

Universidad de Ciencias Médicas de Holguín
Policlínico Universitario.
“Cesar Fornet Frutos”

XXVII FORUM NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS

Título: Comportamiento de las cesáreas primitivas en el Hospital Materno Infantil. Banes, noviembre 2014 - enero 2015.

Autor: Mario Luis Ávila Bauta.

Estudiante de tercer año de Medicina. Alumno ayudante en Ginecología y Obstetricia.

Tutor: Rita María Desdín Rodríguez.

Profesora Asistente

Especialista de 1er grado en Ginecología y Obstetricia

MSc en Atención Integral a la Mujer.

Asesor: Grethel Rodríguez González.

Profesora Asistente

Especialista en 1er grado en Bioestadística y Estomatología General Integral

MSc en Salud Bucal Comunitaria.

2015.

RESUMEN

Se realizó, un estudio observacional descriptivo de corte transversal de las cesáreas primitivas realizadas en el Hospital Materno Infantil de Banes, en el período de Noviembre del 2014 a Enero del 2015, con el fin de caracterizar el comportamiento de las mismas, para disminuir este indicador, que reporta un elevado índice en nuestro municipio.

Se estudiaron variables tales como, causas de cesáreas primitivas, estado de la segunda opinión, factores de riesgo prenatales y del peri parto, así como, la clasificación preoperatoria, la terapéutica antimicrobiana utilizada, y complicaciones reportadas. Se encontró que existe un alto índice del proceder, causado por el estado fetal intranquilizante (64.7 %), la mayoría de las cesáreas contaba con la segunda opinión obstétrica (63.2 %), la cefazolina fue el antibiótico más utilizado (66.1 %), los factores de riesgo prenatales, que mayormente encontramos, fueron los trastornos hipertensivos gravídicos (47.0 %), y en el peri parto, el estado fetal intranquilizante (48.5 %) , no se reportó alta incidencia de complicaciones, solo el (10.3 %) y la mayoría de las cesáreas fueron clasificadas como limpias - contaminadas (51.4 %).

Estos resultados se mostraron en cuadros simples, que nos permitieron llegar a conclusiones y recomendaciones, que facilitaron el estudio y permitirán disminuir la morbimortalidad por este proceder, como parte de nuestro empeño para disminuir el indicador de la Cesárea primitiva.

Palabras Claves: Cesáreas Primitivas, Factores de riesgo.

Introducción:

La distocia, es un parto dificultoso debido a anomalías en el feto, en la madre o ambos, entonces la extracción debe realizarse mediante la cesárea, que es una intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye una de las operaciones más antiguas de la humanidad y una de las más practicadas en la actualidad. ⁽¹⁾

La cesárea puede ser primitiva, iterada y electiva o programada cuando respectivamente se realiza por primera vez, por segunda o más veces y cuando se realiza antes del inicio del trabajo de parto por existir condiciones de la madre o el niño que exigen la terminación del embarazo y está contraindicada la vía transpélvica. ⁽¹⁾

La cesárea es la más antigua y moderna de las operaciones, y ha llegado a un grado de perfeccionamiento que ha motivado una confiabilidad excesiva y un uso irracional. ⁽²⁾

Esta representa mayores riesgos para la salud de la madre y el niño y mayores costos al Sistema Nacional de Salud en relación con el parto normal. ^(3,4).

MORBILIDAD MATERNA EN LA OPERACIÓN CESÁREA:

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:

- 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 todo 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 con el parto vaginal.
- 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. En Georgia fue de 59,3 x 100 000 en la cesárea y de 9,7 x 100 000 en el parto vaginal.
- 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. ⁽⁵⁾

MORBILIDAD NEONATAL:

El recién nacido no está exento de complicaciones asociadas al parto quirúrgico. Entre otros eventos demostrados, citaremos los más frecuentes:

- 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 %.
- Hallazgos similares sobre la cesárea en la génesis de prematuridad iatrogénica, mayor incidencia de infecciones, retardo en la recuperación materna luego del parto y deterioro en la relación madre-hijo.⁽⁶⁾

POSIBLES CAUSAS DE CESÁREA:

Entre las posibles causas del incremento de la operación cesárea se señalan las siguientes:

- Nuevos criterios de riesgo que clasifican un número mayor de mujeres embarazadas en los grupos de alto riesgo.
- Influencia de nuevas tecnologías que conducen a nuevos diagnósticos (disminución del índice de líquido amniótico, perfil biofísico, doppler).
- Aspectos económicos.
- Creciente demanda de estas operaciones.
- Aumento en las demandas legales por negligencia médica.
- Presiones administrativas.
- Miedo de los obstetras para enfrentar las consecuencias de un resultado no deseado.
- Mayor flexibilidad en quienes deciden las políticas de salud.
- Aumento en la indicación de cesáreas como consecuencia del incremento progresivo de la cesárea anterior.
- Nuevas indicaciones para el parto electivo (inducción).
- Cambios en las percepciones de médicos y usuarios/as en relación con la cesárea, donde esta es vista como un procedimiento “normal” y seguro desde los puntos de vista técnico y anestésico.⁽⁷⁾

ACTITUD MÉDICA:

La actitud médica hacia la cesárea ha mostrado ser, quizás, el factor más importante que explica las diferencias en la incidencia de esta operación entre los distintos médicos que asisten poblaciones similares. Una de las justificaciones que esgrimen los médicos para argumentar estas distintas conductas, es el temor a ser demandados por mala práctica. ⁽⁸⁾

ACTITUD DE LAS PACIENTES Y LOS FAMILIARES:

Lógicamente, no es posible “culpar” solo al personal de salud por el incontrolado e injustificado aumento de la operación cesárea en todo el mundo. Diferentes razones han llevado a que una parte importante de la población (pacientes y familiares) prefiera actualmente la cesárea como forma del parto. Este tema tiene una importancia fundamental en los países desarrollados y en los sistemas privados de atención, donde la paciente tiene la posibilidad de decidir la vía del parto. En una revisión de la bibliografía se encontró lo siguiente ^(5,-8)

Razones maternas para no preferir la cesárea primitiva:

- Más dolor.
- Recuperación menos rápida.
- Es menos natural.
- La mujer no puede volver antes a sus tareas y actividades.
- Es menos rápida.
- Tiene mayor riesgo.
- Es más desfavorable tanto para el bebé como para el vínculo madre-hijo.
- La mujer no siente la “maravilla del nacimiento”.
- No es posible tener más partos vaginales.

El aumento del indicador de cesárea constituye un problema a escala mundial, con elevado incremento de la morbilidad y mortalidad maternas.

La evolución de la cesárea mostró un aumento sostenido y constituye un motivo de preocupación que exige el análisis y la toma de decisiones que permitan un control, basado en el estudio científico en cada institución, de manera que se aseguren, además, indicadores adecuados tanto de morbilidad y mortalidad materna como perinatal⁽⁸⁾

Nuestro país no ha estado ajeno a la situación mundial con respecto a la operación cesárea. Las causas no han sido completamente claras: por una parte, la introducción de nuevas tecnologías, pruebas diagnósticas e indicaciones, y por otra las presiones de tipo administrativo, unidas a una mayor liberalidad en la indicación del procedimiento, han contribuido a que las tasas hayan aumentado casi el doble en alrededor de 15 años. En 1990 el índice de cesárea fue de 19,45 %. En 2004 hubo 83 700 partos vaginales y 44 204 cesáreas, para un índice de 34,5 %. De la información procedente de diversos hospitales de Cuba, se conoce que las cifras fueron de alrededor del 11 % hasta 1985, aumentaron a 24,9 % en 1995 y a 40 % en 2005. Según el Departamento Nacional de Estadísticas del MINSAP, en Ciudad de La Habana, en el año 2004 hubo 23 465 nacimientos, de los cuales fueron transpelvianos 14 431 (61,5 %). En total se realizaron 9 034 cesáreas (38,5 %): de ellas fueron primitivas 6 470 (71,6 %) e iteradas 2 564 (28,3 %). Estos datos, llevados a promedio de cesárea/día/hora, revelan que se realizaron 1,03 cesáreas cada 60 min.⁽⁹⁾

