

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL PROVINCIAL “Dr. Antonio Luaces Iraola”**

Título: Correlación entre cesárea y morbilidad materno-fetal en pacientes puérperas del Hospital Provincial Docente de Ciego de Ávila.

Tesis en opción del título de especialista de primer grado en Obstetricia y Ginecología

Autor: Dra. Lianet González Rodríguez.

2018

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA
HOSPITAL PROVINCIAL “Dr. Antonio Luaces Iraola”

Título: Correlación entre cesárea y morbilidad materno-fetal en pacientes púérperas del Hospital Provincial de Ciego de Ávila.

Tesis en opción del título de especialista de primer grado en Obstetricia y Ginecología

Autor: Dra. Lianet González Rodríguez. Residente de cuarto año de la especialidad Obstetricia y Ginecología

Tutor: Dr. Gisel Díaz Díaz. Especialista en primer grado de Obstetricia y Ginecología profesor auxiliar del Hospital Provincial de Ciego de Ávila.

RESUMEN

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas que más se practican en el mundo siendo su índice actual en los países desarrollados de un 20%; existen diferentes técnicas para la realización de la misma, permitiendo al obstetra enfrentar las situaciones que dificulten el desarrollo del procedimiento usual. Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de describir la correlación existente entre cesárea y morbilidad materno-fetal en pacientes del Hospital Provincial de Ciego de Ávila en el período comprendido de 1 junio de 2015 a 31 mayo 2018. El universo lo constituyeron 1103 puérperas a las que se les realizó cirugía cesárea en el servicio de ginecobstetricia de dicho hospital y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Los datos fueron obtenidos a través de la encuesta, aplicada a cada paciente y revisión de las historias clínicas hospitalarias; se utilizó el programa Microsoft Excel para recoger y realizar el análisis de estadística descriptiva necesaria para el cumplimiento de los objetivos. Se utilizó como medida de resumen el porcentaje para los datos cualitativos y cuantitativos discreto y el promedio para los cuantitativos continuos. Los resultados obtenidos se presentan en tablas, predominando la edad de 20-29 años, incremento de cesárea primitiva, siendo de causa materna el 59.30%, la duración del acto quirúrgico con menos de 45 minutos fue en el 68.83%; en el 58.19% de las pacientes tenían enfermedades asociada como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Crónica y obesidad en el 70.44% la estadía hospitalaria fue menor de 5 días y se evaluó como no satisfactorio el esquema de cesárea segura.

Palabras clave: CESÁREA, GESTANTE, MORBILIDAD MATERNO-FETAL.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento que se diseñó para extraer al feto, mediante laparotomía e histerotomía, cuando se dificulta el parto por vía natural. Es una intervención quirúrgica conocida desde hace muchos años y a través del tiempo ha sufrido modificaciones en su técnica (1).

En Estados Unidos la mortalidad materna asociada con cesárea fue de 40,9 x 100 000 nacimientos, mientras que asociada a parto vaginal fue de 9,7 x 100 000. En Georgia fue de 59.3 x 100 000 en la cesárea y de 9,7 x 100 000 en el parto vaginal. (2,3).

Los reportes de Brasil muestran cifras de mortalidad materna de 100 a 200 x 100 000 en mujeres sometidas a cesáreas. En EE.UU. la mortalidad asociada a cesárea electiva iterada es de 17,9 x 100,000 nacimientos. La operación cesárea relacionada con la cesárea anterior se asocia con un índice de bajo peso al nacimiento del 8,4%, mientras que en el parto vaginal es del 5% al 7% (4).

La cesárea se asocia con una incidencia de infecciones entre el 8% y el 27%, mientras que en el parto vaginal es del 2% al 3%. Los índices de transfusión debido a hemorragias en mujeres con cesárea alcanzan del 1% al 6%. Al realizar la cesárea se observa una frecuencia de daño a órganos vecinos del 0.4%. Daños a vasos uterinos 0,5% y extensión de la incisión uterina a estructuras cercanas 1% al 3%. Complicaciones pulmonares, tales como tromboembolismo (0,1% al 0,2 %) y atelectasia (5%), sobre todo cuando se emplea la anestesia general. La

morbilidad materna es 5 a 10 veces mayor en la operación cesárea y la mortalidad es 2 a 4 veces mayor con relación al parto vaginal (5).

En Cuba la primera operación cesárea, se practicó en febrero de 1901. La intervención fue todo un éxito, por el Dr. Enrique Fortun en el Hospital No. 1 de la Habana (actual Hospital Docente General Calixto García). En honor al médico y a la ocasión, los padres de la criatura, la nombraron Fortuna Cesárea Enriqueta, y al bautismo asistió la fiel colaboradora de Martí en la emigración, Carmen Miyares junto a sus hijos María y Carmen Mantilla (3,5).

El síndrome de dificultad respiratoria se observa en la cesárea entre el 4% y el 8% y sólo en el 1,2% en los partos vaginales (del 6% al 15% de estos síndromes se explican por nacimiento pretérmino en la cesárea electiva). Se han reportado después de la cesárea por cesárea anterior un 16% de exámenes neurológicos alterados a los 4 meses de vida; mientras que después del parto vaginal solo 10%. (3,5).

La obstetricia tiene la particularidad de que al realizar la intervención está en juego la mayoría de las veces al menos dos vidas humanas, por lo que es de vital importancia reducir al mínimo indispensable las agresiones a este binomio tales como en la génesis de prematuridad iatrogénica, mayor incidencia de infecciones, retardo en la recuperación materna luego del parto y deterioro en la relación madre-hijo (5).

En Cuba, se conoce que las cifras de cesárea fueron de alrededor del 11% hasta 1985 y aumentaron a 24,9% en 1995 y a 40% en el 2005. En la Ciudad de la Habana, en el año 2004, hubo 23 465 nacimientos, de los cuales fueron transpelvianos 14 431 (61,5%). En total hubo 9 034 cesáreas (38,5%), de ellas fueron cesáreas primitivas 6 470 (71,6%) e iteradas 2564 (28,3%) (Fuente Departamento Nacional de Estadísticas del MINSAP). Llevado a promedio de cesárea/día/hora: se realizaron 1,03 cesáreas cada 60 minutos (6).

La provincia de Ciego de Ávila tiene un promedio de 2787 nacidos vivos por año, en el año 2000 hubo 2921 nacimientos, de los cuales 707 fueron por cesárea, de ellos 241 fueron cesáreas anteriores y 466 fueron cesáreas primitivas; el índice global de cesárea fue 24.20% y el índice de cesáreas primitivas represento el 15.95%.

