

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
ESCUELA DE POSGRADO



TRABAJO DE POSGRADO

PREVALENCIA DE CESAREAS EN PACIENTES OBSTETRICAS, ATENDIDAS EN
EL ÁREA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA,
DURANTE EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL AÑO 2019

PARA OPTAR AL GRADO DE

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTADO POR

DOCTORA RUTH YAMILETH SALGUERO DE RIVAS

DOCTORA LISBETH JOHANNY ZELAYANDIA CHIPAGUA

DOCENTE ASESORA

DOCTORA DALIA MARIA AGUILAR DE AVILES

MARZO, 2021

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. RAÚL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO GENERAL

LICDO. LUIS ANTONIO MEJÍA LIPE

DEFENSOR DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LICDO. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

DECANO

M.Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA

VICEDECANA

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

SECRETARIO

M.Ed. JOSÉ GUILLERMO GARCÍA ACOSTA

DIRECTOR DE ESCUELA DE POSGRADO

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios todopoderoso, que nos ha guiado y permitido seguir adelante y poder ser parte de este proyecto de investigación.

A nuestras familias, ya que sin su apoyo incondicional y su comprensión en todo momento no hubiese sido posible este logro.

A la Universidad Nacional de El Salvador, en especial a la Facultad Multidisciplinaria de Occidente, por darnos la oportunidad de culminar la preparación como especialistas en Ginecología y Obstetricia.

A nuestro Coordinador y Asesora de Tesis, por su responsabilidad y orientación en el transcurso del trabajo de investigación, por compartir sus conocimientos y guiarnos por el camino correcto, para la culminación de este proyecto.

A nuestros Docentes, por haber compartido sus sabios conocimientos, y que con su dedicación, sensibilidad, responsabilidad y disciplina han sido parte del aprendizaje en el arte de Ginecología y Obstetricia.

Al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, por permitirnos adquirir nuestros conocimientos como profesionales del área de Ginecología y Obstetricia, por ser más que hospital escuela, un hogar.

A cada una de las personas que nos brindaron su orientación y colaboración para enriquecer la presente investigación.

A todos muchas GRACIAS.

INDICE

INTRODUCCION	vii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	8
1.1 Objetivos.....	9
1.1.1 Objetivo General.....	9
1.1.2 Objetivos Específicos.....	9
1.2 Justificación.....	10
CAPITULO II: MARCO TEORICO.	12
2.1 Antecedentes Históricos.....	12
2.2 Anatomía Materna.....	13
2.2.1 Pared Abdominal Anterior.....	13
2.2.2 Riego sanguíneo.....	15
2.2.3 Inervación.....	16
2.3 Definición de Cesárea.....	17
2.4 Clasificación de Cesáreas.....	17
2.5 Factores de Riesgo.....	17
2.6. Indicaciones de cesáreas.....	19
2.6.1 Maternas.....	19
2.6.2 Materno-fetales.....	20
2.6.3 Fetales.....	21
2.7 Cuidados Perioperatorios.....	22
2.8 Prevención de infecciones y seguridad operatoria.....	23
2.9 Seguridad operatoria.....	24
2.10 Técnicas para el parto por cesárea.....	24
2.10.1 Incisiones Abdominales.....	24
2.10.2 Incisiones Uterinas.....	26
2.10.3 Extracción del feto.....	28
2.10.4 Expulsión de la placenta.....	29
2.10.5 Reparación uterina.....	29
2.10.6 Cierre abdominal.....	30
2.11 Asistencia periparto y postparto intrahospitalaria.....	31

2.12 Cuidados de la herida y alta.....	32
2.13 Complicaciones.....	32
CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3.1 Tipo de estudio.....	34
3.2 Tipo de diseño.....	34
3.3 Universo de estudio.	34
3.4 Métodos e Instrumentos de recolección de datos.....	36
3.5 Plan de procesamiento de datos.....	36
3.6 Limitantes de la Investigación	36
3.7 Aspectos éticos de la investigación.....	37
3.8 Operacionalización de las variables de investigación.	38
CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	40
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
ANEXOS	51
Anexo 1.....	52
Anexo 2.....	53
Anexo 3.....	54
Anexo 4.....	55
Anexo 5.....	56
Anexo 6.....	57
Anexo 7.....	58
Anexo 8.....	60
Anexo 9.....	61
Anexo 10.....	62
Anexo 11.....	63

INTRODUCCION

A nivel mundial la cesárea es realizada en un alto porcentaje de embarazadas; en Europa se reporta una incidencia de 21%, en Estados Unidos 26 %, en Australia 23%, en Latinoamérica rebasa el 50%, y en Centro América; El Salvador es el país con mayor incidencia con el 29.8%(1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor del 10-15%(2), es por ello que la alta incidencia de cesáreas se considera un problema de salud público en el país. Estableciéndose causas diversas, entre las que se pueden mencionar: valoración inadecuada del riesgo obstétrico y fetal, bajo índice de control prenatal, preferencias del médico y embarazada, sin indicación médica específica o la percepción de seguridad del procedimiento por parte de los prestadores de salud y las embarazadas, entre otras.

Resultados obtenidos en la encuesta global de salud materna y perinatal de la OMS, indican que el aumento de las tasas de cesáreas se relaciona con un mayor uso de tratamiento antibiótico en el periodo puerperal, prolongación de estancia hospitalaria de la madre, estadía de los recién nacidos en unidades de cuidados intermedios o intensivos, e incremento de la morbilidad materna y neonatal severa, además de los riesgos quirúrgicos y anestésicos(3).

Por lo anteriormente descrito, esta problemática reviste de importancia tanto a nivel institucional como familiar; debido a que el parto abdominal genera altos costos económicos al país, los cuales se verán incrementados aún más si se asocian a complicaciones de la madre y/o recién nacido. En cuanto a la paciente hay repercusión a nivel personal, familiar y laboral, por el tiempo de recuperación y los cuidados postoperatorios que requieren(3).

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La cesárea es una intervención quirúrgica en la que se extrae al feto y la placenta a través de una incisión en la pared abdominal y en el útero. Las realizadas en los siglos XVIII-XIX implicaban una elevadísima mortalidad materna, por lo que se practicaba en casos excepcionales con la finalidad de salvar al feto; es por ello que la resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina contemporánea y ha tenido, indiscutiblemente, un impacto extraordinario(4).

Cuando desde el punto de vista médico está justificada, una cesárea es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal, indica la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es por ello que, por más de tres décadas, los profesionales de la salud a nivel mundial han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%(2). Sin embargo, las alarmas han saltado ante el incremento de los casos, sin aparente justificación.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América el 15% de los nacimientos entre 2006 y 2010 fueron a través de la vía cesárea. El país con el mayor porcentaje fue Brasil con un 50%, seguido de México con 43%. En Centroamérica, El Salvador reportó el más alto valor con 25% y Honduras el más bajo con 13%. En El Salvador, lejos de reducirse, los casos van en aumento. Al menos así lo indica una publicación de octubre de 2018 en el periódico español "El País", que basándose en datos de la OMS y la revista médica The Lancet, calcula que un 29.8% de los nacimientos son por medio de cesárea(5).

En el sistema de salud público por desgracia en muchas ocasiones, se realiza este procedimiento porque la paciente no ha tenido un adecuado control prenatal, culminando en complicaciones materno-fetales, que ameritan la terminación de esta vía con urgencia; o el personal de salud lo realiza con la finalidad evitar problemas en torno al marco legal o una valoración inadecuada de riesgo obstétrico y fetal.

En el sistema de salud privado, las embarazadas que optan por dar a luz a su bebé por vía abdominal, siguen esta tendencia mediatizadas por las preferencias de las mujeres famosas, sin tener en cuenta que elegir por capricho, moda, estética o miedo al dolor no es ni lo más indicado ni lo mejor. O en cuanto al personal de salud solo lo realicen con el propósito de obtener mayores ingresos económicos.

Por lo anterior descrito el parto debe ser tratado como un proceso natural y solo debe intervenir cuando este indicado o surjan complicaciones. Y en el caso de realizarse una intervención, involucra una mayor cantidad de recursos materiales como humanos, tanto para la institución como para la familia. Además, hay mayor riesgo de morbilidad por ser un procedimiento invasivo, generando más costos económicos al sistema de salud, dentro de algunos destacan uso de antibióticos, uso de espacio quirúrgico y mayor tiempo de estancia hospitalaria.

A lo cual se realiza la siguiente pregunta ¿Cuál es la prevalencia de cesáreas en pacientes obstétricas, atendidas en el área de obstetricia del hospital San Juan de Dios de Santa Ana de enero a junio del año 2019?

1.1 Objetivos.

1.1.1 Objetivo General.

- Determinar la prevalencia de cesáreas en pacientes obstétricas, atendidas en el área de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el periodo de enero a junio del año 2019.

1.1.2 Objetivos Específicos.

- Identificar los principales factores de riesgo asociados a Cesáreas, en pacientes obstétricas, atendidas en el área de Obstetricia.
- Conocer las principales indicaciones de Cesáreas, en pacientes obstétricas, atendidas en el área de Obstetricia.
- Mencionar las complicaciones del postparto abdominal más frecuentes, en las pacientes obstétricas, atendidas en el área de Obstetricia.

1.2 Justificación.

A nivel mundial los profesionales de la salud consideran que la tasa nacional ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%(2), no obstante, su utilización se ha incrementado a niveles injustificados por parte del personal médico. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) entre el 2006 y 2010 en Centroamérica, El Salvador reportó el más alto valor de cesáreas con el 25%. Y para el 2018, los casos aumentaron, según datos de la OMS y la revista médica The Lancet, con el 29.8%, sobrepasando un 14.8%(5).

Según el Sistema informático Perinatal (SIP), en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, para el año 2017 se reportaron un total de 1865 cesáreas y para el 2018 un total de 1532, cada una con índices corregidos de 22.1% y 19.46% respectivamente; para Enero a Junio de 2019 el índice corregido es de 21.25%, constatando que superan las cifras estandarizadas como ideales, representando así un problema de salud público de alto impacto con repercusión personal, familiar e institucional. (Anexo 1)

Si bien la llegada de la cesárea tiene ventajas innegables, la cirugía presenta riesgos tanto maternos como neonatales. Las mujeres presentan en especial complicaciones como hemorragias, infecciones del sitio quirúrgico, complicación de anestesia, tromboembolismo, paro cardíaco, hasta la histerectomía. Siendo separadas de sus hijos y familiares por un largo periodo de tiempo, lo que les causa no sólo dolor físico, sino también dolor emocional; además riesgo de adherencias que pueden complicar futuros embarazos y puede dejar secuelas de dolor pélvico.

Por otro lado, expertos destacan que el recién nacido tampoco sale beneficiado, porque pasar por el canal del parto es bueno para que el bebé madure, al producirse un poco de estrés y entrar en contacto con las bacterias de la madre, por lo cual hay más riesgo de presentar partos prematuros en el futuro, y se ha visto que los niños tienen a largo plazo entre un 20% y 25% mayor incidencia de diabetes, asma y sobrepeso(6).

El portal de Fisioterapia del suelo pélvico, destaca que el paso por el canal vaginal ayuda al recién nacido a expulsar los restos de líquido amniótico que pudieran quedarle en los pulmones, evitando los problemas respiratorios, que son una de las mayores complicaciones. Sumado a esto, no se segregan hormonas, como la oxitocina, las cuales son fundamentales para reforzar el vínculo amoroso con el bebé y la madre.

En base a lo anterior, se creyó conveniente realizar el presente trabajo de investigación, dirigido a las pacientes obstétricas sometidas a cesáreas, en el área de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el periodo de Enero a Junio del año 2019. Cuyo alcance en torno a la problemática describe características, rasgos y datos importantes de la investigación, con la finalidad de mostrar con precisión la magnitud del problema y desarrollar los objetivos de estudio en base a la información recolectada.

El beneficio de este estudio de investigación, fue determinar la prevalencia y los principales factores de riesgo, que conllevan a la realización de cesáreas en dicho hospital. Y en base a esto aportar conclusiones y recomendaciones razonadas y sustentadas en la evidencia científica disponible. Con la finalidad de tener un impacto positivo particularmente en la disminución de la prevalencia de cesáreas, reducir gastos tanto materiales como humanos, reducir tiempo de estancia hospitalaria y sus complicaciones, servir de apoyo en la toma de decisiones que permitan otorgar una atención médica integral, con calidad y eficiencia a las usuarias.

CAPITULO II: MARCO TEORICO.

