. Rev Hosp Clin Univ Chile [Internet]. 2007;18(168):11.
3. Hofmeyr G, Mathai M, Shah A, Novikova N. Técnicas para la cesárea. Revisión Cochrane, traducida. 2008;
4. Anaya Prado R, Madrigal Flores S, Reveles Vázquez JA, Ramírez Barba EJ, Frías Terrones G, Godínez Rubí JM. Morbilidad materna asociada a operación cesárea. Cirugía y Cir Acad Mex Cirugía [Internet]. 2008;76:467–72. Available from: 1. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/662/66276604.pdf>
- 5.-INIDE. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011/12.
- 6.- Hanadi B, Sameerah I, Lujain A, Najla A, Shahad A, Reema A, Yara A, Fotoon A Indications and Complications of Cesarean Delivery: A Retrospective Review at King Abdullah bin Abdul-Aziz University Hospital. Obstet Gynecol Res 2020; 3 (1): 010-016
- 7.- Mohammad R, Marzieh S, Malihe A, Faezeh K, Koroush S, Reza Vafae. Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and metaanalysis. Int J Reprod BioMed Vol. 16. No. 4. pp: 221-234 April 2018.
- 8.- Mascarello K, Lessa B, Freitas M. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. Rev Saude Publica. 2017;51:105
- 9.- Sincal Y. incidencia de complicaciones quirúrgicas maternas transoperatorias”. Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia para obtener el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia. (Tesis para optar especialidad en Ginecología y Obstetricia). 2017

---

10.- Bustos D. Factores asociados a complicaciones en pacientes postcesareadas del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima 2014.

11.- Media J, De la Cruz J. Factores asociados a la Indicación De Cesárea En El Hospital Nacional Dos De Mayo De Enero A Diciembre Del 2015". Lima – Perú. 2016

12.- Puma J, Diaz J, Caparo C. Maternal complications of cesarean sections performed in the expulsive period of labor in a general hospital in Lima, Peru. *Rev Med Hered. 2015; 26:17-23.*

13.- Millán M, Mendoza A. Factores relacionados con la cesárea primitiva. Hospital General Universitario "Carlos Manuel de Céspedes." Bayamo. Granma, Cuba. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.*2010; 36(3)360-367 <http://scielo.sld.cu360>

14.- Pineda E. Indicaciones de cesárea Primitiva, resultados maternos y perinatales de pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del Departamento de Ginecología y obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, octubre 2017 a abril 2019. (Tesis para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia.) UNAN León, 2019

15.- Contreras C, Matus A. Incidencia de cesárea en primigestas ingresadas en el servicio de Labor y Parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido del 01 de enero al 30 de junio del 2007. (Tesis para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia.) UNAN León, 2008

16.- Siles O. Indicaciones y complicaciones inmediatas de cesáreas realizadas a pacientes que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el período de febrero a julio del año 2016. (Tesis para optar al título de especialista en ginecología y obstetricia.) UNAN León, 2016.

- 
- 17.- Condega M, Muñoz H. Comportamiento de Cesáreas Primitivas en Embarazadas Atendidas en el Servicio de Obstetricia. Hospital Amistad Japón – Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2014.
- 18.- Castrillo M. “Cesáreas: ¿Una Epidemia Justificada O Ignorada?” Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León. Facultad De Ciencias Médicas. Centro De Investigación en Demografía Y Salud CIDS UNAN – León, 2013.
- 19.- Vázquez Cabrera J. Cesaréa, análisis crítico y recomendaciones para disminuir la morbilidad. María Emil. Lic. María Emilia Remedios Hernández, editor. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. 71 p
- 20.- Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE. Obstetricia y Ginecología de Danforth. 10° edició. Ronald S. Gibbs, Beth Y. Karlan, editors. Barcelona; 2011. 1152 p.
- 21.- Schwarcz, Sala, Diverges, / Ricardo L. Schuarz Obstetricia...[ et al] 6ta ed. 4 ta reimpresión, Buenos Aires: El Ateneo, 2014, Arpestra 601, 2014.
- 22.- Pritchard, Jack. MacDonald, Paul Gant, Norman. Williams, Obstetricia, 23ra edición. México, Salvat, 2016.
- 23.- Scout y Col. Tratado de ginecología y obstetricia Danforth, Interamericana McGraw Hill, 9na edición, México D.F. 2017.
- 24.- Cárdenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. Gac Med Mex. 2002;138(4):11
- 25.- Botella Llusia J, Clavero Núñez JA. Tratado de Ginecología. 14th ed. Diaz de Santos S., editor. Madrid; 1993. 1058 p.
- 26.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa de Salud Reproductiva. Manual de “Código Rojo” para el manejo de la hemorragia obstétrica. Guatemala; 2013. p. 41.
- 27.- Manrique Fuentes MG. Complicaciones de la Cesárea. Granada, España; 2009

---

28.- Organización Mundial de la salud. Centro de prensa Mortalidad Materna. OMS [Internet]. 2020 May;2-5. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

29.- Dr. Vergara Sagbini G. Cesárea [Internet]. Empresa Social del Estado (ESE) Clínica de Maternidad. Cartagena - Colombia; 2009. Available from: [www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST](http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST).