En Cuba durante el año 2012 entre las principales operaciones realizadas en hospitales generales y clínico quirúrgicos relacionados según tipo, en electivas y urgentes, se realizaron 2792 cesáreas electivas, representando estas un 4.0 %, lugar que la llevó a ocupar el puesto 9 de 20 del total de operaciones realizadas de diferentes tipos, y las cesáreas urgentes marcaron un gran aumento, habiéndose realizado un total de 7925, para un 33.2 %, ocupando el lugar número 1 de 20 procedimientos quirúrgicos.⁽¹⁰⁾

En nuestro país la conducta para las cesáreas primitivas se establece por el Manual de Tratamiento de Obstetricia y perinatología confeccionado en 1997 que plantea la conducta expectante, pero quedó claro en las discusiones que no existía evidencia en nuestro medio para tomar una u otra forma de manejo. Los trabajos publicados en la literatura nacional sobre este tema tienen un limitado número de casos y sí evidencian diferentes formas de manejo, lo que se refiere al aspecto de que edad gestacional debe de tener la paciente para mantener la conducta, o sea inducir el parto o los factores de riesgo que la acompañan para de esta forma preservar la vida de la madre e hijo(a). La provincia de Villa Clara ha sido referencia nacional en o que a resultados del programa materno-infantil se refiere, expresado fundamentalmente por las bajas tasas de Mortalidad Infantil. Todos conocemos el valor social y hasta político que tiene los resultados de este indicador de salud, que junto a la Mortalidad Materna expresan como ningún otro la importancia que se le da a la Salud Pública. Por ello ha estado enfrascada en mejorar cada vez más los resultados peri-natales y para ello se hace necesario trabajar con los grupos de riesgo. ⁽¹¹⁾

La provincia de Holguín realiza 5759 cesáreas de ellas 3907 primitivas para un índice de 67,8%. Entre los municipios con mayor índice de cesárea primitiva están Mayarí (75%), Gibara (69,0%) por encima del índice provincial además de Rafael Freyre (67,7%), Banes (65,1%), Cueto (64,2%), Moa (63,7%). Cuestionado este proceder en Gibara, Rafael Freyre y Cueto, los cuales no cuentan con equipo de cardiotocografía y el principal diagnóstico para la realización de la cesárea es el estado fetal intranquilizante además de no tener servicio de neonatología.

Principales deficiencias.

- Falta de información en las historias clínicas que dificulta el análisis correcto de cada caso.
- Recibimientos incompletos en salones de parto.
- No se realiza el seguimiento del trabajo de parto a través de la realización del partograma.
- Seguimiento incorrecto de las inducciones del parto.
- Identificación y atención inadecuadas de las distocias del parto.
- Existen dificultades en el análisis de la segunda opinión y en muchos casos no se realiza.
- Diagnósticos que no justifican la realización de las mismas.
- Clasificación preoperatorio incorrecta de la cesárea lo que conlleva a incorrecta aplicación de la política antibiótica.
- No se realiza valoración clínica de la pelvis materna.
- Elevado número de cesáreas donde no aparece la causa de la misma.
- Intervenciones realizadas por un solo obstetra sin acompañamiento y /o acompañado por un Licenciado en Enfermería.
- Intervenciones realizadas de urgencia, sin tener ese criterio.
- Mayor número de cesáreas realizadas en horarios nocturnos y los fines de semana.

En el municipio Banes de la provincia Holguín, se reportan en el período de estudio, un total de 68 cesáreas primitivas con un índice de 67.5, 54.6 y 68.9, respectivamente, es por esto, que nos motivamos a realizar la siguiente investigación.