En el año 2012 hubo 2815 nacimientos, 1365 de ellos fueron por intervención quirúrgica, 377 fueron cesáreas anteriores y 988 cesáreas primitivas, con índice global de cesárea de 48.49%, casi la mitad del total de nacimientos, el 35.09% fueron primitivas.

Al cierre del año 2017 se contó en la provincia con 2749 nacimientos, naciendo a través de cesárea el 38.74% (1065), de ellos 554 fueron cesáreas primitivas, representando el 20.15% de los nacidos a través de esta vía.

Problema: ¿Cuál será la correlación entre cesárea segura y morbilidad materno-fetal en pacientes puérperas del Hospital Provincial Docente de Ciego de Ávila?

OBJETIVOS

General: Describir la correlación existente entre cesárea y morbilidad materno-fetal en pacientes del Hospital Provincial de Ciego de Ávila en el período comprendido de 1 junio de 2015 a 31 mayo 2018.

Específicos:

- 1- Caracterizar la muestra según la edad.
- 2- Identificar la existencia de cesárea anterior, enfermedades asociadas, paridad y criterios de realización de la cesárea.
- 3- Evaluar el cumplimiento entre el esquema de cesárea segura aplicada y comorbilidad materno-fetal en la población de estudio.

MARCO TEÓRICO

La cesárea, como todo proceder quirúrgico, tiene la particularidad de que al realizar la intervención está en juego la mayoría de las veces al menos dos vidas humanas, por lo que es de vital importancia reducir al mínimo indispensable las agresiones a este binomio (2).

Existen posibles causas del aumento en las tasas de cesárea: tales como nuevos criterios de riesgo que clasifican a un número mayor de mujeres embarazadas en los grupos de alto riesgo. Influencia de nuevas tecnologías que conducen a nuevos diagnósticos (índice de Líquido Amniótico (LA), perfil biofísico (PBF), Doppler).

Entre otras están los aspectos económicos, creciente demanda de operaciones de cesárea, aumento en las demandas legales por negligencia médica, presiones administrativas; miedo del obstetra para enfrentar las consecuencias de un resultado no deseado, mayor flexibilidad en quienes toman decisiones y deciden las políticas de salud, aumento en la indicación de cesáreas como consecuencia del incremento progresivo de la cesárea anterior; nuevas indicaciones para el parto electivo (inducción), cambios en las percepciones de médicos y usuarios/as con relación a las operaciones de cesárea, donde la cesárea es vista como un procedimiento "normal" y seguro desde el punto de vista técnico y anestésico (2).

La operación cesárea es conocida desde la antigüedad. El rey romano Numa Pompilio dictó su ley Regia (715-672 a.n.e) (1), en que se autorizaba a realizar la operación cesárea a toda mujer muerta en los últimos meses de la gestación con la intención de salvar al producto de la gestación. El término sección cesárea (sectio caesarea) tuvo lugar en el siglo XVII y significa cortar (secare, caedere). Plinio Lib VIICIX, llamó a los nacidos por esta intervención coesones o coesares. Sin datos confirmados, es probable que la primera operación cesárea fue

realizada por el carnicero Jacob Nufer, de Ligerhausen (Suiza) en el año 1500, extrayendo del vientre de su mujer un niño de 7 meses y que la tradición una tanto anecdótica cuenta que vivió 72 años y que la mujer parió después 5 niños más, entre ellos dos gemelos (5).

Diferentes razones han llevado a que una parte importante de la población (pacientes y familiares) prefieran en el momento actual, a la cesárea como forma del parto. Esto tiene una importancia fundamental en los países desarrollados y en los sistemas privados de atención, donde la paciente tiene la posibilidad de decidir la vía del parto (7-9)

En varias revisiones se encontró que existen razones por parte de las pacientes para preferir el parto vaginal; como son: menos dolor, recuperación más rápida, rechazo a la cesárea, es más natural por lo que puede volver antes a sus tareas y actividades, es más rápido, el riesgo es menor, es mejor para el bebé ya que favorece el vínculo madre – hijo; requiere menos “dieta”, la mujer siente la “maravilla del nacimiento”, le es posible tener más partos vaginales. Por otra parte, refieren sobre preferir la cesárea: que el dolor es menor, el bebé no sufre, se siente más segura ya que es más rápida y fácil, conociendo la fecha de nacimiento, permite tener menos hijos (7-9).

Al inicio se consideraba una intervención temible porque producía elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno-fetal; en la actualidad es un procedimiento útil y muy apreciado, ya que los progresos en anestesia, analgesia, transfusión sanguínea y administración de antimicrobianos han sido satisfactorios (10).

Estos logros han disminuido la morbi-mortalidad materno-neonatal que ocurría con la cesárea, pero han propiciado su abuso, hasta ponerla en manos no responsables ni éticas. En la obstetricia moderna, la cesárea previamente determinada o por solicitud de la paciente ha creado una situación que pone en juego la ética y el juicio del ginecólogo consciente y responsable (10).

Según el Boletín Informativo de Estadística (SSA), de 1999, se registraron diferentes cifras porcentuales de cesáreas en diversas instituciones médicas, en Latinoamérica. El trabajo obstétrico institucional demanda mucho tiempo quirúrgico y altos insumos; por lo tanto, se debe implantar procedimientos más sencillos (sin comprometer la inocuidad y los buenos resultados), para obtener menores tiempos de operación y disminuir los costos médicos. En 1983 Michael Stark propuso algunas modificaciones a la técnica tradicional de la cesárea, la cual denominó “cesárea Misgav-Ladach” (cesárea segura), por iniciarla en el hospital que lleva el mismo nombre, de la ciudad de Jerusalén (10).

La técnica quirúrgica Misgav-Ladach, comparada con la tradicional, consta con los siguientes pasos : después de la incisión transversal en la piel, se separa el tejido adiposo y se abre la aponeurosis transversalmente, en la línea media, en una extensión de 4 cm; con tracción digital, en sentido céfalo-caudal, se amplía la incisión y se separan los músculos rectos abdominales(11-12)..

Posteriormente se realiza una pequeña incisión transversal media en el peritoneo y se amplía digitalmente hacia los lados, termina la separación de la aponeurosis, se efectúa la incisión transversal del peritoneo vesíco-uterino y miometrio, y se disocia digitalmente hacia ambos lados, el feto y la placenta son extraídos. El útero se sutura con surjete corrido en un solo plano, no se sutura el peritoneo visceral o parietal, se realiza el afrontamiento de la aponeurosis y la piel (11-12).

Diversas publicaciones del Medio Oriente y algunos países de Europa reportan la realización de cesárea con la técnica de Misgav-Ladach (13). En Estados Unidos hay publicaciones relacionadas con el cierre o no cierre peritoneal en la cesárea; sin embargo, no mencionan esta técnica. (14).