2.1 Antecedentes Históricos.

El origen del término cesárea es indefinido y se han sugerido tres explicaciones principales. En la primera, según la leyenda, Julio César nació de esa manera, por lo cual el procedimiento se llamó cesárea. Varias circunstancias debilitan esa hipótesis. En primer lugar, la madre de Julio César vivió muchos años después de su nacimiento en el año 100 a.C. y hasta el siglo XVII la intervención quirúrgica era casi invariablemente letal. En segundo lugar, el procedimiento, efectuado en mujeres no se menciona en escrito médico alguno antes de la Edad Media. Pickrell (1935), en su monografía, aporta los detalles históricos del origen del nombre de familia César(7).

La segunda explicación es que la denominación de la operación proviene de una ley romana supuestamente creada en el siglo VIII a.C., por Numa Pompilio, la cual ordenaba que se hiciera el procedimiento en mujeres que morían, en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño. Esa Lex regia, o “ley del rey”, se convirtió después en la Lex Caesarea por los emperadores y la intervención quirúrgica en sí se conoció como cesárea.

La tercera explicación es que la palabra cesárea se originó en algún momento de la Edad Media, a partir del verbo latino Caedere, el cual significa cortar. Esta explicación parece muy lógica, pero no se sabe con exactitud cuándo se aplicó por primera vez para referirse a dicho procedimiento. Puesto que corte proviene del verbo latino seco, que también significa cortar, la denominación operación cesárea parece tautológica, por lo cual se usa la de cesárea(7). Entre 1970 y el 2007, la tasa de cesáreas en Estados Unidos se elevó de 4.5% de todos los partos a 31.8% (Hamilton et al., 2009; MacDorman et al., 2008). Este incremento ha sido constante con excepción del intervalo entre 1989 y 1996, cuando la tasa anual de cesáreas disminuyó.

2.2 Anatomía Materna.

2.2.1 Pared Abdominal Anterior.

La comprensión de la anatomía de la pelvis y la pared abdominal inferior femeninas es indispensable para la práctica obstétrica. Aunque lo normal es que existan relaciones consistentes entre estas estructuras, puede haber una notoria variación en las estructuras anatómicas de cada mujer. Esto es en especial válido para los principales nervios y vasos sanguíneos.

La pared abdominal anterior se limita a la piel, capa subcutánea, aponeurosis y a las vísceras abdominales, se distiende para alojar al útero en crecimiento y provee acceso quirúrgico a los órganos reproductores internos. Así, se requiere un conocimiento amplio de las capas de esta estructura para el acceso quirúrgico a la cavidad peritoneal.

- **La piel**, las líneas de Langer describen la orientación de las fibras de la dermis en la piel. En la pared abdominal anterior, dichas líneas se disponen de manera transversa. Como resultado, las incisiones verticales crean una mayor tensión lateral y, por tanto, en general dan lugar a cicatrices más anchas. En contraste, las incisiones transversas inferiores, como la de Pfannenstiel, siguen a las líneas de Langer y brindan mejores resultados estéticos en comparación con una incisión vertical(6).
- **La capa subcutánea**, puede dividirse en una capa superficial, llamada fascia de Camper, la cual es adiposa de modo predominante, y una más profunda y membranosa, la aponeurosis de Scarpa. La fascia de Camper continúa hasta el perineo para proporcionar sustancia adiposa al monte de venus y labios mayores, y luego combinarse con la grasa de la fosa isquio-anal. La fascia de Scarpa continúa en sentido inferior hasta el perineo como la fascia de Colles. Como resultado, la infección perineal o la hemorragia superficial a la fascia de Colles tiene la capacidad de extenderse hacia arriba hasta afectar las capas superficiales de la pared abdominal.

- **Músculos**, debajo de la capa subcutánea, los músculos consisten en el recto del abdomen en la línea media, piramidal, oblicuos externos, oblicuos internos y transversal del abdomen. Los pequeños músculos piramidales triangulares pares se originan en la cresta pectínea, se insertan en la línea alba y se encuentran sobre el músculo recto del abdomen, pero debajo de la vaina anterior del mismo. Las aponeurosis fibrosas de los tres últimos músculos forman la aponeurosis primaria de la pared abdominal anterior. Éstas se fusionan en la línea media, por debajo de un umbral llamado “línea arqueada” que en condiciones normales mide 10 a 15 mm de ancho debajo del ombligo. Una separación más amplia de lo normal refleja diástasis de recto o hernia. En sentido cefálico cubren la superficie dorsal y ventral del recto abdominal y en dirección caudal cubren solo la superficie ventral del recto abdominal.
- **Fascia transversalis y grasa preperitoneal**, se encuentran debajo del músculo recto, cubriendo la superficie dorsal de este en sentido caudal.
- **Útero**, situado en la cavidad pélvica, entre la vejiga por delante y el recto por detrás, cubierto por el peritoneo en su cara posterior, a ambos lados se une con los ligamentos cardinales y está separado de la vejiga suprayacente por tejido conjuntivo laxo. Se describe como piriforme; consta de dos partes mayores, pero no equivalente; una porción triangular superior (cuerpo) y una porción cilíndrica inferior (cuello uterino), que se proyecta hacia la vagina y se abre en cada extremo por pequeñas aberturas, los orificios interno y externo. El istmo es el sitio de unión de estas dos partes. En una adulta nulípara mide 6-8 cm, en comparación con 9-10 cm en una multípara. El peso promedio es 60 g y pesa más en las mujeres con partos previos. En multíparas el cuello uterino es un poco mayor 33% de la longitud total del útero. La porción inferior del peritoneo visceral forma el límite anterior del fondo de saco rectouterino o Douglas y refleja hacia delante el fondo de saco vesicouterino. De manera clínica, durante la cesárea, el peritoneo del fondo de saco vesicouterino se incide de manera caudal, separa la vejiga del segmento uterino inferior para permitir la histerotomía y el nacimiento(6).

2.2.2 Riego sanguíneo.

Durante el embarazo existe una hipertrofia notoria de la vasculatura, proveniente sobre todo de las arterias uterina y ovárica.

- **Arterias epigástricas superficiales, circunfleja iliaca y pudendas externas**, irrigan la piel, planos subcutáneos de la pared abdominal anterior y monte de venus; nacen de la arteria femoral debajo del arco crural y transcurren de manera diagonal en dirección al ombligo. En una incisión Pfannenstiel con frecuencia se identifican entre la piel y la vaina del recto, por encima de la fascia de Scarpa y a varios centímetros de la línea media,
- **Vasos epigástricos inferiores “profundos” y vasos iliacos circunflejos**, irrigan los músculos y aponeurosis, son ramas de los vasos iliacos externos, transcurren de manera lateral y después detrás de los rectos abdominales.
- **Arteria uterina (hipogástrica) y ovárica**, irrigan el útero. La Arteria Uterina es rama de la iliaca interna, ingresa a la base del ligamento ancho y se dirige al lado del útero, cruza sobre el uréter a casi 2 cm lateral del cuello uterino. Cuando llega a la porción supravaginal del cuello uterino, se divide en arteria cervicovaginal más pequeña que irriga la parte inferior del cuello y superior de la vagina; y la rama principal gira hacia arriba y transcurre por el borde del útero penetrando el miometrio para formar las arterias arqueadas, que dan origen a las ramas radiales en ángulo recto, que penetran al endometrio y se ramifican para convertirse en arterias basales (rectas) y espirales. Las arterias espirales irrigan la capa funcional, responden a varias hormonas y las arterias basales irrigan la capa basal y no responden a hormonas. Antes de que la arteria uterina principal llegue a la trompa de Falopio, se divide en tres ramas terminales, rama ovárica que forma anastomosis con la rama terminal de la arteria ovárica; rama tubárica se dirige por el mesosalpinge y riega la trompa de Falopio, rama fúndica se distribuye a la parte más alta del útero. La Arteria Ovárica, esta arteria es una rama directa de la aorta e ingresa al ligamento ancho a través del ligamento infundibulopélvico, en el hilio del ovario, se divide en varias ramas.

2.2.3 Inervación.

A. Pared abdominal anterior.

- **Nervios intercostales (T7-11) y subcostales (T12)**, son ramas anteriores de los nervios torácicos; transcurren lateral y luego anterior entre el músculo transverso del abdomen y oblicuo interno. Perforan la vaina posterior, músculo recto y vaina anterior, hasta llegar a piel.
- **Nervios ilioinguinales e iliohipogástrico (L1)**, se originan de la rama anterior del L1, transcurren por el espacio retroperitoneal, perfora el músculo transversal y continúan en dirección ventral. El nervio iliohipogástrico inerva la piel de la zona suprapúbica y el nervio ilioinguinal la piel del monte de venus, parte superior de labios mayores y cara interna de la parte superior del muslo. Ambos pueden afectarse en una incisión Pfannenstiel o comprimirse en el cierre, en especial si la incisión se extiende más allá de los bordes externos del músculo recto, su lesión origina pérdida de la sensibilidad.
- **Dermatoma T10**, se aproxima al nivel del ombligo, la analgesia regional ideal para la cesárea o esterilización puerperal bloquea los niveles T10-L1.(6).

B. Vísceras pélvicas.

- **Plexo hipogástrico superior (nervio presacro)**, el sistema nervioso periférico, se divide en somático que inerva el músculo esquelético y autonómico que inerva el músculo liso, que tiene mayor predominio y se subdivide en parasimpático y simpático. Simpático (T10-L2), se subdivide en plexo hipogástrico derecho e izquierdo. Parasimpático (S2-S4), sus ramas anteriores se unen para formar nervios espláncnicos pélvicos o erectores.
- **Plexo hipogástrico inferior (plexo pélvico)**, es originado por la mezcla de los dos nervios hipogástricos y los dos espláncnicos. Se divide en tres, plexo vesical, inerva la vejiga; plexo rectal, inerva el recto; plexo uterovaginal (frankenhauser), inerva la parte proximal trompas de Falopio, útero y vagina.

2.3 Definición de Cesárea.

Es el nacimiento de un feto a través de una laparotomía seguida de histerotomía. Representa mayores riesgos para el embarazo presente y para gestaciones posteriores(6).

2.4 Clasificación de Cesáreas.

Para clasificar las cesáreas, existen dos tipos generales de parto por cesárea:(6)

A. Según antecedentes obstétricos.

- **Primaria:** en la que se ha realizado una histerotomía por primera vez.
- **Secundaria:** cuando se ha practicado una o más incisiones de histerotomía.

B. Según indicaciones Obstétricas.

- **Cesárea electiva:** se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique un parto por vía vaginal. Es una intervención programada.
- **Cesárea en curso de parto o de recurso:** se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvica fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado.
- **Cesárea urgente:** se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente.(6)

2.5 Factores de Riesgo.

Según la revisión del programa realizado a la mitad del decenio 2006, no demostró que hubiera avances, para reducir los índices de cesáreas. Razones por las cuales la tasa de cesáreas sigue aumentando, no se comprenden por completo, pero las siguientes son algunas explicaciones. (Anexo 2)(6).

- **Nuliparidad,** las mujeres tienen cada vez menos hijos, por lo cual un mayor porcentaje de los nacimientos por cesáreas ocurre en nulíparas.

- **Mujeres añosas**, la edad materna promedio está aumentando y las mujeres añosas, en especial cuando son nulíparas, tienen mayor riesgo de cesárea.
- **Monitorización fetal por medios electrónicos**, el amplio uso de la vigilancia fetal continua, se vincula con una mayor tasa de cesáreas en comparación con la auscultación intermitente. La cesárea llevada a cabo principalmente es por “sufrimiento fetal”, en muchos otros casos por la preocupación de un trazo anómalo o “desalentador”.
- **Presentación de nalgas**, gran parte de los fetos se extrae hoy por cesárea.
- **Disminución de nacimientos con fórceps y ventosas obstétricas**, la disminución de la frecuencia de aplicaciones, aumento el riesgo de cesáreas.
- **Inducción del trabajo de parto**, las tasas continúan incrementándose, sobre todo en nulíparas, aumentan el riesgo de inducción fallida tras haberse sometido a 8 horas de oxitócica EV, sin que se hayan alcanzado condiciones adecuadas.
- **Obesidad**, la prevalencia ha aumentado de manera notoria y ese trastorno también incrementa el riesgo materno o fetal.
- **Preeclampsia**, la frecuencia de las cesáreas se ha incrementado, mientras que la frecuencia de la inducción del trabajo de parto en estas pacientes se ha reducido, para evitar el riesgo de complicaciones postparto.
- **Cesáreas electivas**, aumenta cada vez más por diversas indicaciones, como la posibilidad de lesionar el piso pélvico durante el parto vaginal, para reducir el riesgo de lesión fetal o materna y por solicitud de la paciente.
- **Demandas por imprudencia profesional**, siguen contribuyendo de manera considerable a la tasa actual de cesáreas, en una recopilación de datos sobre demandas por imprudencia profesional entre 1985 y 2003, las de tipo obstétrico correspondieron al mayor número de demandas pagadas. Uno de los problemas más frecuentes fue el del lactante con daño cerebral y, en general, la indemnización promedio que se pagó por demandas obstétricas fue 28% mayor que para las otras especialidades médicas(6).