No obstante todas estas consideraciones y propuestas indispensables, es necesario hacer referencia a nuestro compromiso fundamental: el empeño de nuestros especialistas en Obstetricia y ginecología, así como los médicos anesthesiólogos, epidemiólogos, enfermeras, laboratoristas, en fin, a los que tenemos la responsabilidad social de brindar una asistencia de excelencia a la mujer gestante y parturienta, de forma ineludible e inmediata, lograr un parto seguro que permita reducir al mínimo la morbilidad y la mortalidad maternas, por lo que nos proponemos como **problema de investigación:**

- ¿Cómo se comportan las cesáreas primitivas en el Hospital Materno Infantil. Banes, noviembre 2014 - enero 2015?

Objetivos:

General:

- Caracterizar el comportamiento de las cesáreas primitivas en Banes en el período de noviembre del 2014 a enero del 2015.

Específicos:

1. Describir los datos estadísticos de las cesáreas primitivas en Banes en el período de estudio.
2. Identificar los principales factores de riesgo y circunstancias que se asocian a las cesáreas primitivas realizadas en nuestra maternidad.

DISEÑO METODOLÓGICO:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el fin de caracterizar el comportamiento de las cesáreas primitivas en Banes e identificar los factores de riesgo y circunstancias encontradas en el parto de estas pacientes, en el período de noviembre del 2014 a enero del 2015, el universo estuvo compuesto por 68 pacientes a las cuales se les realizó la cesárea primitiva en el servicio de Ginecología del Hospital Materno Infantil del municipio.

Criterios de Inclusión en el estudio

- Paciente con cesárea primitiva realizada en el Hospital Materno Infantil de Banes durante el período de estudio.
- Paciente con cesárea primitiva realizada en el Hospital Materno Infantil de Banes que la historia clínica reúna toda la información necesaria para la investigación.

Criterios de Exclusión

- Paciente con cesárea primitiva que se le haya realizado la misma en otro servicio de ginecología de la provincia.
- Paciente con cesárea primitiva realizada en el Hospital Materno Infantil de Banes que la historia clínica no reúna toda la información necesaria para la investigación.

Bioética

Antes de comenzar el estudio se le informó a la dirección del Hospital el interés de realizar la investigación y la importancia de este estudio para caracterizar el comportamiento de las cesáreas primitivas en Banes, identificar las causas de las mismas y disminuir la morbilidad por este proceder quirúrgico. Se le solicitó la autorización para realizar el mismo al Consejo de Dirección de la unidad, así como al comité de ética de las investigaciones.

Técnicas y procedimientos

De recogida de la Información

La recogida de la información fue realizada por el autor de la investigación para evitar sesgos de observación, con asesoramiento constante por parte del tutor y asesor del trabajo. Se revisaron las Historias Clínicas de las pacientes estudiadas en el Departamento de estadística del hospital y se recogieron las variables que se relacionan a continuación:

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CLASIFICACIÓN	ESCALA	DESCRIPCIÓN
Causas de cesáreas primitivas	Cualitativa Nominal politómica	- Estado fetal intranquilizante - Desproporción cefalo-pélvica - Pelviano, - Hematoma retroplacentario (HRP) - Otras	Síntomas presentados por la paciente recogidos en la HC
Factores de riesgo prenatales	Cualitativa Nominal Politómicas	- Enfermedad Hipertensiva Gravídica (EHG) - Infección vaginal - Infección del Tracto Urinario (ITU) -Anemia -Otros	Factores de riesgo presentados por la paciente recogidos en la HC
Factores de riesgo del periparto	Cualitativa Nominal Politómicas	- Estado Fetal Intranquilizante (EFI) - Enfermedad Hipertensiva Gravídica (EHG) - Infección del Tracto Urinario (ITU) - Infección vaginal - Ruptura Artificial de Membrana(RAM). - Anemia - Fase latente prolongada	Factores de riesgo presentados por la paciente recogidos en la HC
Clasificación pre-operatorio.	Cualitativa Nominal Politómicas	- Limpia-contaminada - Contaminada - Limpia - Sucia	Síntomas y signos presentados por la paciente recogidos en la HC
Segunda opinión	Cualitativa Nominal Dicotómica	- Si - No	Según si el criterio médico fue consultado con más de un profesional
Tratamiento antimicrobiano utilizado	Cualitativa Nominal Politómicas	- Cefazolina - Metronidazol - Gentamicina - Ceftriaxona - Ceftazidima	Según tratamiento médico indicado
Complicaciones reportadas	Cualitativa Nominal Politómicas	- Sub. Involución uterina - Endometritis - Sepsis de la herida - Otros	Según complicación presentada por la paciente. Registrada en HC