Se considera iniciar este tema, analizando el problema fundamental: el compromiso de Especialistas de Obstetricia y Ginecología, así como los médicos anestesiólogos, epidemiólogos, internistas, enfermeras, laboratoristas,

trabajadores asistenciales, en fin, a los que tienen la responsabilidad social de ofrecer una asistencia de excelencia a la mujer gestante y parturienta, de forma ineludible e inmediata, logrando una cesárea segura que permita reducir al mínimo la morbilidad y mortalidad materna asociada a la constelación de hechos del accionar médico que se encuentran alrededor de esta intervención obstétrica (15).

La cesárea segura constituyó un importante avance en las alternativas de atención del parto. Hasta principios de los años sesenta, los incrementos que se presentaron en el uso de este procedimiento en los países desarrollados se asociaron con descensos en la mortalidad materna y neonatal. Cabe destacar que hasta esas fechas los porcentajes de cesáreas en estos países no superaban el 10% y a partir de los años setenta se incrementaron de manera muy significativa sin que se produjeran mejoras adicionales en la mortalidad de las madres y sus productos (15).

Desde la atención prenatal debe informarse a la mujer de todos los aspectos alrededor de la operación cesárea y sus riesgos y beneficios con respecto al parto vaginal, respetarse su dignidad, cultura, creencias y privacidad y obtener su consentimiento informado, siempre que las condiciones del caso lo posibiliten, antes de la realización de la misma. El incremento de las cesáreas no mejora los índices de la morbi-mortalidad materno-perinatal y más allá del límite de sus beneficios, agrega morbilidad y costos tornándose de solución en problema. En Cuba alrededor de un 40% se asocia a la muerte materna y aproximadamente 50 % de las pacientes obstétricas van a Terapia Intensiva (2,16).

El aumento de las cesáreas que no tienen justificación clínica preocupa a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud porque eleva los costos de la atención médica, y expone a la madre y al producto a riesgos innecesarios. A mediados de los años ochenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de

15%. A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medios (17).

En España su número se duplicó en los últimos 15 años y hoy alcanza 23% de los partos. En el Reino Unido los nacimientos por esta vía se incrementaron de sólo 4% en 1970 a más de 20% en el momento actual, esto obligó al Departamento de Salud a solicitarle al Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos el más grande estudio sobre cesáreas jamás realizado en este país (17).

En Estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron de 5% en 1988 a 23% en el año 2000. Japón, que hace un uso muy extensivo de las parteras tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas –junto con Holanda y los países escandinavos– que parece haber evitado esta epidemia, su porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 10%. Las cifras de los países de ingresos medios de América Latina son todavía más alarmantes. En Brasil más de 30% de los nacimientos son cesáreas. En Chile este porcentaje asciende a 40% (1, 17).

Son muchas las razones que se han esgrimido para explicar este exceso de cesáreas: la percepción que tienen los prestadores de que se trata de un procedimiento más seguro que el parto vaginal; la disminución de las habilidades obstétricas del personal encargado de la atención de los partos; la creciente edad de las madres; la mayor capacidad tecnológica para detectar sufrimiento fetal; la preferencia por este procedimiento que manifiestan ciertos sectores de la sociedad y diversos incentivos económicos relacionados con los seguros privados (18).

Avanzando en los años del pasado siglo XX, la “confianza que llamamos exagerada” en la antibióticoterapia y las técnicas anestésicas desencadenó un enorme listado de indicaciones necesarias y muchas innecesarias, para justificar esta intervención quirúrgica (18).

Actualmente, en Latinoamérica y en gran parte del planeta en los últimos años esta operación es la intervención quirúrgica más frecuente del mundo. Cuba no es ajena a este fenómeno, aproximadamente el 40% de los nacimientos en el país se producen por cesárea. Las causas no han sido completamente claras, la introducción de nuevas tecnologías, pruebas diagnósticas e indicaciones y las presiones de tipo administrativo, unidas a una mayor liberalidad en la indicación del procedimiento, han contribuido a que las tasas hayan aumentado a casi el doble en alrededor de 15 años. En el año 1990, el índice de cesárea fue de 19,45%. En el año 2004 hubo 83 700 partos vaginales y 44 204 cesáreas, para un índice de 34,5% (4,19).

Mundialmente existen varias referencias sobre la clasificación de la cesárea dada en diferentes aspectos: según antecedentes obstétricos de la paciente en primitiva cuando se realiza por primera vez. Iterada si se practica en una gestante con el antecedente de una cesárea previa y reiterada la que se realiza con más de una cesárea anterior. Se considera electiva o programada aquella que se ejecuta antes del inicio del trabajo de parto. (20)

Por otra parte, de acuerdo con la urgencia de indicación: es inmediata cuando existe peligro de la vida del feto y la madre; con compromiso materno o fetal, pero no es necesario un tratamiento inmediato para la vida de éstos, sin compromiso materno o fetal, pero necesita parto rápido y está la que se programa de forma electiva. Según técnica quirúrgica en operación cesárea segmentaria transversal o arciforme, longitudinal segmento corpórea y en operación extraperitoneal. Siendo la primera mucho más empleada (21).

Existen aspectos a considerar desde el punto de vista fisiológico debido a que generalmente, la mujer que es intervenida por cesárea, es una paciente que ha ingerido recientemente alimentos, no está preparada para el acto quirúrgico, su diafragma se encuentra en posición horizontal y existen cambios hemodinámicos

específicos que ocurren normalmente durante la gestación. Por su importancia, recordemos brevemente algunas modificaciones fisiológicas que provoca el embarazo en el organismo de la mujer (22).

Se produce un aumento del volumen plasmático con un máximo entre las 28 y las 32 semanas; también se incrementa el número de eritrocitos pero en menor cuantía. En la gestante hay un aumento del gasto cardíaco que llega a los 6 litros por minuto, el cual se modifica por los cambios de posición en la mujer y es mayor con la deambulación y en supino, pero aumenta en el trabajo de parto y cuando existe anemia e infecciones. En la preeclampsia existe una marcada hipovolemia, por lo que se toleran menos las pérdidas sanguíneas; se incrementa la viscosidad de la sangre, la trombocitopenia y el daño endotelial, lo que facilita los trastornos graves de la hemostasia (22).

En el pulmón ocurren cambios en los volúmenes y mecanismos de control respiratorio: aumento de la capacidad vital (100 a 200 ml) así como de la capacidad respiratoria (300 ml) y del volumen minuto de 7,5 a 10,5 l/min; por otra parte, están disminuido la reserva espiratoria (1300 a 1100 ml), el volumen residual (300 ml) y la pCO₂ por hiperventilación (30 a 35 mmHg). Estas modificaciones se deben al aumento del consumo de oxígeno, que pasa de 20 a 40 ml/min (22).