# **ANEXOS**

---

## Instrumento de recolección de datos

“Prevalencia de las complicaciones y hallazgos transquirúrgicos de la cesárea primitiva en gestantes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, enero a diciembre 2022”.

FICHA \_\_\_\_\_

### Características sociodemográficas y ginecobstétricas de las gestantes.

#### Grupo de edad

Menor de 19 años \_\_\_\_\_

19 – 35 \_\_\_\_\_

Mayor de 35 años \_\_\_\_\_

#### Procedencia

Urbano \_\_\_\_\_

Rural \_\_\_\_\_

#### Nivel de escolaridad

Analfabeta. \_\_\_\_\_

Primaria \_\_\_\_\_

Secundaria \_\_\_\_\_

Técnico \_\_\_\_\_

Universitario. \_\_\_\_\_

#### Controles prenatales

Ninguno \_\_\_\_\_

Menor de 4 \_\_\_\_\_

Mayor o igual a 4 \_\_\_\_\_

#### Estado nutricional

Bajo peso \_\_\_\_\_

Normal \_\_\_\_\_

Sobrepeso \_\_\_\_\_

Obesidad \_\_\_\_\_

#### Edad gestacional

< 37 semanas \_\_\_\_\_

37 - 41 \_\_\_\_\_

≥ 42 \_\_\_\_\_

#### Gestas

Ninguna \_\_\_\_\_

1 – 3 \_\_\_\_\_

3 a más \_\_\_\_\_

#### Aborto

0 \_\_\_\_\_

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

#### Trabajo de parto

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

#### Comorbilidad y condiciones del embarazo actual

Diabetes Mellitus \_\_\_\_\_

Hipertensión arterial \_\_\_\_\_

Asma Bronquial. \_\_\_\_\_

Preeclampsia/Eclampsia \_\_\_\_\_

Infección materna \_\_\_\_\_

Anemia \_\_\_\_\_

Polihidramnios \_\_\_\_\_

RPM \_\_\_\_\_

Embarazo gemelar \_\_\_\_\_

Presentación fetal distócica \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

## Indicaciones de cesárea en las pacientes.

### Maternas:

- Distocia de partes blandas \_\_\_\_
- Trabajo de parto detenido \_\_\_\_
- Condilomatosis \_\_\_\_
- DCP \_\_\_\_
- Eclampsia \_\_\_\_
- Rotura uterina \_\_\_\_
- Inducción/conducción fallida \_\_\_\_

### Ovulares:

- Placenta previa/acretismo \_\_\_\_
- Oligoamnios severo \_\_\_\_
- DPPNI \_\_\_\_

### Fetales:

- Feto pélvico/transverso \_\_\_\_
- RPBF \_\_\_\_
- Prolapso de cordón \_\_\_\_
- Distocia de la presentación \_\_\_\_
- Macrosomía fetal \_\_\_\_

## Hallazgos transquirúrgicos y Complicaciones maternas

### Hallazgos trasquirúrgicos

- Líquido amniótico meconial \_\_\_\_
- Malformaciones fetales \_\_\_\_
- Malformaciones uterinas \_\_\_\_
- Circular de cordón \_\_\_\_

### Complicaciones maternas

- Complicaciones anestésicas \_\_\_\_
- HPP \_\_\_\_
- Choque hemorrágico \_\_\_\_
- Traslado a UCI \_\_\_\_
- Transfusión de hemoderivados \_\_\_\_
- Histerectomía obstétrica \_\_\_\_
- Infección puerperal \_\_\_\_
- Choque séptico \_\_\_\_
- Muerte materna \_\_\_\_

## Estancia hospitalaria y egreso en las pacientes.

### Estancia hospitalaria

- Menor de 24 horas \_\_\_\_
- 24 a 48 horas \_\_\_\_
- Más de 48 horas \_\_\_\_

### Egreso

- Alta \_\_\_\_
- Fallecida \_\_\_\_
- Traslado \_\_\_\_
- Abandono \_\_\_\_