De procesamiento de la información

El procesamiento estadístico de la información se realizó a través de una computadora, se confeccionó una base de datos con Microsoft Excel 2007. Para el análisis se vaciaron los mismos en tablas de distribución de frecuencias simple, se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas (frecuencias absolutas y porcentajes). Los resultados se expusieron a través de tablas y gráficos para un mejor análisis y comprensión de los mismos.

Análisis y discusión de los resultados

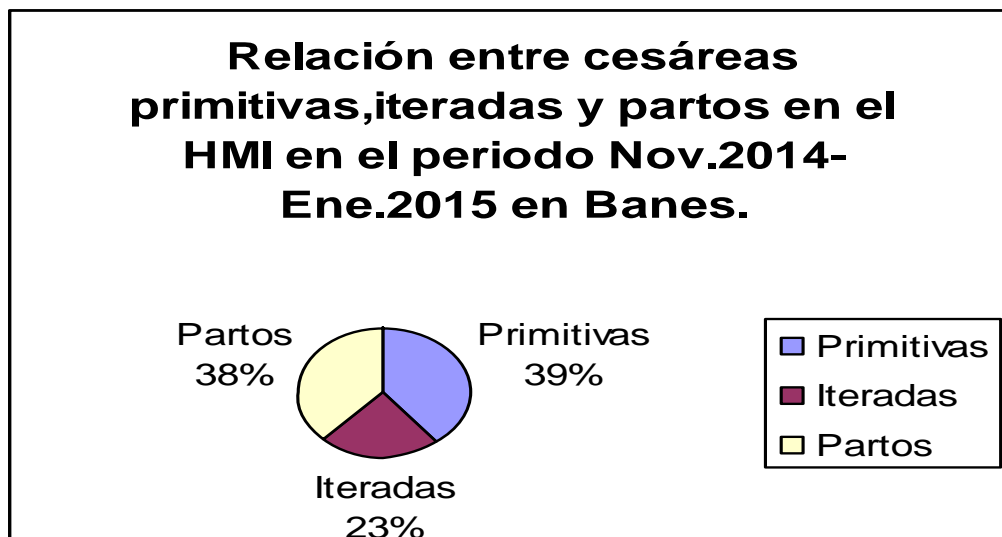
Tabla1. Comportamiento de las Cesáreas primitivas en el período nov. 2014-enero2015, en el HMI de Banes.

Cesáreas realizadas	No.	%
Primitivas	68	38.8
Iteradas	40	22.8
Partos	67	38.2
Total de nacimientos	175	100

Fuente, Historias clínicas HMI Banes.

Aquí se muestra el comportamiento de las cesáreas primitivas en el HMI de Banes, y encontramos que del total de nacimientos ocurridos, el 38.8 %, lo representan las cesáreas primitivas, lo que nos llama la atención porque existió, más o menos la misma cantidad de nacimientos, o partos transpelvianos. Inferimos con estos resultados, la urgencia de la disminución de este indicador, tratando siempre de que las cesáreas primitivas que se realicen sean las indicadas y necesarias y no por complacencia que es lo que pensamos pueda haber influenciado en el incremento de este. Autores como, Figueroa y Belizan JM registraron los mismos resultados en estudios realizados en América Latina. ^(4,7)

Gráfico No 1. Comportamiento de las Cesáreas primitivas en el período nov. 2014-enero2015, en el HMI de Banes.