En cuanto al sistema digestivo el tono del esfínter esofágico inferior disminuye desde temprano en la gestación (12 semanas) lo que, asociado a la disminución del tiempo de vaciado gástrico, conlleva un mayor riesgo de broncoaspiración; además, durante el embarazo hay una disminución de la presión coloidosmótica del plasma y un aumento de la presión capilar, lo cual tiende a elevar el filtrado plasmático y provoca un mayor riesgo de edema pulmonar. Como se refiere en el apartado anterior, ningún proceder quirúrgico es 100% seguro, aún haciendo todo lo que la experiencia médica ha atesorado a través de los años. (6 ,22).

A raíz de la creciente incidencia de la cesárea, esta intervención se ha convertido en selectiva por parte de las gestantes y se han manejado nuevos criterios de cesárea segura para facilitar una mejor intervención que permita reducir los costos y la morbilidad materno-fetal de allí que existen premisas para una cesárea segura ellas son realizar sólo las necesarias, tener el material quirúrgico completo, mejorar la técnica quirúrgica, perfeccionar las técnicas anestésicas; valoración adecuada de las pérdidas y garantizar la calidad y cantidad de su reposición. Uso adecuado de antibióticos; con seguimiento adecuado del postoperatorio. No realizar cesáreas innecesarias (14, 21).

Es indispensable que la indicación de la operación cesárea, esté sólidamente ratificada por el jefe de guardia en una discusión médica del equipo y si es electiva, en la reunión del servicio de Obstetricia por lo que se debe tener presente discutir todas las cesáreas por el grupo de trabajo de cada guardia y las electivas con el jefe de Servicio de Obstetricia; realizando un análisis científico resumido en la entrega de guardia de todas las realizadas en el horario de la guardia además de la revisión y presentación periódica del comité de cesárea (20).

Existen consideraciones para la cesárea segura: sobre el instrumental, material de ropa y campos a utilizar se debe tener los mismos completos con la seguridad de esterilización y en buen estado cuya responsabilidad personal es del médico jefe y de la enfermera jefa de la unidad quirúrgica, se debe velar por el cumplimiento estricto de las normas de asepsia y antisepsias. Se debe evaluar periódicamente por el comité de infecciones y epidemiología de los hospitales (21).

Por otra parte, los jefes de salón tanto médico como de enfermería, deben garantizar que se cumplan las medidas de asepsia y antisepsia, así como todo el instrumental necesario y la ropa que se utiliza en la unidad quirúrgica; la jefa de la central de esterilización garantizará que todo el material esté debidamente estéril (21).

En cuanto a la técnica quirúrgica es indispensable la participación de tres personas: un cirujano principal, un ayudante y una tercera persona llevando la bandeja; siendo el médico de mayor categoría profesional el responsable de la intervención quirúrgica, aunque esté de primer ayudante en el caso de estar entrenándose en su aprendizaje el operador (21).

La técnica quirúrgica será la indicada según la causa de la cesárea materna o fetal. La incisión del útero debe hacerse con una técnica excelente, garantizar una adecuada hemostasia durante el acto operatorio y no se debe comenzar el conteo de compresas ni el cierre abdominal si previamente no se observa unos minutos la hemostasia de la histerorrafia (21).

Sobre perfeccionar la técnica anestésica se debe discutir con el obstetra la indicación de la cesárea. Realizar selección adecuada de la vía anestésica, siempre que sea posible hacer una buena historia anestésica previa a la intervención y garantizar en conjunto con el obstetra los complementarios mínimos de todo caso que vaya a ser operado (21).

Realizar una valoración adecuada de las pérdidas y tener garantizada la reposición de las mismas, por lo que se debe calcular la volemia de toda gestante que ingrese al hospital independientemente de su causa, garantizar que toda gestante llegue al parto con cifras adecuadas de hemoglobina y hematócrito, definir a las gestantes candidatas a sangrar y garantizar sangre para las que se lleve al quirófano con dicha clasificación, valorar adecuadamente las pérdidas transoperatoria y postoperatoria, tener al menos una vena segura canalizada al entrar toda paciente al salón(21).

El uso de antibióticoterapia en la operación cesárea estará dado según el riesgo pronóstico de infección de la misma, por lo que se debe clasificar previo al acto quirúrgico y utilizar el normado para cada caso. Concluida la intervención, la clasificación debe ser reconsiderada ya que pueden haber ocurrido fallas técnicas

o accidentes que obliguen a ello. (20,21)

La evolución del post-operatorio será estrechamente vigilada: si a los tres días los parámetros clínicos evolucionan desfavorablemente (persistencia de fiebre, loquios fétidos, taquicardia, sub-involución uterina y otros) se re-evaluará la conducta y se hará el cambio de antibióticos que se considere necesario. Frente a casos específicos y previa valoración médica adecuada se realizarán cambios, tanto en el tipo de antibióticos como el modo y tiempo de utilización, discutiendo con el colectivo médico la política de antibióticos a seguir en cada caso, identificando adecuadamente cuándo se debe usar la profilaxis y cuándo tratamiento antibiótico(20).

El obstetra debe seguir a la puérpera al menos las primeras 6 horas del postoperatorio haciendo énfasis en los signos vitales, la pérdidas hemáticas, estado de conciencia y calidad y cantidad de la diuresis, garantizar la contractura del útero, sobre todo en los casos con riesgo de atonía uterina, así como la lactancia materna precoz lo antes posible; permitiendo de esta forma el diagnóstico precoz y el tratamiento de todas las complicaciones que aparezcan en este período, por eso se debe tener en cuenta la vigilancia clínica de la materna luego de la cesárea para evitar comorbilidades asociadas a la intervención como: las hemorragias, fenómenos tromboembólicos, enfermedad hipertensiva, hepatopatías, enfermedades del sistema nervioso, asma bronquial (20-21).

Al decidir el sitio y tipo de incisión abdominal se deben considerar muchos requisitos importantes, tales como lograr una buena exposición quirúrgica, resistencia de la cicatriz una vez cerrada, comodidad de la paciente en el postoperatorio y sencillez y rapidez del procedimiento. Aunque existen otros factores (estéticos, forma del abdomen, cicatrices anteriores) el elemento fundamental es lograr una amplia visión de los órganos pélvicos, aún más cuando existen enfermedades asociadas o tumores del útero o del ovario (22).