2.6. Indicaciones de cesáreas.

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Sus indicaciones se clasifican en: maternas, materno fetales y fetales(6).

2.6.1 Maternas.

A. Cesárea Previa

- **Cesárea iterativa:** gestantes sometidas dos o más cirugías uterinas previa, con apertura de cavidad endometrial, riesgo de ruptura uterina del 1,4%.
- **Cesárea previa clásica o histerotomía transversa ampliada en “T”:** el parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos de otra operación, sin embargo, el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones con riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente.
Se utiliza en presencia de otras cirugías uterinas, cesárea previa menor a 6 meses, ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia, sufrimiento fetal agudo, falta de progresión del trabajo de parto(6).
- **Cesárea Perimórtem:** extracción del feto de una madre muerta; aunque en la actualidad es rara, se efectúa para tratar de salvar al feto.

B. Placentación anormal, se debe disponer de una ecografía previa a la cesárea para determinar con precisión la localización de la placenta. Aunque la incisión segmentaria transversa es la de elección, se debe evitar incisión transperitonearia siempre que sea posible y lo más lejos posible de la inserción de cordón.

C. Solicitud de la gestante, en la actualidad la cesárea es solicitada a libre demanda por la mujer y uno de los principales motivos aludidos por la grávida tiene que ver con el “miedo al dolor en el parto”.

- D. Antecedente de cirugía vaginal previa**, debe recomendarse la cesárea con el fin de evitar daño anatómico de los tejidos reparados previamente, como en histerectomía clásica, cicatriz uterina desconocido, dehiscencia de la incisión uterina, miomectomía, traquelectomía, cerclaje, cirugía reconstructiva pélvica.
- E. Masa que obstruye el tracto genital**, los tumores que obstruyen la pelvis impiden la acomodación y descenso de la presentación; son de origen genital, uterino, anexial, pelviano o abdominal. Los más frecuentes son los fibromiomas, constituyendo a veces serio obstáculo, si su tamaño sobrepasa 7 x 5 cms.
- F. Cáncer cervicouterino invasor**, se prefiere la cesárea, para evitar complicaciones al usar la vía vaginal, puede presentarse cervicorragias, infección o hasta implantes tumorales en el sitio de la episiotomía.
- G. Deformidad pélvica**, la mala conformación del útero es una causa de distocia en el parto, las anomalías tienen influencia en el embarazo y el parto, provocando complicaciones principales en este último.
- H. infección HSV o VIH**, se recomienda la cesárea en gestantes portadoras de condriomas en cuello cervical o canal de parto de gran tamaño, que obstruyan la salida. En pacientes VIH la cesárea electiva reduce el riesgo de una prueba reactiva en el neonato, en un estudio el 93% de los neonatos obtenidos por cesárea resultaron negativos a la prueba rápida de VIH.
- I. Patologías maternas**, se desaconseja el parto vaginal en algunas circunstancias individuales por el riesgo de mortalidad y se actuará según los protocolos específicos de acuerdo a cada caso, en enfermedades como cardiopatía, neuropatía, aneurismas, malformaciones arteriovenosas cerebrales, cuadros patológicos que requieran cirugía intraabdominal.

2.6.2 Materno-fetales

- **Distocia**, constituye la indicación más frecuente de la cesárea, es difícil un análisis de las distocias como factores contribuyentes a la tasa de cesáreas, debido a la heterogeneidad inherente del trastorno. Los términos descriptivos varían desde la detención secundaria de la dilatación, interrupción del descenso, hasta las denominaciones más ambiguas y de uso frecuente(6).

- **Desproporción cefalopélvica**, diagnosticada cuando en situación de dilatación completa, dinámica activa y pujos activos, el punto guía de la presentación no llegue al tercer plano tras un periodo de tiempo que dependerá de la paridad.
- **Fracaso del parto vaginal**, se considerará que el parto está estacionado cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido más de 8 horas sin progresión de las condiciones obstétricas. La prueba de trabajo de parto a que se somete una parturienta es con relación cefalopélvica límite y mediante su vigilancia y conducción sin riesgo materno, tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto. Toda prueba de trabajo de parto debe apegarse estrictamente a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y la decisión oportuna del momento de su terminación(6).
- **Placenta previa**, Inserción parcial o total de la placenta en el segmento inferior del útero, antecediendo a la presentación fetal y cubriendo parcial o totalmente el orificio cervical interno, por lo cual evita la evacuación vaginal.
- **Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta**, Separación parcial o completa de la placenta de su sitio normal de implantación, después de las 22 semanas de gestación y antes de la expulsión completa del feto.
- **Procidencia de cordón**, Situación de urgencia obstétrica en que el cordón umbilical desciende por delante de la cabeza fetal a la pelvis y puede ser comprimido por la presentación contra el canal del parto durante la contracción uterina, causando hipoxia fetal.

2.6.3 Fetales.

- **Sufrimiento fetal**, es una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte fetal. Por lo cual se recomienda una cesárea, pero en sí no ha tenido efecto en el pronóstico del desarrollo neurológico del lactante(6).

- **Presentación anormal**, las preocupaciones por lesiones fetales, así como la infrecuencia con que la presentación pélvica cumple los criterios para una prueba de trabajo de parto hacen probable que su contribución a la tasa global de cesáreas se mantenga relativamente estática.
- **Macrostomia fetal**, se considerará la necesidad de practicar una cesárea electiva cuando el peso fetal estimado. es igual o mayor a 4000g. En pacientes diabéticas tipo I cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 4500 g.
- **Anomalías congénitas**, la mayoría de los niños con malformaciones tienen indicación de evacuación por vía alta, al llegar al termino para favorecer la mayor edad gestacional, maduración del niño malformado y evitar lesión.
- **Anormalidades del estudio Doppler del cordón umbilical**, Los casos de flujometría Doppler con compromiso hemodinámico severo presentaron acidemia y tasa alta de mortalidad intrauterina, independiente del percentil de crecimiento al nacer, por lo que no se recomienda continuar el embarazo y es necesario evacuar.
- **Trombocitopenia**, se debe al paso de los anticuerpos naturales antiplaquetarios de tipo IgG de la madre a través de la placenta. Sin embargo, no está probado que el parto por cesárea disminuya la incidencia de hemorragia intraventricular o hematomas en el neonato.
- **Traumatismo del recién nacido**, sucede con gran frecuencia en la inmadurez fetal, estrechez pélvica, partos difíciles, padecimientos congénitos, lo que explica las lesiones que se presentan en partos vaginales.

2.7 Cuidados Perioperatorios.

Cuando se enfrenta el feto a deterioro catastrófico y agudo, el nacimiento por cesárea suele estar indicado con la mayor rapidez posible. Por otro lado, de forma típica las personas programadas para cesárea se internan el día de la cirugía para ser valoradas por el personal obstétrico y anestesia, para garantizar la seguridad de las pacientes, antes del procedimiento quirúrgico, y cumplir ciertas disposiciones como los que se describen a continuación:

- **Consentimiento informado**, su obtención es un proceso complejo y no consiste solo en llenar un documento de registro médico, sino en la conversación entre el médico y paciente, con la finalidad de ampliar la conciencia que ella tiene sobre su diagnóstico y riesgos operatorios.
- **Exámenes de laboratorio**, se deben revisar los valores hematológicos y tipo de sangre de manera reciente. Si esta última es negativa, hay que asegurarse de que se cuenta con suficiente sangre compatible.
- **Ayuno**, se debe cumplir ocho horas antes del procedimiento.
- **Uso de pantalones con compresión**, se recomienda el uso antes de la cesárea, porque el riesgo de tromboembolia aumenta con el embarazo y se duplica en la cesárea, por lo común se interrumpe una vez que la mujer camina.
- **Recortar el vello del campo operatorio**, el mismo día ya que disminuye el número de infecciones.
- **Antiácido**, administrar previo anestesia 30ml VO dosis única, para disminuir el riesgo de lesión pulmonar por broncoaspiración de ácido estomacal.
- **Sedación**, la noche anterior a la operación se puede dar un sedante a la hora de acostarse. Pero en términos generales, no se administran hasta el posparto.
- **Ruidos cardiacos fetales**, se documentan previo a la cesárea, en el quirófano.
- **Sonda vesical**, se coloca para que la vejiga este vacía y lejos de la incisión de histerotomía, impide la retención urinaria provocada por la analgesia regional y permite una medición posoperatoria precisa, reducir el tiempo de uso.

2.8 Prevención de infecciones y seguridad operatoria.

En general las complicaciones infecciosas son frecuentes después de las cesáreas, es por ello que innumerables investigaciones, indican la implementación de medidas preventivas preoperatorias. La preparación de la piel de la pared abdominal con soluciones de clorhexidina o yodopovidona, es eficaz para evitar infecciones de la incisión. Así como la limpieza preoperatoria de la vagina con hisopos humedecidos con yodopovidona, para evitar una metritis posoperatoria.

El uso de antimicrobianos betalactámicos, como cefalosporina o derivado penicilínico de amplio espectro, una hora antes de la cesárea en una sola dosis, favorece a la disminución de infecciones, en comparación con la administración después de pinzar el cordón umbilical. Una decisión eficaz y barata es 1 gr EV de cefazolina, 1 hora antes de la cirugía a dosis única; en obesas, se administran 2 gr EV de cefazolina. Si la paciente es alérgica, se utilizarán 600 mg EV de clindamicina, 1 hora antes de la cirugía a dosis única y obesas 900 mg EV.

2.9 Seguridad operatoria.

Se ha planteado un protocolo para evitar errores operatorios, que incluye tres componentes: verificar todos los documentos importantes antes de cesárea, identificar el sitio a operar y corroborar la identificación de la paciente antes de comenzar la cesárea. Es crucial para la seguridad operatoria el recuento de instrumentos, torundas y agujas antes y después de la cirugía. Si no hay una conciliación de las cifras después de la exploración vaginal o abdominal, habrá que tomar radiografías en busca de objetos extraños olvidados.

2.10 Técnicas para el parto por cesárea.

2.10.1 Incisiones Abdominales.

Por lo general en obstetricia se escogen dos incisiones para la laparotomía, una incisión vertical media (infraumbilical) o transversa suprapúbica (Pfannenstiel)(8).

A. Incisión Transversa (Pfannenstiel).

La incisión se guía por las líneas de Langer, por consiguiente, es posible obtener resultados estéticos excelentes, tasas menores de dolor posoperatorio, de dehiscencias de la fascia y hernia incisional. No se aconseja en caso se necesita un gran espacio quirúrgico o cuando se requiere entrar en la parte superior del abdomen, dentro de sus desventajas se incluye la posibilidad de dañar estructuras neurovasculares, generando la formación de hematomas, complicaciones neurológicas, acumulación de líquido purulento entre planos.

Técnica

- **La piel y el tejido subcutáneo**, se seccionan mediante una incisión lineal transversa, ligeramente curva y baja, se lleva a cabo a la altura de la línea de implantación del vello púbico, y se extiende por afuera de los bordes laterales de los músculos rectos mayores. Por lo general 3 cm por arriba del borde superior de la sínfisis del pubis y se extiende de 12 a 15 cm de forma típica.
- **La capa subcutánea**, la disección cortante se continúa a través de la capa subcutánea hasta la fascia. Casi siempre se identifican los vasos epigástricos superficiales entre la piel y la fascia, a varios centímetros de la línea media. Si se laceran, se deben electrocoagular o ligarse con catgut simple 3-0.
- **La fascia**, se secciona de manera transversa en la línea media, con un instrumento cortante, con extensión lateral de la incisión. Una vez cortada, el borde inferior se toma con pinzas y un asistente la eleva, para separar la vaina aponeurótica de los músculos rectos, por disección roma o cortante, hasta el borde superior de la sínfisis del pubis. Después se toma el borde superior de la fascia y se separa de los músculos rectos, cerca del ombligo.
- **Los músculos rectos anteriores y el piramidal**, se pueden utilizar dos técnicas, Pfannenstiel, los músculos se separan en la línea media por disección roma y cortante, para dejar al descubierto la fascia transversalis y el peritoneo. Maylard, el cirujano secciona en sentido transversal el vientre de los músculos rectos del abdomen para ensanchar el espacio operatorio.
- **La fascia transversalis y la grasa preperitoneal**, se disecan con cuidado hasta llegar al peritoneo subyacente. Se abre del extremo superior de la incisión con un instrumento roma o elevando con dos pinzas hemostáticas situadas con una diferencia de 2 cm, Se explora y palpa el pliegue elevado del peritoneo entre las pinzas para asegurar que no esté junto al epiplón, los intestinos o la vejiga.
- **El peritoneo**, la incisión se extiende hasta el polo superior de la misma y en sentido inferior a un punto por arriba de la reflexión peritoneal sobre la vejiga en ese sentido (8).