Fuente. Tabla No. 1

En el gráfico se puede apreciar la marcada diferencia entre las cesáreas realizadas respecto a los partos, resaltando el gran aumento que existe, lo que nos llama la atención porque existió, más o menos la misma cantidad de nacimientos, o partos transpelvianos que cesáreas primitivas.

Tabla 2. Causas para la realización de la cesárea primitiva. Período nov. 2014-enero 2015, HMI de Banes.

Causas de cesáreas primitivas:	No.	%
Estado fetal intranquilizante	44	64.7
Desproporción cefalo-pélvica	5	7.3
Pelviano	4	5.8
Hematoma retroplacentario (HRP)	3	4.4
Otras	12	17.6
Total	68	100

Fuente, Historias clínicas HMI Banes

Entre las causas principales de las cesáreas primitivas, encontramos, que el 64.7 % correspondió al estado fetal intranquilizante, situación que se justifica con la existencias de las pruebas de bienestar fetal, que resulten alteradas, tales como el CTG o cardiotocografía, el perfil biofísico, entre otras, en autores revisados como Bergholt T, Guerra, Hernández (8,12 y 13) coinciden con estos resultados, lo que nos muestra la necesidad de proponemos como estrategia, disminuir este diagnóstico, elevando el manejo adecuado y oportuno de los factores de riesgo de nuestras gestantes, así como mejorar la calidad en el seguimiento al trabajo de parto.

Tabla 3: Factores de riesgo prenatales asociados a las cesáreas primitivas. Período nov. 2014-enero 2015, HMI de Banes.

Factores de riesgo prenatales:	No.	%
Enfermedad Hipertensiva Gravídica (EHG)	32	47.0
Infección vaginal	8	11.7
Infección del Tracto Urinario (ITU)	6	8.8
Anemias	4	5.8
Otras	18	26.4
Total	68	100

Fuente, Historias clínicas HMI Banes.

En cuanto a los factores de riesgos prenatales de las cesareadas, encontramos, que el 47.0 %, correspondió con la enfermedad hipertensiva gravídica, estos resultados son similares a los encontrados en estudios de otros autores consultados, como, Rodríguez y Ramírez (14) pues los trastornos hipertensivos gravídicos son la afección que con más frecuencia nos complica a nuestras gestantes y las que mayor morbimortalidad nos reportan al Programa de Atención Materno Infantil (PAMI).

Tabla 4: Factores de riesgo del periparto asociados a las cesáreas primitivas.

Período nov. 2014-enero2015, HMI de Banes.

Factores de riesgo del periparto	No.	%
EFI, tales como macrosomia , oligoamnios, ctg patológico	33	48.5
Enfermedad Hipertensiva Gravídica (EHG)	13	19.1
Infección del Tracto Urinario (ITU)	8	11.7
Infección vaginal	6	8.8
Ruptura Artificial de Membrana(RAM)	5	7.3
Anemia	2	2.9
Fase latente prolongada	1	1.4
Total	68	100

Fuente, Historias clínicas HMI Banes.

Aquí se muestran los factores de riesgo del periparto de las cesareadas y encontramos, que el 48.5 % de las mismas, se correspondió, con el estado fetal intranquilizante, EFI o bienestar fetal comprometido, BFC. Estos resultados se corresponden y asocian con la causa directa de las cesáreas primitivas, y coinciden con Irvine LM y Lavender T ^(15 y 16) nos queda entonces profundizar en el seguimiento del trabajo de parto y seguimiento de gestantes de riesgo para definir con exactitud, el momento oportuno del nacimiento y disminuir la morbilidad, por esta eventualidad del estado fetal intranquilizante, de modo tal que la calidad del producto al nacer sea óptimo y la cesareada, exponga lo menos posible su vida ante este proceder quirúrgico.