Es indispensable además, que el cirujano esté familiarizado con la anatomía vascular, orgánica y muscular del abdomen. En relación con la anatomía muscular debe conocer en detalle la localización y funciones de los músculos oblicuos externo e interno, el músculo transverso y los músculos rectos del abdomen que constituyen el soporte principal de la pared anterior del abdomen. De manera similar sabrá localizar las aponeurosis faciales del abdomen y la irrigación sanguínea que es excelente, salvo en la línea blanca, donde es limitada. (23-24).

Varios autores coinciden en evaluar la importancia que tiene el disminuir o al menos realizar sólo las cesáreas indispensables para intentar detener el alarmante incremento del índice de cesárea en los países latinoamericanos. De no tomarse acciones en los niveles interinstitucional e intersectorial, la tendencia indica que la frecuencia de uso de la cesárea irá en aumento. Las estrategias deberán lograr un descenso gradual del uso de cesáreas innecesarias en el corto plazo. (24-25)

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de describir la correlación existente entre cesárea y morbilidad materno-fetal en pacientes del Hospital Provincial de Ciego de Ávila en el período comprendido de 1 junio de 2015 a 31 mayo 2018. El universo lo constituyeron 1103 puérperas a las que se les realizó cirugía cesárea en el servicio de ginecología de dicho hospital y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Criterios de Inclusión

1. Gestantes a término que se les realice la técnica quirúrgica de cesárea segmentaria transversal o arciforme y que de acuerdo con el estudio firmen el acta de consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

1. Pacientes puérperas a las cuales se les realice operación cesárea longitudinal segmento corpórea o operación cesárea extraperitoneal.

Criterios diagnóstico:

Se procedió a la ejecución del diseño trazado con anterioridad para la investigación y se comenzó la recogida de datos una vez que a las gestantes se les realizó la técnica quirúrgica cesárea segmentaria transversal o arciforme conocida como cesárea segura. Esta técnica se realizará de la siguiente manera:

- 1) Después de la incisión transversal en la piel, se separa el tejido adiposo y se abre la aponeurosis transversalmente, en la línea media, en una extensión de 4 cm.
- 2) Con tracción digital, en sentido céfalo-caudal, se amplía la incisión y se separan los músculos rectos abdominales.

- 3) Se realiza una pequeña incisión transversal media en el peritoneo y al ampliarla digitalmente hacia los lados, termina la separación de la aponeurosis
- 4) Se efectúa la incisión transversal del peritoneo vésico-uterino y miometrio, y se disocia digitalmente hacia ambos lados.
- 5) Se extrae el feto y la placenta se exterioriza; el útero se sutura con surjete corrido en un solo plano.
- 6) No se sutura el peritoneo visceral o parietal.
- 7) Se realiza el afrontamiento de la aponeurosis y la piel.

Se hará seguimiento hasta el puerperio.

Además de tener en cuenta la realización de esta técnica quirúrgica, se considera oportuno describir otros aspectos de vital cumplimiento para definir esta cirugía como segura, donde se evaluó de satisfactorio si en las cesáreas realizadas se cumplió 8 a 9 de los parámetros a medir, evaluando como no satisfactorio si cumplían 7 o menos de estos, los cuales son:

1. Correcto cálculo de la volemia sanguínea total.
2. Realización de hemoglobina dentro del centro hospitalario con un máximo de una semana de diferencia respecto a la fecha en la que se realice la cirugía con valor superior 120 g/L.
3. Valoración anestésica previa a la cirugía de considerarse el caso potencialmente quirúrgico.
4. Vena periférica permeable con bránula inferior a 16.
5. Participación de al menos tres personas en el acto quirúrgico, siendo al menos uno de ellos especialista en Ginecobstetricia.
6. Valoración de las pérdidas sanguíneas estimadas en conjunto con personal de anestesiología.

7. Clasificación adecuada de la cirugía con el consecuente uso de antibioticoterapia, administrándose la primera dosis previo traslado al salón.

8. Valorar individualmente cada caso para determinar el uso de anticoagulantes posterior a la cirugía.

9. Garantizar previo y posterior al acto quirúrgico el conteo de compresas e instrumental completo en conjunto con personal de enfermería circulante.

Definición operacional de las variables:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> • 14-19 años • 20-29 años • 30-34 años • 35 o más años 	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupos de edades
Antecedentes obstétricos (presencia de cesárea previa)	Cualitativa nominal politómica	Primitiva Iterada Reiterada	Según el antecedente referido en el carnet de maternidad	Número y porcentaje.
Paridad	Cuantitativa discreta	Nulípara. 1-3 hijos. Más de 3 hijos.	Según cantidad de hijos reflejado en la historia clínica.	Número y porcentaje según categoría.
Enfermedades asociadas	Cualitativa nominal politómica	Diabetes mellitus HTA. Obesa. Cardiopatía.	Enfermedades asociadas que presenta la gestante.	Número y porcentaje.

Criterios para realizar Cesárea	Cualitativa nominal dicotómica.	Causa Materna Causa fetal	Según diagnóstico reflejado en la historia clínica.	Número y porcentaje según categoría.
Tiempo quirúrgico	Cuantitativa continua	45 minutos o menos. Más 45 minutos.	Según tiempo requerido para realizar la intervención	Número y porcentaje.
Complicaciones postoperatorias maternas	Cualitativa nominal politómica	Endometritis. Hematoma de la pared abdominal. Infección de herida quirúrgica. Dehiscencia superficial y profunda de la herida quirúrgica. Granuloma de la herida quirúrgica.	Evento desfavorable que puede presentarse en el postoperatorio mediato o tardío.	Número y porcentaje.
Estadía hospitalaria	Cuantitativa continua	De 3 a 5 días. Más de 5 días.	Tiempo de estadía en el hospital luego de la intervención quirúrgica.	Número y porcentaje.
APGAR	Cuantitativa discreta	Menos de 7 7 o más	Según test, al nacer el neonato y a los	Número y porcentaje.

			5 minutos.	
Morbilidad materno o fetal	Cualitativa nominal dicotómica.	Si No	Si ocurrió muerte materna o fetal durante la intervención.	Número y por ciento.
Cumplimiento del esquema parámetros	Cualitativa nominal dicotómica	Satisfactorio No satisfactorio	Según esquema de parámetros establecidos	Número y por ciento

Fuente y procedimiento para recolección de datos. Se confeccionó una encuesta, anexo 2 que se le aplicó a cada paciente (con consentimiento informado, anexo 1), también, se obtuvo información mediante la revisión de las historias clínicas hospitalarias, libro de parto, el tarjetón obstétrico, así como la entrevista de cada una de las pacientes.