B. Incisión vertical media (infraumbilical)

Sólo en circunstancias especiales, se recurriría a esta incisión. Sus beneficios incluyen; penetración rápida, pérdida hemática mínima, es más fácil el acceso a la mitad superior del abdomen, espacio quirúrgico amplio, ninguna estructura neurovascular importante está situada en el trayecto de la incisión. Desventajas resultados estéticos más insatisfactorios, mayor frecuencia de dehiscencia aponeurótica o hernia postquirúrgica, dolor posoperatorio más intenso. En la mujer con obesidad mórbida es preferible una incisión vertical que se extienda hacia arriba y alrededor del ombligo, para no seccionar el gran panículo adiposo.

- **Técnica:** Siguiendo la línea infraumbilical, se incide de 2 a 3 cm por arriba del borde superior de la sínfisis del pubis y su extensión es de 12 a 15 cm. A nivel de la fascia, se hace un orificio pequeño con un instrumento cortante en la mitad superior de la línea blanca y se colocan los dedos índice y medio detrás de la fascia y se extiende la incisión hacia arriba y abajo con tijeras o bisturí. La separación de los músculos en la línea media y la penetración al peritoneo son similares a las que se realizan con la incisión de Pfannenstiel (8).

2.10.2 Incisiones Uterinas.

También llamada histerotomía, es una incisión quirúrgica realizada en el útero, que puede tener orientación transversa u horizontal.

Clasificación de incisiones.

- **Incisión Kerr**, es el corte trasversal del segmento uterino inferior, descrita por Kerr en 1921. Es la que se prefiere, ya que su reparación es más fácil porque está situada en un segmento inactivo con pocas probabilidades de romperse durante un embarazo ulterior, ocasiona menos hemorragias e impide el desarrollo de adherencias en intestinos o epiplón sobre la línea incisiones.
- **Incisión Kronig**, es el corte vertical del segmento uterino inferior, que en ocasiones se puede usar, descrito por Kronig en 1912.

- **Incisión clásica**, es el corte vertical en el cuerpo uterino, comúnmente no se usa, porque abarca el segmento uterino superior, que es la porción contráctil y se rompe con facilidad en embarazos ulteriores, contraindicando una prueba de trabajo de parto. Indicación materna, vejiga con adherencias densas, leiomioma en el segmento uterino inferior, cáncer cervicouterino invasor, obesidad mórbida, placenta previa anterior, placenta percreta y embarazo múltiple. Indicación fetal, situación transversa dorso inferior, impactación del hombro en el conducto del parto, presentación de nalgas atrapado por el fondo del útero contraído.

Consideraciones previas a la histerotomía.

Previo a la incisión se debe palpar el fondo y anexos para identificar los grados de rotación del útero, puede estar dextrorrotada de tal forma que el ligamento redondo izquierdo se encuentre en sentido más anterior y cerca de la línea media. En tal caso, el sitio de la histerotomía se modifica de modo que la incisión quede centrada dentro del segmento inferior y se evite lacerar la arteria uterina izquierda. Si hay meconio espeso, corioamnionitis o asas intestinales que sobresalen, se utilizan compresas húmedas, con la finalidad de absorber líquido cubrir asas.

A. Técnica Incisión Transversa Kerr.

- **Tejido vesicouterino**, se toma en la línea media con pinzas y se secciona con tijeras en sentido transverso la reflexión del peritoneo +/- 1 cm. Luego se corta en sentido lateral desde la línea media hasta el margen lateral, orientándose un poco hacia arriba. Posteriormente se eleva el borde inferior del peritoneo y se separa en sentido descendente la vejiga del miometrio subyacente, mediante disección roma o cortante, no excediendo 5 cm. Con la finalidad de abrir el peritoneo visceral y dejar al descubierto el miometrio.
- **Histerotomía**, se penetra al útero a través del segmento uterino inferior descubierto, +/- 1 cm por debajo del borde de la reflexión peritoneal. Con el bisturí se corta en forma transversa de 1 a 2 cm en la línea media. La dehiscencia del musculo se realiza con pinzas o yema de los dedos. Una vez abierto el útero, se extiende la incisión en sentido lateral y un poco hacia arriba con cada dedo índice.

Si el segmento inferior es grueso se secciona con tijeras, colocando los dedos índice y medio de la mano no dominante por detrás del miometrio y sobre las partes fetales para evitar desgarros en el producto. Si en la línea de incisión se topa con la placenta, es necesario despegarla y culminar el nacimiento con la mayor prontitud. Si la histerotomía no aporta espacio, se pueden realizar una de tres incisiones o combinarlas; incisión en J, extiende una esquina de la incisión en sentido superior; incisión en U, extiende ambas esquinas en sentido superior, incisión en T, extiende la incisión en la línea media (8).

B. Técnica Incisión vertical o clásica.

Se comienza con un bisturí por arriba del nivel de la vejiga a nivel del cuerpo uterino, la dehiscencia del musculo se realiza con pinzas o yema de los dedos, y se extiende en sentido superior con tijeras oblicuas, colocando los dedos de la mano no dominante entre el miometrio y el feto para evitar desgarros del producto (8).

2.10.3 Extracción del feto.

En presentación cefálica, se desliza una mano al interior de la cavidad uterina entre la sínfisis del pubis y la cabeza fetal. Con los dedos y la palma, se eleva la cabeza suavemente y extrae el cuerpo con una pequeña presión transabdominal leve en el fondo del útero. Cuando sale la cabeza, se pasa un dedo por el cuello para ver si está rodeado por cordón umbilical y se desliza sobre la cabeza. Se toma con ambas manos la cabeza, y rota a una posición occipitoiliaca transversa, se aplica tracción descendente hasta que el hombro anterior cruce la incisión; luego se saca el hombro posterior con movimiento ascendente constante hasta el nacimiento del cuerpo. El cordón umbilical se pinza y se entrega el recién nacido.

Si la cabeza no está “moldeada”, es posible que la parturienta no pasó por la segunda fase, y no haya un punto cefálico directriz. Siendo difícil elevarla en un segmento inferior engrosado y se tenga que recurrir al uso de fórceps o ventosa.

Si la cabeza esta “encajada”, generalmente ocurre en DCP, agrava los riesgos de extensión de la histerotomía y hemorragia. Hay tres consideraciones para la

extracción, método de impulso, presión ascendente que ejerce un asistente con la mano en la vagina; método de “acercamiento”, se toman las piernas del producto y las extrae a través del orificio de histerotomía (6). Una vez nacido el producto:

- Se administra 20u EV de oxitócica en 1Lt de solución de cristaloides, a velocidad de 10 ml/min. Y al contraerse el útero, se lentifica la velocidad de goteo. Otra posibilidad es usar carbetocina, alcaloides del cornezuelo, misoprostol, uso de ácido tranexámico.
- Masaje del fondo uterino para acelerar la separación y expulsión de la placenta.
- Observa la incisión del útero en busca de puntos que sangren de manera profusa y obturar con pinzas de anillos.

2.10.4 Expulsión de la placenta.

Se extrae la placenta, con moderada tracción del cordón y se inspecciona. Después del alumbramiento, se eleva el útero a través de la incisión para llevarlo a la pared abdominal, se cubre con una compresa húmeda y limpia la cavidad uterina con una torunda de gasa para extraer restos de membranas y coágulos.

Sus ventajas incluyen identificar de inmediato un útero atónico, visualizary reparan con mayor facilidad los puntos sangrantes, mejor exposición de anexos facilitando la esterilización. La desventaja incluye molestias y vómitos. El no exponerlo no disminuye las cifras de complicaciones febriles o perdida hemática. Antes, se introducían los dedos con doble guante o pinzas de anillos a través de la histerotomía para dilatar el cuello cerrado; pero no es recomendable(6).

2.10.5 Reparación uterina.

Se revisan con cuidado los bordes cortados de la incisión uterina en busca de vasos sangrantes. Una vez se iniciada la sutura es importante no extraer la aguja una vez que penetre en el miometrio, para que la perforación de vasos y la hemorragia sea mínima (6).

- **Transversa**, el punto inicial se coloca después de un ángulo de la incisión uterina, hasta más allá del ángulo contrario de la incisión, con material absorbible 0-1, o suturas sintéticas de absorción tardía. Se puede cerrar el útero con 1 sola capa, pero si la aproximación no es satisfactoria o persisten sitios sangrantes, se necesitará 2 capas de sutura (puntos individuales o continuos en colchonero).
- **Vertical**, se utiliza una hilera de sutura continua con catgut crómico calibre 0 o 1, para aproximar las mitades más profundas. Después, se cierra con una sutura continua o puntos en forma de ocho, el plano externo del miometrio. Para una aproximación satisfactoria y evitar que el material de sutura desgarré el miometrio, es útil que el asistente comprima el útero en cada lado de la incisión.

2.10.6 Cierre abdominal.

Se retiran todas las compresas y se limpian las correderas parietocólicas y el fondo del saco posterior de sangre y líquido amniótico mediante aspiración suave. Algunos cirujanos irrigan las correderas parietocólicas y el fondo de saco, sobre todo en presencia de infección o meconio. Sin embargo, el lavado incrementa las náuseas y no disminuye la infección. Después de hacer el recuento de compresas e instrumentos y éste resulta correcto, se cierra la incisión abdominal por planos e identifican los sitios sangrantes en cada capa, se pinzan, ligan o coagulan(6).

- **Peritoneo parietal**, sutura continua con catgut crómico 2 o 0. Muchos cirujanos omiten el cierre porque aseguran que tiene poca utilidad o si hay distensión intestinal, pero puede proteger al intestino cuando se sutura la aponeurosis.
- **Músculos**, 1-2 puntos de sutura en forma de 8, con catgut 0 o 1.
- **Aponeurosis**, se cierra con puntos separados de sutura de absorción lenta del 0, con no más de 1 cm de intervalo, o mediante sutura continua no anclada.
- **Tejido subcutáneo**, no se cierra si mide < 2 cm, pero si es >2 cm se recomienda, para minimizar la formación de seromas, hematomas, infección y dehiscencia.
- **Piel**, se cierra con puntos verticales de colchonero con seda de 3-0 o 4-0, subcuticular 4-0 continua o grapas cutáneas.

2.11 Asistencia periparto y postparto intrahospitalaria.

Por todo lo mencionado, además de la vigilancia minuciosa de los signos vitales y la diuresis, también hay que cuantificar el hematocrito durante la operación y después de ella(6).

A. Soluciones intravenosas, las pérdidas hemáticas en una cesárea sin complicaciones se acercan a 1000 ml. Por lo cual durante y después del parto, son muy variables las necesidades de soluciones intravenosas, los fluidos que se administran son lactato de Ringer o soluciones cristaloides con glucosa al 5%. Por lo regular durante la cirugía se introducen como mínimo dos a tres litros.

B. Atención en sala de recuperación, se valora cada 60 min por cuatro horas; los signos vitales, el tono uterino, diuresis y signos de hemorragia y después c/4hrs.

C. Transferencia a sala posparto, una vez comienza a disminuir la analgesia y se recupera por completo la conciencia, entre los criterios para transferencia están; hemorragia mínima, signos vitales estables y diuresis adecuada.

D. Atención hospitalaria hasta el alta.

- **Analgesia,** conforme disminuye la analgesia, se genera dolor del sitio quirúrgico siendo necesario analgésicos EV intermitente. La morfina obtiene mejor analgesia que la meperidina, ya que se acompaña con cifras mayores de amamantamiento y estancia compartida con el recién nacido.
- **Alimentación,** estable se brindan alimentos sólidos después de 8 h.
- **Sonda,** se extrae la sonda de Foley al cumplirse 12 horas.
- **Deambulación temprana,** disminuye el riesgo tromboembolia venosa; el día siguiente debe deambular al menos dos veces al día, después de la administración de analgésicos para disminuir las molestias.
- **Lactancia,** puede comenzar el mismo día de la operación, pero si la madre decide no amamantar, se usa una faja de soporte para los senos.
- **Íleo adinámico,** casi en todas las operaciones aparece cierto grado, pero es insignificante, incluye distensión abdominal, meteorismo e incapacidad de expulsar gases o heces. El tratamiento comprende administración e de soluciones y electrolitos, pero si es grave descompresión por vía nasogástrica.

2.12 Cuidados de la herida y alta.

Por lo común se da de alta, al tercer o cuarto día después del parto, pero en circunstancias estables, pueden ser dadas antes. El retiro de suturas o grapas de piel es al cuarto día, sin embargo, si hay preocupación de una dehiscencia, será mejor su retiro de siete a 10 días. El baño para el tercer día, ya no es dañino para la incisión. Las actividades en la primera semana deben limitarse a cuidados personales y la atención del recién nacido. El tiempo para regresar al trabajo por lo común es de seis semanas hasta doce, para fortalecer el vínculo (7).

2.13 Complicaciones.

La tasa de complicaciones obstétricas graves se ha incrementado y gran parte de este aumento fue consecutivo a la mayor frecuencia de cesáreas. La morbilidad materna es dos veces mayor con la cesárea en comparación con el parto vaginal y aumenta de manera notoria en mujeres con obesidad. Todas esas alteraciones patológicas, así como el mayor tiempo de recuperación generan una duplicación de los costos. (Anexo 3)(6).

- **Hemorragia y transfusión**, las mujeres sometidas a cesárea en periodo expulsivo tienen 3,1 veces más probabilidades de sufrir la pérdida de sangre mayor de 1000 ml y tienen 2,9 probabilidades de ser trasfundidas.
- **Infecciones**, la infección de la herida es una complicación más tardía, y fuera del periodo hospitalario. Los signos a vigilar siempre son la fiebre, náuseas y vómitos y el mal estado general. Se debe investigar el foco de infección, siendo la propia herida quirúrgica, sangre retenida, o absceso intraabdominal.
- **Dehiscencia**, es una complicación quirúrgica en el que la herida se separa o se abre repentinamente, por lo regular sobre una línea de sutura. Dada usualmente por el desarrollo deficiente de matriz extracelular y la cantidad inadecuada de colágeno o los defectos del mismo.

- **Hematoma**, está causado por una hemorragia de los vasos sanguíneos entre el músculo abdominal y la piel; tras la cirugía existe un vaso que no se ha coagulado y sigue sangrando, y como está entre dos capas la sangre no puede escapar.
- **Complicaciones de la anestesia**, la cesárea es un procedimiento que se puede realizar con anestesia general o regional. Dado que la anestesia general en la cesárea se ha asociado a diversas complicaciones, cada vez es menos utilizada como técnica anestésica de elección.
- **Tromboembolismo**, se calcula que hasta el 20% de las muertes postoperatorias son debidas a embolismo pulmonar.
- **Paro cardíaco**, las causas de paro cardíaco en la mujer tienen relación directa con el estado gravídico y se asocian específicamente al momento del parto.
- **Histerectomía**, suelen realizarse para cohibir o evitar hemorragias por atonía uterina imposible de tratar o placentación anormal. Parte de tal incremento se ha atribuido a la cantidad cada vez mayor de partos por cesárea y a las complicaciones que conlleva en nuevos embarazos.
- **Fallecimiento**, atribuibles tan sólo a la cesárea son inusuales, de cualquier manera, una cesárea urgente conlleva un riesgo casi nueve veces mayor de fallecimiento materno en relación con el parto vaginal, incluso la cesárea electiva se vincula con un riesgo casi del triple(6).

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1 Tipo de estudio.

El tipo de estudio que se realizó, para el trabajo de investigación fue cuantitativo, debido a que este planteo un problema de estudio delimitado y concreto, con base a la medición numérica y el análisis estadístico. (9)

Su alcance fue descriptivo porque buscó especificar propiedades, características y rasgos importantes del tema en estudio. Fue de corte transversal, ya que recolecto datos en un único momento; y retrospectivo, debido a que hizo referencia a un tiempo pasado, de enero a junio del año 2019.(9)

3.2 Tipo de diseño.

El diseño de la investigación fue no experimental, porque este se realizó sin la manipulación de variables, es decir que no se construyó ninguna situación y solo se observó el problema de la investigación en su ambiente natural, para luego ser analizado. (9)

3.3 Universo de estudio.

El estudio se realizó en pacientes, que fueron sometidas a cesárea, durante el periodo comprendido de Enero a Junio del año 2019, en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, en el área de Ginecología y Obstetricia.

Una vez se definió el periodo de investigación, se realizó la revisión del Sistema Informativo Perinatal (SIP), proporcionada por el área de digitación del SIP. Para obtener el número de pacientes obstétricas atendidas en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el periodo comprendido de Enero a Junio del año 2019, obteniendo un universo de 703 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, de esto de extrajo una muestra total de 126 pacientes sometidas al estudio de investigación.

Muestra y el diseño muestra en la investigación.

El diseño muestra fue no probabilístico, debido a que la elección de la población en estudio dependió únicamente de las características relacionadas con la investigación. La muestra se calculó por la siguiente fórmula:
$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{(N - 1) E^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$

n = tamaño de muestra.

N = tamaño de población.

Z = valor crítico correspondiente a un coeficiente de confianza (1.96 = 95 %).

P = proporción poblacional de ocurrencia de un evento (50 % = 0.50).

Q = proporción poblacional de no ocurrencia de un evento (1 - 0.50).

E = error muestral (Diferencia entre el estadístico y el parámetro) (5%=0.05).

$$n = \frac{1.96 (0.50) (1 - 0.50) (703)}{(703-1) (0.05)^2 + 1.96^2 (0.50) (1-0.50)} = \frac{344.47}{1.755 + 0.9602 \cdot 7154} = 126$$

Criterios de inclusión y exclusión.

A. Criterios de inclusión

- Pacientes obstétricas.
- Pacientes sometidas a cesáreas.
- Atendidas en Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.
- De enero a julio del año 2019.

- Criterios de exclusión

- Pacientes no obstétricas.
- Pacientes sometidas a parto vaginal.
- Atendidas en otro establecimiento de salud.
- Fuera del periodo de estudio.

3.4 Métodos e Instrumentos de recolección de datos.

La técnica que se aplicó para realizar el estudio de investigación fue la revisión del SIP, de pacientes obstétricas atendidas en el área de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el periodo de enero a junio del año 2019, que fueron sometidas a cesáreas. Con la finalidad de obtener información específica y detallada; de la prevalencia, principales factores de riesgo, indicaciones y complicaciones, para dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio de investigación.

El instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos (Anexo 4), creada en el programa de Microsoft Excel 2007, con el propósito de introducir y recopilar información de los expedientes de cada paciente obstétrica, de manera ordenada y sencilla.

3.5 Plan de procesamiento de datos.

Con la información recolectada en el trabajo de investigación, el procesamiento de los datos se realizó de forma manual, en donde se calcularon medidas de frecuencia, crearon tablas y gráficas, utilizando el programa Microsoft Office Excel 2007, con el propósito de realizar sus respectivos análisis y dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteadas en el estudio de investigación.

3.6 Limitantes de la Investigación

La limitante para el estudio se basó, en que debido a la situación actual del país con la pandemia de COVID 19, fue difícil acceder a expedientes clínicos o a la revisión del registro de procedimientos quirúrgicos, de manera oportuna y eficaz. Por múltiples restricciones que se implementaron para evitar la aglomeración y contagio del virus, con la finalidad de salvaguardar la salud del personal hospitalario. Por lo cual el estudio se centró en información proporcionada únicamente por el SIP, cuyo sistema se encarga de la vigila la salud materno infantil y está constituido por el carnet perinatal, historia clínica perinatal y sistema computarizado.

3.7 Aspectos éticos de la investigación.

En El Salvador, la salud es un derecho humano inalienable, elevado a la categoría de bien público. En donde una cesárea es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal, en pacientes con factores de riesgo. Sin embargo, las alarmas han saltado ante el incremento de los casos, representando un problema de salud público de alto impacto con repercusión en diferentes ámbitos

El beneficio de realizar esta investigación, es mostrar la prevalencia e identificar los principales factores de riesgo, que conllevan a la realización de cesáreas y sus complicaciones. El estudio se enfocó en pacientes que han sido intervenidas quirúrgicamente por cesárea en el área de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, por lo cual fue necesario ingresar en el Sistema Informativo Perinatal (SIP), con el propósito de obtener los datos necesarios para dar respuesta a los objetivos planteados en esta problemática. Al ingresar únicamente por este sistema se garantizó la confidencialidad y el resguardo de la integridad, debido a que este no reveló la identidad de la paciente. Así que los datos se almacenaron de manera anónima en una ficha de recolección de datos y no fueron utilizados con fines diferentes a los del estudio de investigación.

Por lo cual fue necesario elaborar un documento por escrito dirigido al comité de ética en Investigación institucional (anexo 5) y directora institucional (anexo 6), junto con el protocolo de investigación, con el propósito de recibir su consentimiento para realizar la investigación. Dando a conocer los resultados obtenidos por escrito, conclusiones, recomendaciones y propuestas para mejorar el problema de estudio.

3.8 Operacionalización de las variables de investigación.

<p>Tema: “Prevalencia de cesáreas en pacientes obstétricas, atendidas en el área de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el periodo de enero a junio del año 2019.”</p>					
<p>Objetivo General: Determinar la prevalencia de cesáreas en pacientes obstétricas, atendidas en el área de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el periodo de enero a junio del año 2019.</p>					
Objetivos Específicos	VARIABLES	Definición de variable	Indicadores	Técnicas	Instrumento
Identificar los principales factores de riesgo asociados a Cesáreas, en pacientes obstétricas, atendidas en el área de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el periodo de enero a junio del año 2019.	Factores de riesgo	Factores relacionados con el estado de salud de la madre y el feto, que inciden en el apareamiento de una patología.	Paridad Edad Obesidad Preeclampsia	Revisión SIP	Ficha de recolección

Conocer las principales indicaciones de Cesáreas, en pacientes obstétricas, atendidas en el área de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el periodo de enero a junio del año 2019.	Indicación de Cesáreas	Describe una razón válida para emplear un procedimiento médico o técnica quirúrgica	Maternas Materno fetales Fetales	Revisión SIP	Ficha de recolección
Mencionar las complicaciones postparto abdominal más frecuentes, en las pacientes obstétricas, atendidas en el área de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el periodo de enero a Junio del año 2019.	Complicaciones	Es toda desviación del proceso de recuperación que se espera, después de una intervención quirúrgica.	Hemorragia Infección Dehiscencia Hematoma Transfusión Complicación de anestesia Tromboembolismo Paro cardíaco Histerectomía Fallecimiento	Revisión SIP	Ficha de recolección

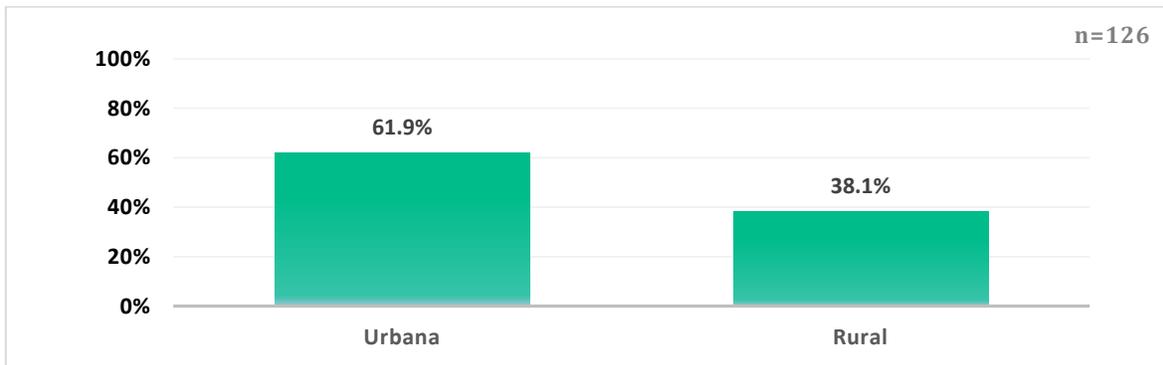
Responsables: Ruth Salguero, Lisbeth Zelayandía, Año 2019.

CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que la tasa nacional ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%, no obstante, su utilización se ha incrementado a niveles injustificados. Según el Sistema informático Perinatal (SIP), en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, para el año 2017 y 2018, los índices corregidos son de 22.1% y 19.46% respectivamente. Y para Enero a Junio de 2019 de 21.25%, constatando que superan las cifras estandarizadas como ideales, generando así un problema de salud público de alto impacto con repercusión personal, familiar e institucional.

En la presente investigación se presentan los resultados obtenidos del estudio, aplicado a 126 pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019. Para conocer antecedentes y el contexto de las pacientes obstétricas, se indagaron aspectos socio demográficas; de procedencia, estado civil y días estancia intrahospitalario.

Grafico 1: Procedencia de pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.



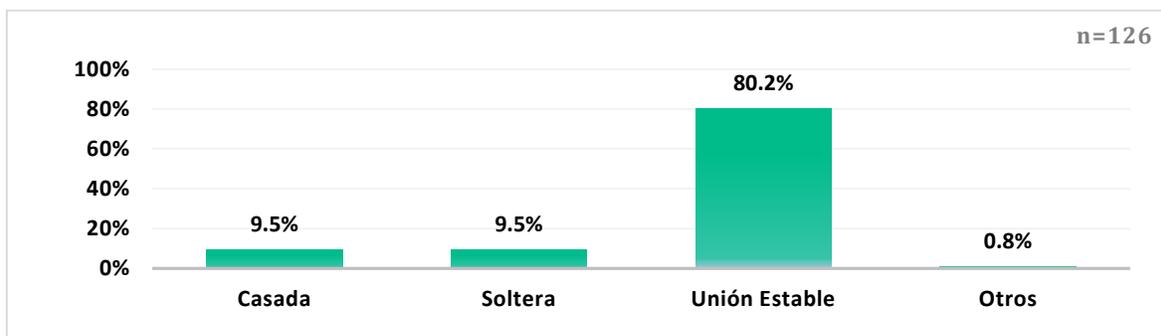
Sistema informativo Perinatal, 2020.

En el grafico 1, se expone la procedencia de pacientes sometidas a cesáreas, en donde 78 pertenece a la zona urbana, mientras que 48 a la zona rural. La cobertura que brinda el hospital a la zona occidental del país, es prevalentemente población del área urbana, ya que las mujeres de la zona rural tienen acceso a otros sistemas de salud periféricos.

En lo que respecta al lugar de procedencia, las mujeres que viven en zonas urbanas tienen más acceso a los servicios de salud y solo al sistema público, sino que también a otros sistemas como seguridad social o atención privada.

En base a esto la asistencia prenatal continúa, conlleva a mayor vigilancia fetal, por consiguiente se vincula con una mayor tasa de cesáreas. La cesárea llevada a cabo principalmente es por “sufrimiento fetal”, en muchos otros casos por la preocupación de un trazo anómalo o “desalentador”.

Grafico 2: Estado civil de pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.

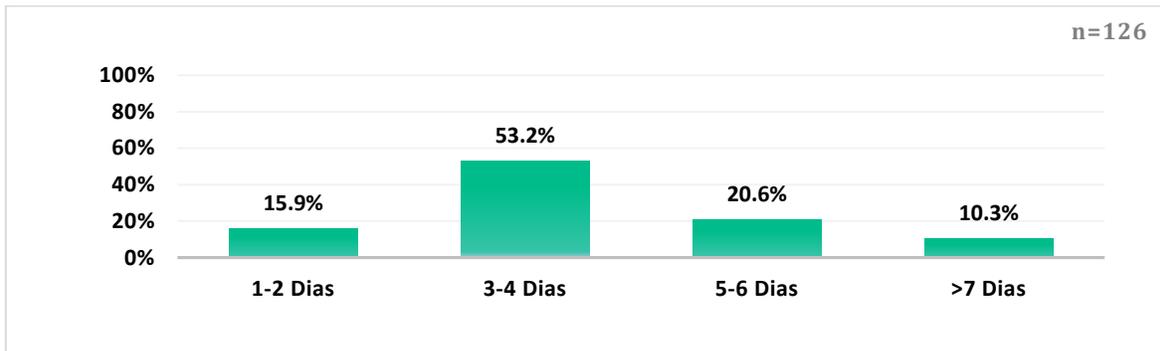


Sistema informativo Perinatal, 2020.

La salud es un estado de equilibrio entre el ser humano y su medio ambiente, de manera que, la salud depende de muchos factores además de los estrictamente médicos y/o biológicos. Respecto al estado civil, representado en la Grafica 2, se observa que de las 126 pacientes obstétricas sometidas a cesáreas, 113 pacientes convivían con pareja, mientras que 12 no lo hacían. Se evidencia que en su mayoría, las pacientes obstétricas, se encontraban en unión estable, con un total de 101. La unión estable es reconocida en la actualidad como el modelo familiar más común que a pesar de haber sido objeto de rechazo durante muchos años ha ido adquiriendo un notable reconocimiento. La población salvadoreña se caracteriza por este patrón cultural, deciden no optar por el matrimonio y adoptan la unión estable, basada en el patrón cultural familiar, donde la madre y la abuela han estado en este tipo de relación, por lo que es un fenómeno donde el factor transgeneracional es probablemente su génesis.

El estado civil puede tener diferentes connotaciones y actuar en diferentes niveles en el desarrollo de los resultados, debido a que afecta el estado socioeconómico, socioafectivo, búsqueda de atención oportuna, reflejándose en posibles complicaciones materno-fetales.

Grafico 3: Días de estancia hospitalaria de pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.

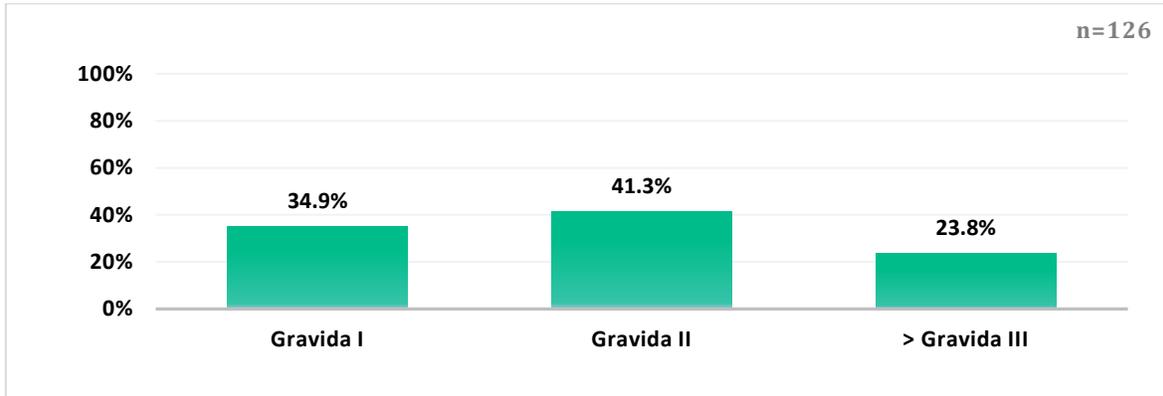


Sistema informativo Perinatal, 2020

La encuesta global de salud materna y perinatal de la OMS, indica que las cesáreas se relacionan con mayor tiempo de estancia hospitalaria, en comparación con el parto vaginal. En el grafico 3, se observa que los días de estancia intrahospitalaria promedio, posterior a cesárea; varían entre 3-4 días, con un total de 67 pacientes. Que cumplen con los criterios de estancia establecidos de una paciente sin patología, según la bibliografía consultada. (6).

Se constata además en menor medida, pero significativa que 39 pacientes estuvieron ingresadas por más de 4 días, las cuales presentaban patologías asociadas (Anexo 8). Este incremento involucra a su vez una mayor cantidad de recursos materiales como humanos, tanto para la institución como para la familia. Además hay mayor riesgo de morbilidad, generando más costos económicos al sistema de salud, dentro de algunos destacan uso de antibióticos, uso de espacio quirúrgico, complicaciones quirúrgicas y anestésicas.

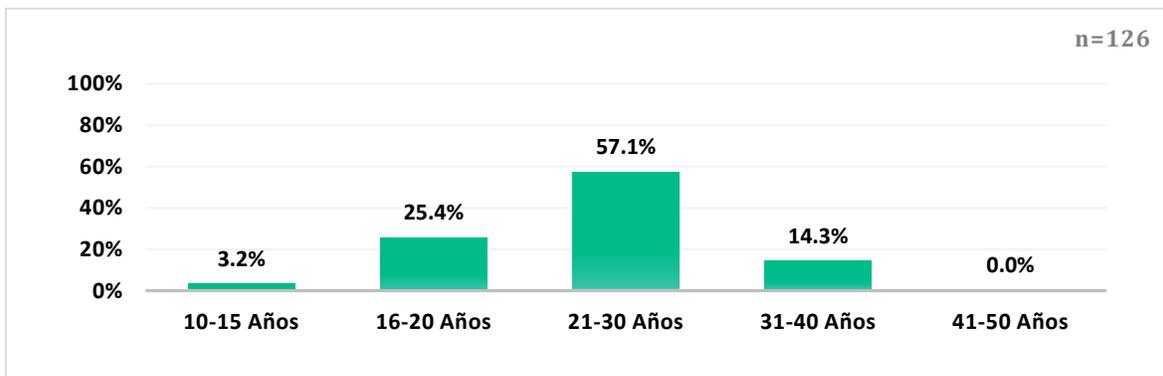
Grafico 4: Gravidez de pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.



Sistema informativo Perinatal, 2020

Los antecedentes obstétricos son presentados en la Grafica 4, verificando que 44 pacientes eran nulíparas, en tanto que 82 pacientes eran múltiparas. Si bien debido a que la principal indicación de dicho procedimiento quirúrgico es la cesárea anterior con un total de 53 de 126 pacientes, la cual se encuentra distribuida a partir de la segunda gravidez. Se evidencia que la gravidez no es un factor vinculante en la prevalencia de indicación de cesáreas, debido a que no podemos garantizar que a mayor gravidez mayor indicación de cesáreas. Ya que la estructura poblacional ha cambiado y las mujeres tienen cada vez menos hijos, por lo cual han aumentado el número de nacimientos por cesáreas en nulíparas.

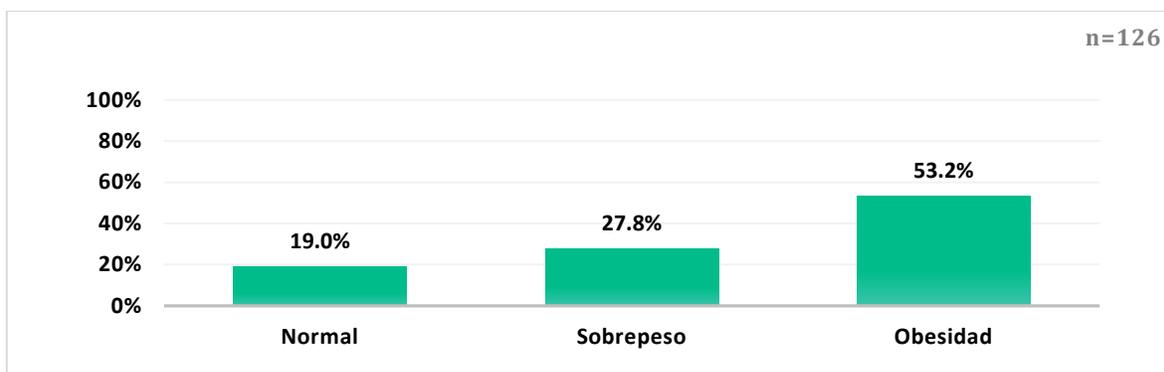
Grafico 5: Edad de pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.



Sistema informativo Perinatal, 2020

La cantidad de pacientes sometidas a cesárea según edad se representa en la Grafica 5. En donde 70 de las pacientes obstétricas que fueron sometidas a cesárea tienen entre 21 a 30 años de edad. En relación a la edad de las mujeres evaluadas en el presente estudio, el grupo de edad predominante está en el rango de edad reproductiva que es considerado el período ideal para la gestación, contrario a los resultados obtenidos algunas literaturas expresan que las edades extremas de la vida son las de mayor riesgo, principalmente la edad materna avanzada y la nuliparidad, lo que predispone aun mayor riesgo de cesárea.

Grafico 6: Obesidad en pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.

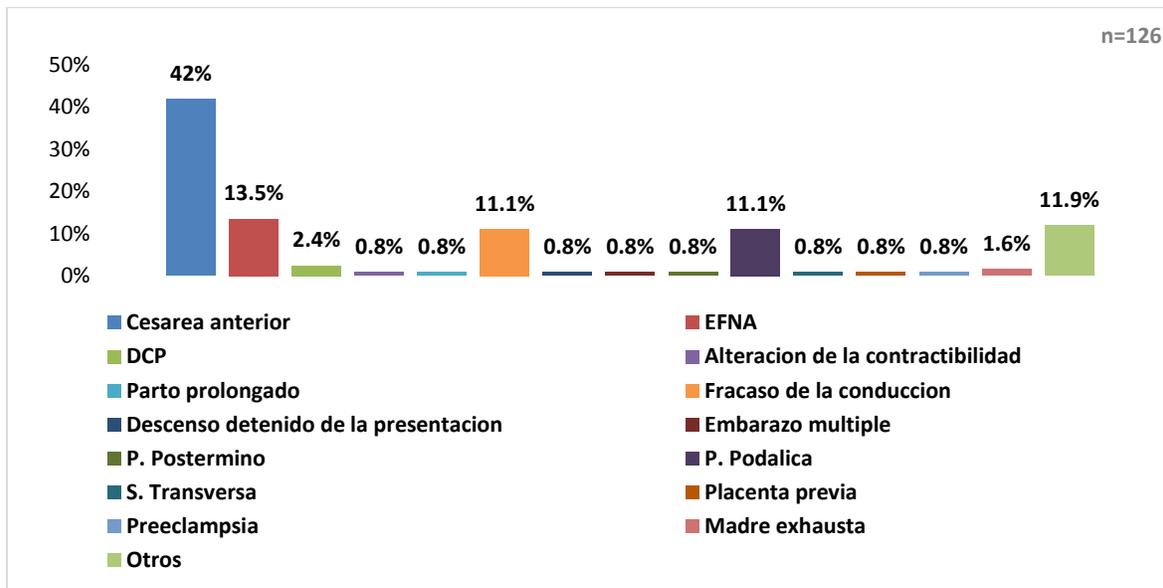


Sistema informativo Perinatal, 2020

En el grafico 6, se puede observar que 67 de las 126 pacientes sometidas a cesárea, tienen obesidad, el cual constituye un factor de riesgo para el incremento de cesáreas, ya que está vinculado al surgimiento de patologías maternas y fetales. Se puede constatar que este factor de riesgo descrito por la literatura se relaciona con pacientes que fueron sometidas a este estudio, evidenciando que en realidad la mayoría de pacientes que fueron parte del estudio.