Tabla 5: Clasificación de las cesáreas primitivas realizadas. Período nov. 2014-enero2015, HMI de Banes.

Clasificación pre-operatorio	No.	%
Limpia -Contaminada	35	51.4
Contaminada	18	26.4
Limpia	10	14.7
Sucia	5	7.3
Total	68	100

Fuente: Historias clínicas HMI Banes.

Con relación a la clasificación preoperatoria de las cesáreas primitivas realizadas encontramos que el 51.4 % resultó ser limpia contaminada, inferimos con estos resultados que esto se deba a que existe alta incidencia de sepsis vaginales del 3er trimestre no resueltas a pesar del tratamiento, y a las infecciones del tacto urinario, indicándonos, que debemos mejorar la calidad de la atención prenatal, priorizando este objetivo primordial , para que nuestras gestantes lleguen a un feliz término, libres de focos sépticos que complican el parto. Mackenzie IZ ^(17) se refiere a otros resultados, y los relaciona con sus circunstancias en particular .

Tabla 6: Presencia de la segunda opinión de las cesáreas primitivas realizadas. Período nov. 2014-enero2015, HMI de Banes.

Segunda opinión	No.	%
Si	43	63.2
No	25	36.7
Total	68	100

Fuente, Historias clínicas HMI Banes.

Esta tabla nos muestra la presencia de la segunda opinión para la cesárea primitiva y encontramos que 63,2% si tenía la constancia de la misma, esto es un indicador positivo, pues actualmente se insiste encarecidamente en la evidencia en la historia clínica de la discusión y aprobación del colectivo obstétrico que avala, la realización y la justificación del proceder quirúrgico, resultados similares, fueron encontrados por Althabe F y Balizan JM et al⁽¹⁸⁾ pues esto se presenta como una estrategia en el momento del parto, y es necesaria para disminuir con urgencia la indicación de la cesárea y la morbilidad que la misma trae consigo.

Tabla 7: Tratamientos antimicrobianos utilizados en las cesáreas primitivas el período nov. 2014-enero2015, en el HMI de Banes.

Tratamiento antimicrobiano utilizado	No.	%
Cefazolina	45	66.1
Metronidazol	10	14.7
Gentamicina	5	7.3
Ceftriaxona	4	5.8
Ceftazidima	4	5.8
Total	68	100

Fuente, Historias clínicas HMI Banes.

Aquí, se muestran los antibióticos utilizados, en la realización de las cesáreas primitivas y encontramos que la cefazolina, se utilizó en el 66.1%, estos resultados se relacionan con la disponibilidad en farmacia y con la política antimicrobiana hospitalaria, que se encuentra protocolizada en la atención secundaria, nuestros resultados coinciden con lo planteado en bibliografía⁽¹¹⁾, esto nos permite un uso más racional del arsenal terapéutico antimicrobiano, para enfrentar la morbilidad por sepsis en circunstancias necesarias.

Tabla 8: Complicaciones reportadas post-operatorio. Período nov. 2014-enero2015, en el HMI de Banes.

Complicaciones reportadas	No.	%
Sub Involución uterina	5	7.3
Endometritis	2	2.9
Total	7	10.3

Fuente, Historias clínicas HMI Banes.

En cuanto a las complicaciones reportadas en las cesáreas primitivas realizadas encontramos, una baja incidencia de las mismas, solo el 7.3 % de nuestras pacientes intervenidas presentaron una subinvolución uterina, estos resultados son alentadores, pero no debemos confiarnos por ellos, pues solo una cesareada complicada, podría dar al traste con la vida de la paciente y sería este un indicador negativo, contra el que nos proponemos con el trabajo diario, para disminuir la mortalidad materna, autores como Macones GA y Vélez-Pérez E ^(19, 20), difieren de nuestros resultados.

CONCLUSIONES

1. El índice de cesáreas primitivas del trimestre estudiado resultó alto, al compararlo con la totalidad de los partos transpelvianos realizados.
2. El diagnóstico para la cesárea que más se reportó, resultó ser el estado fetal intranquilizante.
3. La enfermedad hipertensiva gravídica, fue el factor de riesgo prenatal que más insidió, en cuanto al factor de riesgo del parto, fue el estado fetal intranquilizante o bienestar fetal comprometido .
4. La mayoría de las cesáreas, fueron limpias contaminadas, contaban con la segunda opinión, la cefazolina fue el antibiótico más utilizado y apenas se reportaron complicaciones.

RECOMENDACIONES

Socializar nuestros resultados, para mejorar el indicador de las cesáreas primitivas de nuestro municipio, y aportar a la disminución de la morbi-mortalidad por este proceder, como muestra de nuestro actuar dentro del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI).

Bibliografía:

1. Millán Vega MM, Mendoza Arroyo A. Factores relacionados con la cesárea primitiva. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2010 Sep [citado 2015 Sep 22].] ; 36(3): 360-367.
2. Piloto Padrón M, Nápoles Méndez D. Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014 ene.-mar; vol.40 no (1): Ciudad de la Habana
3. Ghetti C, Chan BK, Guise JM. Urogynecology Journal 2005; 16(5):378-83. Physicians' responses to patient-requested caesarean delivery. Birth 2004; 31(4):280-4.
4. Figueroa Silverio A, Filed under: Cirugía, Etiquetas: cesáreas, cirugía, nacimientos, parto. 2010, marzo 27.
5. Baskett TF, O'Connell CM. Severe obstetric maternal morbidity: a 15 years population based study. J Obstet Gynaecol 2005; 25(1):7-9.
6. León Perez A, Ysidron Iglesias E. Factores relacionados con el apgar bajo al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010; 36(1): 25-35.
7. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. BMJ 1999; 319: 1397-400.
8. Bergholt T, Ostberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective cesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83(3):262
9. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico, 2004. La Habana: 2004.
10. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico, 2012. La Habana: 2012.
11. Manual de diagnóstico y tratamiento de la República de Cuba. Editorial Ciencias Médicas, 1997; Cesárea y todo lo relacionado al parto normal y de riesgo.

12. Guerra Verdecia C, Vázquez Márquez Á, Virelles Pacheco A. ¿Se puede disminuir la frecuencia de cesáreas primitivas?. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 1998 Abr [citado 2015 Sep 22].
13. Hernández. E, Cepeda R. Ciencia y patria. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, Cuba, 1991; Pág. 92.
14. Rodríguez García S, Ramírez Vázquez H, Filed under: Problemas de Salud , Etiquetas: riesgo de segunda cesárea, rotura del útero. 2010, enero 10, 2010, 14 -marzo 12.
15. Irvine LM. Maternal request for caesarean section: is it obstetrician driven? J Obstet Gynaecol 2001; 21(4):373-374.
16. Lavender T et al. Could a randomised trial answer the controversy relating to elective caesarean section? National survey of consultant obstetricians and heads of midwifery. BMJ 2005; 331(7515):490-1.
17. Mackenzie IZ, Cooke I, Annan B. Indications for caesarean section in a consultant obstetric unit over three decades. J Obstet Gynaecol 2003;23(3):233-8.
18. Althabe F, Balizan JM, Villar J, Alexander S, Bergel E et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. Lancet 2004 Jun 12; 363(9425):1934-40.
19. Macones GA et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. Am J Obstet Gynecol 2005; 193(5):1656-62.
20. Vélez-Pérez E, Tovar-Guzmán VJ, Méndez-Velarde F, López-López CR, Ruiz-Bustos E. Incidencia, indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. BolClinHosp Infant Edo Son. 2012;29(2):58-64.