Procesamiento estadístico

Se utilizó el programa Microsoft Excel para recoger y realizar el análisis de estadística descriptiva necesaria para el cumplimiento de los objetivos. Se utilizó como medida de resumen el por ciento para los datos cualitativos y cuantitativos discreto y el promedio para los cuantitativos continuos. Los mismos se ilustran en tablas.

Aspectos Éticos:

En la realización de esta investigación se tuvo en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones biomédicas (Declaración de Helsinki) y que se aplican en nuestro país (Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia). El protocolo de investigación fue presentado, revisado y aprobado por el Comité Ético del Hospital Provincial Docente "Antonio Luaces Iraola". Para la participación de las pacientes en el estudio resultaba obligatoria la obtención del consentimiento

informado de las mismas. La información se obtuvo a través de preguntas y de un formulario de recogida de datos que se llenó a partir de los datos plasmados en la historia clínica.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Distribución según edad y paridad de las pacientes a las que se les

Grupo edad	Paridad						Casos	%
	Nulípara		1-3 hijos		Más de 3 hijos			
14-19	106	16.90	72	21.75	0	0	178	16.13
20-29	424	67.62	138	41.69	87	60	649	58.84
30-34	78	12.44	69	20.85	37	25.51	184	16.69
Mayor de	19	3.04	52	15.71	21	14.49	92	8.34

realizó cirugía cesárea en el Hospital Provincial de Ciego de Ávila en el período comprendido de 1 junio de 2015 a 31 mayo 2018.

35								
TOTAL	627	100	331	100	145	100	1103	100

Fuente: Historia Clínica.

La tabla número 1 representa la edad de las pacientes estudiadas asociada a la paridad, siendo más frecuente en el grupo de 20-29 años con un 58.84%, siendo de ellas el 67.62% nulíparas, el 60% de ellas con más de tres hijos y el 41.69% de uno a tres hijos. El 16.69% de las pacientes presentaban edades comprendidas entre 30-34 años, predominando en este la multiparidad superior a tres hijos para un 25.51%; sin diferencias respecto al grupo de las adolescentes que representaron el 16.13% de las cuales predominó la multiparidad de uno a tres hijos en el 21.75% de los casos. Las pacientes con edades superiores o igual a 35 años representó el 8.34% de las pacientes, solo el 3.04% de las pacientes eran nulíparas y el 30.2% múltiparas.

En estudio realizado en un hospital público de Piura, Perú, de las 3311 pacientes atendidas, se le realizó cesárea al 57.8%, siendo las edades comprendidas entre 20 a 24 años la que predominó. (22)

Estos resultados coinciden con estudios presentados por Orlando Rigol y Juan Vázquez, donde demuestra que en la actualidad hay un incremento en la realización de cesáreas primitivas, no solo en Cuba, sino en todo el resto del mundo, sobre todo en Estados Unidos y Brasil. (3,4)

El autor opina que en la práctica médica, independientemente de la realización de cesárea o no, este grupo de edad comprendido entre 20 a 29 años, es en el que se concibe con mayor frecuencia, no es de extrañarse que sea el de mayor prevalencia al momento de realizar una cesárea. Esto se debe a que coincide con la edad en que la mujer se encuentra en óptimas condiciones reproductivas y a su

vez sienten mayor deseo de concebir. Independientemente de que el estudio muestra que el mayor grupo son las pacientes entre 20 a 29 años, también se tiene presente la incidencia en las edades extremas, ya que pueden ser asociadas a ellas patologías previas, provocando morbilidad.

Tipo de Cesárea	Criterios para la realización de cesárea		Duración del acto quirúrgico			Casos	%
	Causa materna	Causa fetal	Menos de 45 minutos	45 minutos	Más de 45 minutos		

Tabla 2: Distribución de las gestantes atendiendo según antecedentes obstétricos, criterios para la realización de cesárea y duración del acto quirúrgico.

Primitiva	388	59.32	246	54.78	468	61.66	45	31.91	121	59.60	634	57.48
Iterada	197	30.12	194	43.21	287	37.81	87	61.71	17	8.38	391	29.10
Reiterada	69	10.56	9	2.01	4	0.52	9	6.38	65	32.02	78	13.42
TOTAL	654	100	449	100	759	100	141	100	203	100	1103	100

Fuente: Historia Clínica, libro de parto e informe operatorio.

La tabla número 2 muestra la distribución según cirugía previa (cesárea) de las gestantes, causa por la cual se indica la cesárea y la duración del acto quirúrgico; observándose en la mayoría de los casos, no cesárea anterior a la gestación actual, en el 57.48%, de las cuales el 59.32% fueron indicadas por causa materna al comparar resultados entre estas, no resulta llamativa ni significativa la presencia de cirugía previa, con solo un 15.14% de diferencia.

La duración del acto quirúrgico fue menor de 45 minutos en el 61.66% y mayor de 45 minutos en el 59.60% de las cesáreas primitivas. La cesárea iterada con indicación fetal fue de 43.21%, con duración del acto quirúrgico de 45 minutos, la de causa materna 30.12%, el 37.81% presentó una duración del acto quirúrgico menor de 45 minutos y el 8.38% fue superior a este tiempo. El 10.56% de las cesáreas reiteradas fue por indicación materna, con duración mayor de 45 minutos en el 32.02% de las pacientes, solo el 2.01% fue por indicación fetal; en 0.52% de estas se realizó en un tiempo inferior a los 45 minutos.

Según Juan Vázquez el índice de natalidad disminuye en Cuba, mientras que el índice de cesárea aumenta, independientemente de cuál sea su causa, tanto en Cuba como en países del primer mundo. (4)

En Uruguay según datos proporcionados por el sistema de información perinatal en el sector público de dicho país, el índice de cesárea en el sector público es de 33,4% mientras que en el privado las cifras alcanzan el 55,3%, lo que da un total de 53,1% del total de nacidos por esta vía. Por otro lado la OMS considera que no existe justificación para que en un país se supere el 15% de cesáreas, luego de superada esta cifra, no se correlaciona con mejores resultados neonatales, sin embargo la cesárea es actualmente la intervención que se realiza con mayor rutina a nivel mundial. (23,24)

El autor considera que las habilidades de los cirujanos, teniendo en cuenta que se realizaron todos los pasos establecidos para cumplir con los criterios de una cesárea segura, fue de vital importancia para disminuir la duración del mismo; además de que a mayor tiempo quirúrgico mayor riesgo de infecciones asociadas a la cirugía.

Tabla 3: Distribución de las gestantes según enfermedades asociadas.

Antecedentes Patológicos Personales	Casos	%
Hipertensión Arterial	357	32.36
Diabetes Gestacional	189	17.13
Cardiopatía	58	5.3
Obesidad	96	8.7
Sin antecedentes	403	36.51
TOTAL	1103	100

Fuente: Historia Clínica.