Los Malos hábitos dietéticos en la población unidos al sedentarismo e inactividad física son los responsables de este resultado. Cabe esperar que las embarazadas tengan entonces este patrón nutricional y por ende un factor predisponente para cesárea. La obesidad es una epidemia y en la gestación, la ganancia de peso es clara, por lo que en etapas avanzadas del embarazo es frecuente que se presente obesidad en las mujeres y esto genera complicaciones maternas y fetales.

Grafico 7: Indicaciones de cesáreas en pacientes obstétricas, en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.



Sistema informativo Perinatal, 2020

Según la revisión del programa realizado a la mitad del decenio 2006, no demostró que hubiera avances, para reducir los índices de cesáreas, razones por las cuales la tasa de cesáreas sigue aumentando. Se puede observar en el grafico 8, que de 126 pacientes sometidas a cesáreas, fueron de primera vez un total de 73, mientras que 53 ya tenían una cesárea previa. Evidenciando que la mayoría se realizó como consecuencia de una patología aguda o grave de la madre o del feto con riesgo vital, lo que hizo aconsejable la finalización del embarazo como parto electivo, en curso o urgente.

Se representa además en el gráfico, que existen 4 razones principales para su indicación en donde destacan la cesárea anterior con 53, estado fetal no alentador con 17, fracaso de la conducción y presentación podálica con 14 respectivamente. Relacionándose con la literatura, ya que más del 85% de estas operaciones se realizan por cesárea previa, distocia, estado fetal no alentador o presentación anormal, estos tres últimos componen los principales indicadores para un parto por cesárea primario. (6)

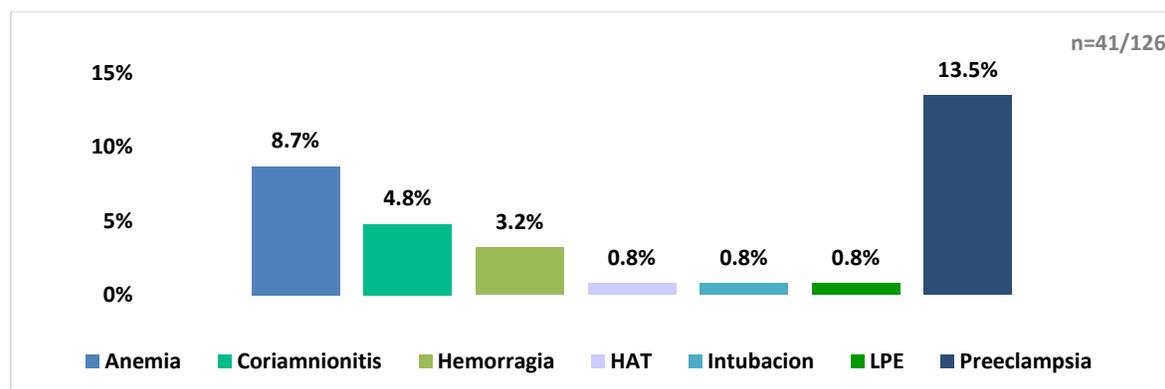
La monitorización fetal por medios electrónicos continua, se vincula con una mayor tasa de cesáreas en comparación con la auscultación intermitente, en donde la cesárea es llevada a cabo principalmente es por sufrimiento fetal agudo.

Las tasas de inducción fallida continúan incrementándose, sobre todo en nulíparas, que aumentan el riesgo tras haberse sometido a estimulación de oxitócicos, sin que se hayan alcanzado condiciones adecuadas.

El propósito de realizar una cesárea por cesárea previa, es evitar los posibles riesgos, en donde el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones por riesgo de ruptura uterina.

La infrecuencia con que la presentación pélvica cumple los criterios para una prueba de trabajo de parto hace probable, que su contribución a la tasa global de cesáreas se mantenga relativamente estática.

Grafico 8: Complicaciones en pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.



Sistema informativo Perinatal, 2020

De las pacientes obstétricas sometidas a cesáreas, 41 presentaron complicaciones, las cuales se representan en la Grafica 8. Donde se evidencia que la de mayor prevalencia fue preeclampsia con 17, seguido de anemia 11, corioamnionitis 6, hemorragia 4; en menor proporción histerectomía, intubación y laparotomía exploradora con 1 cada una.

La tasa de complicaciones obstétricas graves se ha incrementado y gran parte de este aumento fue consecutivo a la mayor frecuencia de cesáreas. La morbilidad materna es dos veces mayor con la cesárea en comparación con el parto vaginal y aumenta de manera notoria en mujeres con obesidad. Todas esas alteraciones patológicas, así como el mayor tiempo de recuperación generan una duplicación de los costos.

Los trastornos hipertensivos graves del embarazo son problemas médicos importantes que explican una proporción elevada de complicaciones maternas y fetales. La preeclampsia constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas por lo tanto, la frecuencia de las cesáreas se ha incrementado, mientras que la frecuencia de la inducción del trabajo de parto en estas pacientes se ha reducido, para evitar el riesgo de complicaciones postparto.

La corioamnionitis es un síndrome que puede afectar, tanto a la madre como al feto y que, debido a sus potenciales repercusiones, requiere de un diagnóstico y tratamiento oportuno, relacionado con sufrimiento fetal agudo por afectación de la circulación útero-placentaria.

Las mujeres sometidas a cesárea en periodo expulsivo tienen 3,1 veces más probabilidades de sufrir la pérdida de sangre mayor de 1000 ml y tienen 2,9 probabilidades de ser trasfundidas debido a hemorragias, por lo que la anemia suele ser un problema frecuente. Además, un número bajo de pacientes, aunque limitado, pero, suelen realizarse histerectomía para cohibir o evitar hemorragias por atonía uterina imposible de tratar o placentación anormal.

CONCLUSIONES

Los principales factores de riesgo asociados a cesáreas en este estudio son la obesidad con el 53.2%, preeclampsia con el 13.5%, monitoreo fetal continuo 13.5% e inducción del trabajo de parto 11.2%. La obesidad está vinculada al surgimiento de patologías maternas y fetales, que favorecen a la culminación de cesáreas. La preeclampsia, incrementa la frecuencia de la inducción del trabajo de parto para evitar el riesgo de complicaciones postparto.

Las principales indicaciones de cesáreas son la cesárea anterior con 42%, estado fetal no alentador con 13.5%, fracaso de la conducción y presentación podálica con 11.1% respectivamente, en donde estos tres últimos componen los principales indicadores para un parto por cesárea primario. Relacionándose con la literatura, ya que más del 85% de estas operaciones se realizan por cesárea previa, distocia, estado fetal no alentador o presentación anormal.

De las pacientes obstétricas sometidas a cesáreas, se evidencia que la de mayor prevalencia de complicaciones fue preeclampsia con 13.5%, seguido de anemia 8.7%, corioamnionitis 4.8%, hemorragia 3.2%; en menor proporción histerectomía, intubación y laparotomía exploradora con 0.8% cada una. La tasa de complicaciones obstétricas graves se ha incrementado y gran parte de este aumento fue consecutivo a la mayor frecuencia de cesáreas. La morbilidad materna es dos veces mayor con la cesárea en comparación con el parto vaginal y aumenta de manera notoria en mujeres con patología asociada.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

Capacitar al personal médico de los diferentes niveles de atención para que se dé una adecuada consejería preconcepcional y durante el embarazo, así como la conformación de un equipo multidisciplinario que atienda de forma integral a estas pacientes, para lograr disminuir los factores de riesgo prevenibles como la obesidad, realizando un tratamiento nutricional oportuno.

Al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana

Se recomienda, realizar una lista de chequeo que permita identificar los factores de riesgo de las pacientes que corren el riesgo de finalizar la gestación mediante cesárea, con el fin de poder identificarlos, tomando medidas preventivas a tiempo para lograr disminuir la prevalencia de cesáreas.

Al departamento de Ginecología y Obstetricia

Que el personal médico realice historias clínicas completas y adecuada valoración obstétrica incluyendo examen físico completo, antecedentes de interés, identificación de factores de riesgo al momento del ingreso de la paciente lo que permitirá obtener excelente información para determinar si esta es candidata a parto vaginal o si presenta alguna indicación que permita indicar la cesárea con todas las medidas preventivas y evitar futuras complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Julio Miguel Bustamante-Núñez OEVR,JLP,JP. frecuencia e indicacion de . cesárea. [Online].; 2014. Available from: file:///C:/Users/roma/Downloads/Dialnet-FrecuenciaEIndicacionDeCesareaEnElHospitalProvinci-4755872.pdf.
- 2 OMS. Declaración sobre tasas de cesárea. [Online]; 2015. Available from: . https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR15.02spa.pdf
- 3 OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las . infecciones maternas en el parto. [Online].; 2015. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205685/WHO_RHR_16.01_spa.pdf;jsessionid=2865C0384C18614868CD86B47A422F5B?sequence=2.
- 4 Dra. Norla Virgen Frias Chang DNdIMBD. Infección del sitio quirúrgico . poscesárea. [Online].; 2016. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n5/san02205.pdf>.
- 5 OPS. las cesareas, situación en las americas. [Online].; 2018. Available from: . https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=696-boletin-informativo-sobre-cesareas&Itemid=235.
- 6 F. Gary Cunningham KJLSLBCYSJSDBLHBMJCSS. Obstetricia williams: . McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.; 25 Edición 2015.
- 7 F. Gary Cunningham KJLSLBCYSJSDBLHBMJCSS. Obstericia Williams: . McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.; 23 Edición 2010.
- 8 F. Gary Cunningham KJLSLBCYSJSDBLHBMJCSS. Williams. Ginecologia. 24th . ed.: MC GRAW HILL CASTELLANO; 2a edicion 2014.
- 9 Hernandez Sampieri R FcCBLP. Metodologia de la Investigacion 4a , editor. . mexico DF: McGraw-Hill; 2007.

ANEXOS

Anexo 1

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL (SIP) HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA

Partos del 01/01/2017 y 31/12/2017.

Terminación	Total casos	% Total de casos	% Casos validos
Vaginal espontánea	3509	65.3	65.3
Cesárea	1865	34.7	34.7
Otra		.	.
Total		N casos= 5374	N casos válidos=5374

Sistema informativo Perinatal, 2020.

Partos del 01/01/2018 y 31/12/2018.

Terminación	Total casos	% Total de casos	% Casos validos
Vaginal espontánea	3468	69.4	69.4
Cesárea	1532	30.6	30.6
Otra		.	.
Total		N casos= 5000	N casos válidos=5000

Sistema informativo Perinatal, 2020.

Partos del 01/01/2019 y 30/06/2019.

Terminación	Total casos	% Total de casos	% Casos validos
Vaginal espontánea	2146	42.9	42.9
Cesárea	703	14.1	14.1
Otra		.	.
Total		N casos= 5000	N casos válidos=5000

Sistema informativo Perinatal, 2020.

Anexo 2

INDICACIONES DE CESÁREA

CUADRO 30-1. Algunas indicaciones para practicar una cesárea

Maternas

Cesárea anterior
Placentación anormal
Solicitud de la gestante
Histerectomía clásica previa
Cicatriz uterina de tipo desconocido
Dehiscencia de la incisión uterina
Miomectomía previa de espesor total
Masa que obstruye el tracto genital
Cáncer cervicouterino invasor
Traquelectomía previa
Cerdaje permanente
Cirugía reconstructiva pélvica previa
Deformidad pélvica
Infección por HSV o VIH
Cardiopatía o neumopatía
Aneurismas o malformaciones arteriovenosas cerebrales
Cuadros patológicos que requieran cirugía intraabdominal simultánea
Cesárea perimórtem

Matemofetales

Desproporción cefalopélvica
Fracaso del parto vaginal quirúrgico
Placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta

Fetales

Estado fetal muy preocupante
Presentación anormal
Macrosomía
Anomalías congénitas
Anormalidades del estudio Doppler del cordón umbilical
Trombocitopenia
En un parto anterior, traumatismo del recién nacido durante el parto

Fuente: Williams Obstetricia. 24th ed: MC GRAW HILL; 2015. Pagina 588

Anexo 3

COMPLICACIONES VINCULADAS A CESÁREAS

CUADRO 30-2. Complicaciones vinculadas con la cesárea planificada de bajo riesgo^a en comparación con el parto vaginal programado en mujeres sanas en Canadá, 1991-2005

Complicación	Tipo de parto planeado ^b	
	Por cesárea n = 46 766	Vaginal n = 2 292 420
Morbilidad global	1 279 (2.73)	20 639 (0.9)
Histerectomía	39 (0.09)	254 (0.01)
Transfusión	11 (0.02)	1 500 (0.07)
Complicaciones de la anestesia	247 (0.53)	4 793 (0.21)
Choque hipovolémico	3 (0.01)	435 (0.02) ^c
Paro cardíaco	89 (0.19)	887 (0.04)
Tromboembolia venosa	28 (0.06)	623 (0.03)
Infección puerperal	281 (0.60)	4 833 (0.21)
Dehiscencia de la herida	41 (0.09)	1 151 (0.05)
Hematoma de la herida	607 (1.3)	6 263 (0.27)
Fallecimiento intrahospitalario	0	41 (0.002)

Fuente: Williams Obstetricia. 24th ed: MC GRAW HILL; 2015. Pagina 589

Anexo 4

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EL SALVADOR FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE DOCTORADO EN MEDICINA							Exp.				
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS Aplicado a pacientes obstétricas sometidas a cesáreas en el área de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, de enero a junio del año 2019.											
Generalidades		#	Factores de riesgo		#	Indicación de cesárea		#	Complicaciones		#
Procedencia	Urbana		Paridad	G1		Maternas	Cesárea Anterior		Hemorragia		
	Rural			G2			Placentación anormal		Infección		
Estado Civil	Casada			>G3			Solicitud de gestante		Dehiscencia		
	Unión estable		Edad	10-15			Cicatriz uterina desconocido		Hematoma		
	Soltera			16-20			Dehiscencia de Incisión uterina		Transfusión		
DEH Post-Q	Otros			21-30			Cirugía pélvica previa		Complicación anestesia		
	1-2			31-40			Masa que obstruye tracto genital		Tromboembolismo		
	3-4		41-50		Cáncer cervicouterino invasor			Paro cardíaco			
	5-6		Obesidad	G1			Cerclaje Permanente		Histerectomía		
	>7			G2			Malformación pélvica		Fallecimiento		
				G3			Infección VIH o HSV				
			Preeclampsia	Si			Cardiopatía				
				No			Neumopatía				
							Aneurisma/malformación cerebral				
							Patología				
						Desproporción cefalopélvica					
						Fracaso Inducción					
						Fracaso de conducción					
						Placenta previa					
						Desprendimiento prematuro placenta					
						Estado fetal no alentador					
						Presentación anormal					
						Macrostomia					
						Anormalidades de Flujometría					
						Trombocitopenia					
						Traumatismo de recién nacido					

Responsables: Ruth Salguero, Lisbeth Zelayandía, Año 2019

Anexo 5

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

Santa Ana, octubre de 2020.

Lic. Iván Aparicio.

Comité de Ética en Investigación Institucional.

Estimado Lic. Iván Aparicio:

Me dirijo a usted deseándole éxitos en sus labores diarias.

Con la presente le hago conocer que, como parte de los requisitos de graduación para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia, la Universidad Nacional de El Salvador exige la realización de un trabajo de investigación dirigido a la problemática en salud. Con el propósito de completar este proceso he elegido el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana como lugar de investigación, para el desarrollo del tema denominado “Prevalencia de cesáreas en pacientes obstétricas, atendidas en el área de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el periodo de enero a junio del año 2019”.

Por lo cual solicito de su autorización para poder realizar esta investigación dentro del área hospitalaria y comunicarle que estoy solicitando evaluación por parte del comité de ética del hospital, ya que requerirá de diferentes herramientas para su realización como la revisión del Sistema Informativo Perinatal (SIP), la cual se introducirá en una ficha de recolección de datos en orden correlativo, con el propósito de cuantificar la magnitud de la problemática de investigación, y dar respuesta a los objetivos planteados. Por supuesto todo esto se llevará a cabo con confidencialidad de la información y el resguardo de esta, ya que los datos no serán utilizados con fines diferentes a los del estudio de investigación.

Esperando una respuesta favorable a esta solicitud, me es grato suscribirme.

Atentamente:

Dra. Ruth Yamileth Salguero

Dra. Lisbeth Johanny Zelayandía Chipagua

Anexo 6

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

Santa Ana, Octubre de 2020.

Dra. Dinora Zuleta de Viana.

Directora de Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

Estimada Dra. Dinora Zuleta de Viana:

Me dirijo a usted deseándole éxitos en sus labores diarias.

Con la presente le hago conocer que, como parte de los requisitos de graduación para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia, la Universidad Nacional de El Salvador exige la realización de un trabajo de investigación dirigido a la problemática en salud. Con el propósito de completar este proceso he elegido el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana como lugar de investigación, para el desarrollo del tema denominado “Prevalencia de cesáreas en pacientes obstétricas, atendidas en el área de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, durante el periodo de enero a junio del año 2019”.

Por lo cual solicito de su autorización para poder realizar esta investigación dentro del área hospitalaria y comunicarle que estoy solicitando evaluación por parte del comité de ética del hospital, ya que requerirá de diferentes herramientas para su realización como la revisión del Sistema Informativo Perinatal (SIP), la cual se introducirá en una ficha de recolección de datos en orden correlativo, con el propósito de cuantificar la magnitud de la problemática de investigación, y dar respuesta a los objetivos planteados. Por supuesto todo esto se llevará a cabo con confidencialidad de la información y el resguardo de esta, ya que los datos no serán utilizados con fines diferentes a los del estudio de investigación.

Esperando una respuesta favorable a esta solicitud, me es grato suscribirme.

Atentamente:

Dra. Ruth Yamileth Salguero

Dra. Lisbeth Johanny Zelayandía Chipagua

Anexo 7

TABLAS DE ANALISIS DE RESULTADOS.

Tabla 1: Procedencia de pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	78	61.9 %
Rural	48	38.1 %
Total	126	100 %

Sistema informativo Perinatal, 2020.

Tabla 2: Estado civil de pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	12	9.5 %
Soltera	12	9.5 %
Unión estable	101	80.2 %
Total	126	100 %

Sistema informativo Perinatal, 2020.

Tabla 3: Estancia hospitalaria de pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, Enero a Junio 2019.

Días de Estancia Hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje
1-2 Días	20	15.9 %
3-4 Días	67	53.2 %
5-6 Días	26	20.6 %
>7 Días	13	10.3 %
Total	126	100 %

Sistema informativo Perinatal, 2020.

Tabla 4: Gravidéz de pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.

Gravidéz	Frecuencia	Porcentaje
GI	44	34.9 %
GII	52	41.3 %
>GIII	30	23.8 %
Total	126	100 %

Sistema informativo Perinatal, 2020.

Tabla 5: Edad de pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10 -15 años	4	3.2 %
16 - 20 años	32	25.4 %
21 - 30 años	72	57.1 %
31 - 40 años	18	14.3 %
Total	126	100 %

Sistema informativo Perinatal, 2020.

Tabla 6: Obesidad en pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.

Obesidad	Frecuencia	Porcentaje
Normal	24	19 %
Sobrepeso	35	27.8 %
Obesidad	67	53.2 %
Total	126	100 %

Sistema informativo Perinatal, 2020.

Tabla 7: Indicaciones de cesáreas en pacientes obstétricas, en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.

Indicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea anterior	53	42 %
Estado fetal no alentador	17	13.5 %
Desproporción céfalo pélvica	3	2.4 %
Alteración de contractibilidad	1	0.8 %
Parto prolongado	1	0.8 %
Fracaso de conducción	14	11.1 %
Descenso detenido de la presentación	1	0.8 %
Embarazo múltiple	1	0.8 %
Parto postérmino	1	0.8 %
Presentación podálica	14	11.1 %
Situación Transversa	1	0.8 %
Placenta previa	1	0.8 %
Preeclampsia	1	0.8 %
Madre exhausta	2	1.6 %
Otros	15	11.9 %
TOTAL	126	100 %

Sistema informativo Perinatal, 2020.

Tabla 8: Complicaciones en pacientes obstétricas, sometidas a cesáreas en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana de Enero a Junio del 2019.

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Anemia	11	8.7 %
Corioamnionitis	6	4.8 %
Hemorragia	4	3.2 %
Histerectomía Abdominal Total	1	0.8 %
Intubación Orotraqueal	1	0.8 %
Laparotomía Exploradora	1	0.8 %
Preeclampsia	17	13.5 %
TOTAL	41	32.6 %

Sistema informativo Perinatal, 2020.

Anexo 8

PATOLOGIAS ASOCIADAS EN PACIENTES, SOMETIDAS A CESÁREAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA DE ENERO A JUNIO DEL 2019.

Patología Asociada	Frecuencia	Porcentaje
Asma	1	0.8%
Convulsión	1	0.8%
Diabetes gestacional	2	1.6%
Diabetes Pregestacional	3	2.4%
Hipotiroidismo	1	0.8%
Hipertensión arterial crónica	4	3.2%
Infección de vías urinarias	26	20.6%
Pielonefritis	1	0.8%
Ruptura prolongada de membranas	1	0.8%
Total	40	31.8%

Anexo 9

PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

PRESUPUESTO	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Impresiones	\$0.10	\$30.00
Copias	\$0.02	\$20.00
Anillado de protocolo de investigación	\$4.00	\$5.00
Empastado de Informe Final	\$20.00	\$20.00
Viáticos	\$50.00	\$100.00
Transporte/ Combustible	\$10.00	\$60.00
Salario (horas dedicadas a investigación y asesoría)	\$400.00	\$1200.00
TOTAL	\$484.12	\$1435.00

Responsables: Ruth Salguero, Lisbeth Zelayandía, Año 2019.

Anexo 10

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD TIEMPO	2018			2019					2020					
	Junio/ Julio	Agosto/ Septiembre	Octubre/ Noviembre	Febrero/ Marzo	Abril / Mayo	Junio / Julio	Agosto / Septiembre	Octubre / Noviembre	Febrero /Marzo	Abril / Mayo	Junio / Julio	Agosto / Septiembre	Octubre / Noviembre	Diciembre
Problema a Investigar	■	■												
Revisión de la literatura			■	■										
Trabajo de Campo					■	■								
Elección de instrumentos							■	■						
Definición de muestras									■	■	■			
Procesamiento de los datos												■	■	
Análisis e interpretación de los datos													■	■
Informe de Investigación														■

Responsables: Ruth Salguero, Lisbeth Zelayandía, Año 2019

Anexo 11

GLOSARIO

- **Cavidad peritoneal:** está envuelta por el peritoneo parietal, que es una cubierta mesotelial que recibe el nombre de peritoneo visceral cuando se pliega sobre los órganos viscerales que contiene.
- **Clorhexidina:** es una sustancia antiséptica de acción bactericida y fungicida.
- **Dermatoma:** es el área de piel inervada por un solo nervio raquídeo y su ganglio espinal. Los nervios cutáneos son los que llegan a la piel, recogiendo la sensibilidad de ésta. Cada nervio cutáneo se distribuye en una cierta zona de piel, llamada dermatoma.
- **Diástasis:** de los rectos abdominales es la separación de los músculos abdominales como consecuencia de una distensión de la línea alba abdominal.
- **Distocia:** dificultad que impide el progreso normal del parto vaginal.
- **Fórceps:** La palabra fórceps, *per se*, significa tenaza en la literatura sajona, aunque también se le reconocen orígenes latinos con las palabras formus + capere, que significa agarrar, es decir, “utensilio de herrero”. Para fines prácticos, el fórceps obstétrico es el instrumento destinado exclusivamente a la extracción de un feto vivo que sirve para culminar el nacimiento por parto vaginal o por cesárea.
- **Línea alba:** es una estructura fibrosa que recorre el vientre de algunas embarazadas. Normalmente se extiende desde el ombligo hasta el pubis, aunque en algunas ocasiones también asciende hacia el pecho, entre los rectos del abdomen.
- **SIP:** permite la toma de decisiones informadas para la vigilancia de la salud materna infantil, constituido por el carnet perinatal, historia clínica perinatal y el sistema computarizado con programas para el procesamiento de la información.
- **Yodopovidona:** producto formado por una solución de povidona y yodo molecular, generalmente en un 10 %. Este producto es empleado frecuentemente como desinfectante y antiséptico.