La tabla número 3 muestra los antecedentes personales de la gestante estudiada, donde sobresale como antecedente más frecuente el de Hipertensión Arterial, para un 32.36%, el 17.13% de las pacientes presentaban Diabetes Gestacional, 8.7% obesidad y el 5.3% antecedentes de cardiopatía; el 36.51% de las pacientes presentaban antecedentes de salud. En esta tabla se observa que la hipertension arterial se presenta con mayor frecuencia en las pacientes, aunque siguen prevaleciendo aquellas que no presentan patologías asociadas.

No se han encontrado estudios que relacionen realización de cesárea con antecedentes personales de las pacientes.

El autor considera que esto pudiese ser dado a que las pacientes con patologías previas al embarazo, presentan mayor número de inducción; momento en el cual en muchas ocasiones tienen un cuello aún inmaduro.

Complicaciones	Estadía Hospitalaria				Casos	%
	De 3 a 5 días		Más de 5 días			
Endometritis	4	0.51	27	8.29	31	2.81

Tabla 4: Distribución de las pacientes según complicaciones posteriores al acto quirúrgico y estadía.

Hematoma de la pared abdominal	8	1.02	11	3.37	19	1.72
Infección de la herida quirúrgica	37	4.78	16	4.91	53	4.81
Dehiscencia superficial y/o profunda de la herida quirúrgica	19	2.45	23	7.06	42	3.80
Granuloma de la herida quirúrgica	16	2.05	5	1.53	21	1.90
No complicaciones	693	89.19	244	74.84	937	84.96
TOTAL	777	100	326	100	1103	100

Fuente: Historia Clínica.

La tabla número 4 representa las complicaciones presentadas luego ser sometidas las gestantes a la cirugía cesárea y la relación con la estadía hospitalaria. Se observa que en 84.96% de ellas no se presentaron complicaciones, de las pacientes que presentaron una estadía hospitalaria menor de 5 días, estas representaron el 89.19% y el 74.84% mayor de 5 días. El 15.04% presentó morbilidad, siendo la infección de la herida quirúrgica el 4.81% y el 3.80% dehiscencia de la misma prolongando la estadía hospitalaria en ambos casos superior a los 5 días; 4.91% y 7.06% respectivamente.

Otra de las complicaciones presentadas fueron: endometritis (2.81%), granuloma de la herida quirúrgica (1.90%) y hematoma de la pared abdominal (1.72%); en todos estos casos la estadía hospitalaria superó los 5 días.

A pesar de que el porcentaje de infecciones descritas se corresponde con estudios realizados por Juan Vázquez, donde se asocian entre un 8-27% de los casos, en

su estudio predominó la presencia de complicaciones tromboembólicas, siendo en Cuba una de las seis causas principales de mortalidad. (4,5)

Se observa que en el 70.44% de los casos la estadía hospitalaria posterior a la intervención osciló de 3 a 5 días. Tomando como referencia estudios realizados en Cuba por Juan Vázquez está demostrada que la operación cesárea no solo representa un riesgo para la salud de la madre y el niño, sino también mayores costos al sistema nacional de salud extendiendo la estadía hospitalaria. (4,5)

En estudio realizado en España donde se decidió dar alta a las pacientes de forma precoz a las 48 horas, el porcentaje de altas a las 48 horas y a las 72 horas o más ha sido respectivamente del 41% y del 59%. El porcentaje de reingresos fue del 0,72% (alta a las 48 horas) y del 2,92% (alta a las 72 horas o más). Las causas más importantes de reingreso fueron: metrorragia (10 casos, de los cuales 6 corresponden al alta precoz y 4 al alta convencional), infección puerperal (9 casos, de los cuales 4 casos corresponden al alta precoz y 5 a la alta convencional) y legrado puerperal (8 casos, 3 casos en el alta precoz y 5 en el alta convencional) que constituyen el 70% de los reingresos totales; sin encontrar diferencias significativas si la cesárea fue electiva o intraparto, estas últimas se realizan de forma urgente y teóricamente tendrían mayor morbilidad. (25,26)

Tabla 5: Distribución de las gestantes según requerimientos cumplidos para clasificar como segura.

Cantidad de aspectos	Casos	%
----------------------	-------	---

Satisfactoria	397	36
No satisfactoria	706	64
TOTAL	1103	100

Fuente: Historia Clínica e informe operatorio.

A pesar de no contar con otros estudios con los cuales comparar estos resultados, si se puede apreciar que en gran medida se incumplen los requisitos que se consideraron indispensables para clasificarla como segura, siendo el 64% de los casos. A pesar de esto se aprecia que en el 36% de los casos se cumple mínimamente los aspectos evaluados, lo cual atenta contra la disminución de la morbilidad lo que pudiera favorecer negativamente en estos aspectos.

En la evaluación de las cesáreas al realizar una división de los requisitos teniendo en cuenta los aspectos previamente descritos, se cuenta con el 52.03% (574) cumplieron con 5 ó más de estos aspectos; el 19.13% (211) cumplieron de 3 a 4 de los aspectos y el 28.84% cumplieron con 3 o menos de ellos.

El autor de la presente opina que a pesar de tener conocimiento de todos los requisitos y estos ser del alcance de los ginecobstetras, aún existen brechas para llevar a cabo el cumplimiento indispensable y necesario de los parámetros citados para clasificar como segura la cesárea.

CONCLUSIONES

Las edades comprendidas entre 20-29 años fueron las de mayor prevalencia en las que se realizó cesárea. No existen antecedentes de cesárea previa, patologías asociadas ni partos previos a la gestación actual en más de la mitad de los casos estudiados. Las indicaciones de la cesárea fueron por causa materna, la duración de acto quirúrgico menor de 45 minutos prevaleció en más de la mitad de los casos estudiados, sin presentar complicaciones posteriores. La estadia hospitalaria luego de ser sometida a una cesárea oscila entre 3 y 5 días posteriores al acto quirúrgico, a pesar de que no se consideró como segura la cirugía realizada por incumplimiento de aspectos evaluados para clasificarla como tal.

RECOMENDACIONES

1. Disminuir el índice de cesárea logrando una correcta indicación de la misma con técnica quirúrgica, anestésica y cumplimiento de los aspectos presentados para clasificarla como segura y seguimiento postoperatorio riguroso hasta el alta de la paciente.
2. Exigir el cumplimiento del comité de cesárea, presentando el resultado del mismo de forma mensual.
3. Establecer mecanismos para que la comunicación entre la atención primaria y secundaria fluya como está indicado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hamilton BE, Martin JA, Sutton PD. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Births: preliminary data for 2013. Natl Vital Stat Rep. 2014; 23; 53(9):1-17.
2. Martínez-Salazar, G., Grimaldo-Valenzuela, P., Vázquez-Peña, G., Reyes-Segovia, C., Torres-Luna, G. & Escudero-Lourdese, G. (2015). Operación cesárea. Una visión histórica, Epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Rev, Med Inst Mex Seguro Soc, 53(5), 608-15. Recuperado de <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=e3fca397815a-4688-8c4e-17aa0257c6c8%40sessionmgr4005&hid=4208>
3. Colectivo de autores. Cesárea y todo lo relacionado al Parto Normal y de Riesgo. Manual de diagnóstico y tratamiento de la república de cuba. La Habana: Ciencias Médicas; 2007. p.
4. Vazquez Cabrera J. Cesárea: análisis crítico y recomendaciones para disminuir su morbilidad. La Habana: Ciencias Médicas. 2010. p. 7-13.
5. Piloto Padrón, M., Nápoles Méndez, D. (2014). Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 40(1):35-47. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_1_14/gin05114.html
6. Sarduy-Nápoles M, Molina-Peñate L, Tapia-Llody G, Medina-Arencia C, Chiong-Hernández D. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [revista en Internet].

2018 [citado 2018 Nov 15]; 44(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en:<http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/339/289>

7. Devendra K, Arulkumaran S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? *Ann Acad Med Singapore*. 2013 Sep;32(5):577-81; quiz 582.
8. Frenk Mora J, Ruelas Barajas E, Tapia Conyer R, Quintanilla Rodríguez MA. Cesárea segura: lineamiento técnico. SSA; 2002. p.1-48.
9. Habek D. The Misgav-Ladach method for cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 61:153-60.
10. Ayres-De-Campos D, Patricio B. Modifications to the MisgavLadach technique for cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scan*. 2010; 7(4):326-7.
11. Seligman R. El método Misgav-Ladach: efecto máximo, daño mínimo. *Revista Shalom*. 1999; 2:142-6.
12. Bahmanyar ER, Boulvain M, Irion O. Non-closure of the peritoneum during cesarean section: long term follow-up of a randomized control trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 185(6): S125.
13. Nagele F, Karas H, Spitzer D, Staudach A. Closure or non closure of the visceral peritoneum at cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 1996; 174:1366-70.
14. Calleja Calderón VJ, Rodríguez Cardoso J, San Martín Herrasti JM, Sanz Carreño A. Cesárea e histerorrafia en un solo plano: complicaciones e infecciones. *Ginecol Obstet Mex*. 1994; 62:304.
15. Eugenio Selman-Housein A. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Científico-Médica:La Habana Cuba. 2012
16. Notzon FC. International differences in the use of obstetric interventions. *JAMA*. 2010; 263:3286-91.
17. Águila Seten S. Obstetricia y Perinatología. Diagnóstico y tratamiento. ECIMED. Ciencias Médicas:La Habana; 2012. p.528, cap 85.

18. Roberto Mendivil López J. Consenso de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en Obstetricia y Perinatología; 2010, tema 82. p.589.
19. Rigol- Santiesteban. Obstetricia y Ginecología. Ciencias Médicas: La Habana; 2014. parte II, cap 21.
20. Vázquez Parra José Carlos. O ABUSO DA CIRURGIA CESARIANA E DO PRINCIPIO DA BENEFICÊNCIA. rev.latinam.bioet. [Internet]. 2016 Jan [cited 2018 Nov 15]; 16(1): 60-71. THE ABUSE OF CESAREAN AND THE PRINCIPLE OF BENEFICENCE. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165747022016000100004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.18359/rbi.1441>.
21. MacKenzie IZ, Cooke I, Annan B. Indications for caesarean section in a consultant obstetric unit over three decades. J Obstetric Gyneacol. 2013 May; 23(3):233-8.
22. Lincolth. T (2016). Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un hospital público de Piura, Perú.FELSOCEM.
23. Consenso de obstetricia - FASGO (2014). Cesárea a demanda. Recuperado de:http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Cesarea_a_Demanda.pdf
24. Coppola, F (2015) Rev. Méd. Urug. 2015; 31(1):7-14. Cesáreas en Uruguay. Recuperado de: <http://www.rmu.org.uy/revista/2015v1/art2.pdf>
25. Seguridad del alta a las 48 horas en las mujeres intervenidas de cesárea. Redondo Aguilar Rosario, Aceituno Velasco Longinos, Manrique Fuentes Gador, Delgado Martínez Luis, González Acosta Valois, Aisa Denaroso Leonardo Mauro. Seguridad del alta a las 48 horas en las mujeres intervenidas de cesárea. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 Feb [citado 2018 Nov 15]; 82(1): 30-36. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000100004&lng=es

26.18. Bayoumi YA, Bassiouni YA, Hassan AA, Gouda HM, Zaki SS and Abdelrazek AA. Is there a difference in the maternal and neonatal outcomes between patients discharged alter 24 h versus 72 following cesarean section ? J Matern Fetal neonatal Med 2015 Jun 5:1-5. Abstract.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto: Correlación entre cesárea segura y morbilidad materno-fetal en pacientes del Hospital Provincial de Ciego de Ávila entre 1 junio 2015-31 mayo 2018.

Yo _____ paciente ingresada en la sala de _____ del Hospital Provincial General Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” con número de Identidad _____ doy mi disposición a participar en la investigación de forma consciente y voluntaria. Para la misma he sido informado por parte de los autores de esta sobre las características y objetivos del estudio, siendo sincero y respondiendo correctamente la entrevista. Los datos personales no serán publicados.

Para constancia de mi aprobación firmo la presente:

Firma: _____ Firma: _____
Paciente Investigador

ANEXO 2

Hospital Provincial “Antonio Luaces Iraola” Variables necesarias para la confección del proyecto.

Datos a llenar por los cirujanos:

Equipo:

Fecha:

HC:

Nombre: _____ Edad: E.G.

Partos anteriores:

Ninguno: Eutócico:

Instrumentado: Cesárea:

Tipo de cesárea:

1. Primitiva

2. Iterada

Diagnóstico de cesárea primitiva:

1. Materna. 2. Fetal. 3. Materno-fetal

Trabajo de Parto:

1. No

2. Espontáneo

3. Inducción

4. Conducción

Trabajo parto: Rotura Membranas:

Clasificación según riesgo de infección:

1. Limpia 2. Limpia-Cont.

3. Contaminada 4. Sucia

Tiempo quirúrgico: minutos.

Apgar:

