

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA DEL MSP – ECUADOR “ATENCIÓN DEL
PARTO POR CESÁREA” EN LOS HOSPITALES DE ESPECIALIDADES DE
LAS FFAA No. 1 DE QUITO Y LUIS GABRIEL DÁVILA DE TULCÁN
DURANTE EL AÑO 2017.

AUTORES:

TATIANA ELIZABETH BUITRÓN SALAZAR, estudiante de Pregrado de la
Facultad de Medicina de la PUCE.

DIANA SOFÍA GALARZA ESTRELLA, estudiante de Pregrado de la Facultad
de Medicina de la PUCE.

DIRECTOR DE TESIS:

DR. FELIPE MORENO PIEDRAHITA, Especialista en Medicina Familiar.

QUITO – 2019

DEDICATORIA

En primer lugar, quiero dedicar el presente trabajo de investigación a Dios que siempre ha estado presente en cada uno de los pasos que he dado, además por haberme dado a mis padres Romeo y Jenny quienes han sido el principal pilar para que yo me encuentre el día de hoy aquí; son quienes con amor, esfuerzo, sacrificio y apoyo me ayudaron a cumplir cada una de las metas que me he propuesto constantemente.

A mi hermana que con su compañía y amistad nunca me he sentido sola en este camino que he recorrido.

A mis abuelitos, que siempre me han inculcado valores y que con los consejos que con mucho amor me han dado, me han ayudado a ser mejor siempre.

Por último, mis tíos y primos, que siempre han estado dándome un consejo o una voz de aliento en los momentos que más necesitaba.

TATIANA

Quiero dedicar este trabajo a los pilares de mi vida, mi madre Diana, quien a lo largo del camino me ha enseñado que a pesar de las adversidades debo enfrentar la vida con coraje y valentía, mi padre Jorge quien siempre con su ejemplo me enseñó la importancia de los valores y lo fundamental de la ética, David y Lucía a quienes nunca les faltó una palabra de apoyo durante este largo camino. Todos ellos personajes importantes en mi desarrollo personal, gracias a quienes he logrado alcanzar esta meta y por quienes me esforzaré por cumplir mis objetivos futuros.

SOFIA

TÍTULO:

CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA DEL MSP – ECUADOR “ATENCIÓN DEL PARTO POR CESÁREA” EN LOS HOSPITALES DE ESPECIALIDADES DE LAS FFAA No. 1 DE QUITO Y LUIS GABRIEL DÁVILA DE TULCÁN DURANTE EL AÑO 2017.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a nuestros padres por siempre apoyarnos, cuidarnos y acompañarnos a lo largo de este largo camino, además sin quienes no hubiera sido posible cumplir esta meta.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador la cual nos abrió sus puertas y se convirtió en nuestra casa de formación y enseñanza durante todos estos años.

A cada uno de nuestros docentes y tutores quienes con paciencia y sabiduría supieron impartirnos el conocimiento necesario para convertirnos en las profesionales que somos el día de hoy.

Finalmente, a nuestro director de tesis Dr. Felipe Moreno Piedrahita, quien supo guiarnos y orientarnos durante la realización de este proyecto, además quien siempre estuvo presente de manera incondicional durante estos meses y sin el cual no habiéramos podido concluir con nuestro trabajo de investigación.

Muchas gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. CARÁTULA
2. DEDICATORIA
3. TÍTULO
4. AGRADECIMIENTOS
5. ÍNDICE DE CONTENIDOS
6. GLOSARIO DE ABREVIATURAS
7. TABLAS, GRAFICOS Y FIGURAS
8. RESUMEN

CAPÍTULO I: Introducción

- 1.1 Introducción

CAPÍTULO II: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

- 3.1 Definición
- 3.2 Historia
- 3.3 Tipos de cesárea
- 3.4 Epidemiología
- 3.5 Preparación preoperatoria y técnica quirúrgica
- 3.6 Indicaciones
- 3.7 Contraindicaciones
- 3.8 Cuidados Postoperatorios
- 3.9 Complicaciones

CAPÍTULO IV: Reseña histórica de los hospitales

2.1 Hospital Luis Gabriel Dávila

2.2 Hospital de especialidades FFAA No1

CAPÍTULO V: Metodología

5.1 Tipo y diseño de estudio

5.2 Definición y operacionalización de variables

CAPÍTULO VI: Población y muestra

6.1 Población

6.2 Muestra

6.3 Tipo de muestreo

6.4 Unidad de observación y análisis

6.5 Criterios de inclusión y exclusión

CAPÍTULO VII: Análisis y recolección de datos

7.1 Plan de recolección de la información

7.2 Plan de análisis de datos

7.3 Aspectos bioéticos

CAPÍTULO VIII: Resultados

CAPÍTULO IX: Discusión

CAPÍTULO X: Conclusiones

CAPÍTULO XI; Recomendaciones

CAPÍTULO XII: Bibliografía

CAPÍTULO XIII: Anexos

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ABV.	SIGNIFICADO	ABV.	SIGNIFICADO
ac.	Antes de cristo	HTA	Hipertensión arterial
FFAA	Hospital de las Fuerzas Armadas	TVP	Trombosis venosa profunda
GPC	Guía de práctica clínica	VIH	Virus inmunodeficiencia humano
HLGD	Hospital Luis Gabriel Dávila	VHB	Virus hepatitis B
ISSFA	Instituto de Seguridad social de las fuerzas armadas	VHC	Virus hepatitis C
ISSPOL	Instituto de seguridad social de la policía nacional	Vmin	Valor mínimo
MSP	Ministerio de salud pública	Vmax	Valor máximo
OMS	Organización mundial de la Salud	RNs	Recién nacidos
IV	Intravenoso	PCV	Parto cefalovaginal
MG	Miligramo	WHO	Wold Health Organization
KG	Kilogramo		
RN	Recién nacido		
Pcte	Paciente		
VO	Vía oral		
IM	Intramuscular		
HBPM	Heparina de bajo peso molecular		
HPV	Virus del papiloma humano		

TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

TABLA 1. Procedimientos pre quirúrgicos y quirúrgicos que se realizan en una cesárea

TABLA 2. Causas frecuentes de cesárea según tipo de indicación.

TABLA 3. Definición de términos relacionados con el embarazo múltiple.

TABLA 5. Infecciones de transmisión vertical con su respectiva recomendación por parte de la GPC del MSP.

TABLA 5. Riesgos y beneficios de la cesárea

TABLA 6. Criterios de alerta temprana materna.

TABLA 7. Definición y operacionalización de las variables utilizadas en el estudio

TABLA 8. Muestra utilizada para el estudio en cada hospital

TABLA 9. Edad de las pacientes atendidas en los hospitales

TABLA 10. Perfil sociodemográfico de las mujeres atendidas en las casas de salud

TABLA 11. Lugar de residencia de las pacientes del H. FFAA NO1

TABLA 12. Lugar de residencia de las pacientes del HLGD

Tabla 13. Características clínicas de las pacientes que acudieron a los hospitales de estudio

Tabla 14. Patologías más frecuentes que se evidencia como antecedentes en las pacientes atendidas en los hospitales

TABLA 15. Características gestacionales de la población de estudio

TABLA 16. Características de los RN en estas casas de salud

Tabla 17. Indicaciones de cesarea en los hospitales del estudio

Tabla 18. Comparación de las indicaciones de cesárea en cada uno de los hospitales estudiados

TABLA 19. Medicamentos y otras medidas utilizadas durante la cesárea

TABLA 20. Porcentaje del nivel de cumplimiento de la guía MSP por categorías en los hospitales

TABLA 21. Porcentaje del incumplimiento de la guía MSP por categorías en cada hospital

Tabla 22. Principales ítems que presentan incumplimiento de la GPC

GRÁFICO 1: Porcentaje de cesáreas por países a nivel mundial.

GRÁFICO 2: Porcentaje de nacimientos por cesárea según prestador del servicio 2013 – 2016.

GRÁFICO 3: Nacimientos por cesárea, según provincia de residencia habitual de la madre, 2016.

GRÁFICO 4: Mapa de nacimientos por cesárea, según provincia de residencia habitual de la madre, 2016.

GRÁFICO 5. Posiciones y presentaciones anómalas en el recién nacido.

Figura 1. Complicaciones de las cesáreas atendidas en el año 2017 en el HLGD y FFAA No.1

ANEXO 1. Datos de la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública
“Atención del parto por cesárea” 2015

ANEXO 2. Instrumento de recolección de datos

ANEXO 3. Instrumento AGREE II

RESÚMEN

Introducción

La cesárea es la cirugía obstétrica que se realiza con mayor frecuencia. La OMS recomienda una tasa de 10 al 15% de todos los nacimientos. Pese a esta recomendación las cifras son alarmantes, llegando a triplicar su valor esperado en regiones como América Latina. En Ecuador, el MSP reportó un índice de cesáreas en el 2014 de 41.2%. En gran parte este aumento en el índice de cesáreas se debe a la mejoría en la calidad de los procesos quirúrgicos, sin embargo, se ha visto que se asocia a un aumento en la morbi-mortalidad materna y fetal.

Objetivo

Determinar el nivel de cumplimiento de la guía del MSP “Atención del parto por cesárea”2016, en el Hospital de Especialidades de las FFAA N°1 de Quito y el Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán durante el año 2017.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal. La muestra fue todo el universo de historias clínicas de las mujeres con embarazo a término sometidas a cesárea en el 2017 del Hospital FFAA No.1 (n=154) y HLGD (n=324). Se confeccionó un instrumento de observación con el que se recogieron las variables que se dividieron en áreas temáticas para realizar el análisis univariado utilizando medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas: se calcularon media, mediana, moda, valor mínimo y valor máximo, para las variables cualitativas, se emplearon porcentajes y frecuencias

Resultados

El nivel de cumplimiento de la guía en los hospitales fue del 76% de forma global. Por categorías fue del 99.5% en información a embarazadas y familiares, 83.5% exámenes preoperatorios y preparación para la cesárea, 68.9% a técnicas de cesárea y 61.4% en los controles de rutina post-cesárea. Los ítems que se encuentran con mayor incumplimiento en primer lugar fue la medición del pH arterial (100%), segundo lugar incisión de Joel Cohen (99,85%) y en tercer lugar apoyo en lactancia materna con el (86,1%). La cesárea anterior o iterativa fue la indicación con mayor porcentaje, siendo representada en el hospital FFAA No.1 por el 68.8% y en el HLGD por el 43.8%.

Conclusiones

El hospital FFAA No.1 y HLGD tienen características sociodemográficas e indicaciones de cesárea muy similares, aunque su nivel de cumplimiento de la GPC sea diferente podemos encontrar que muchas de las falencias que se encontraron es por falta del registro de las mismas en las historias clínicas. Así mismo el MSP debería realizar una actualización de la GPC, para que esta entre en vigencia en todas las casas asistenciales del país.

PALABRAS CLAVE: *cesárea, guía de práctica clínica, cirugía*

ABSTRACT

Introduction

Caesarean section is the most common gynecologic surgery. The WHO recommends a rate from 10 to 15% of all births. Although there are this recommendation rates are alarming, and have tripled its estimated value in regions like Latin America. In Ecuador the MSP reported a rate in the year 2014 of 41.2%. This increase in rates of caesarean sections it's because of the improvement of the surgical processes, but in turn it is associated with an increase of maternal and fetal morbi-mortality.

Objective

Determine the level of compliance of the guide from the MSP "Atención del parto por cesárea" 2016, in the FFAA N°1 Hospital from Quito and the Luis Gabriel Dávila Hospital from Tulcán during the 2017 year.

Methodology

A descriptive cross-sectional study was carried out. The sample was the entire universe of medical records of women with term pregnancy undergoing caesarean section in 2017 of the FFAA No.1 Hospital (n=154) and HLGD (n=324). An observation instrument was elaborated with which the variables that were divided into thematic areas were collected to perform the univariate analysis using measures of central tendency and dispersion; for quantitative variables: mean, median, mode, minimum value and maximum value were calculated, for qualitative variables, percentages and frequencies were used.

Results

The level of compliance of the guide in hospitals was 76% globally. By categories it was 99.5% in information for pregnant women and relatives, 83.5% preoperative exams and preparation for caesarean section, 68.9% for caesarean section techniques and 61.4% in routine post-caesarean section controls. The items with the highest non-compliance in the first place were the measurement of arterial pH (100%), second incision of Joel Cohen (99.85%) and thirdly support in breastfeeding with (86.1%). The previous or iterative caesarean section was the indication with the highest percentage, being represented in the hospital FFAA No.1 by the 68.8% and in the HLGD by the 43.8%.

Conclusions

The FFAA No.1 Hospital and HLGD have very similar sociodemographic characteristics and caesarean section indications, although their level of compliance with the CPG is different, we can find that many of the deficiencies that were found are due to the lack of their registration in the medical records. Likewise, the MSP should make an update of the CPG, so that it can be applied in all the care homes in the country.

KEYWORDS: *csection, clinical practice guide, surgery*

CAPÍTULO I:

INTRODUCCIÓN

El término médico cesárea tiene varias teorías de origen, se cree que se originó en el año 100 ac, durante la época de la Roma Imperial, y se denomina de esta manera debido a que Julio Cesar nació por medio de este procedimiento, llamando así *caesaeres* a todos los niños que nacían mediante un corte de las paredes abdominales. También se aceptó que el creador fue el médico Francois Rousset (Francia, 1530-1603) quien habla sobre el procedimiento en su monografía publicada en 1581, “Nuevo tratado de la histerotomía o parto por cesárea”. En este documento se recomienda por primera vez como procedimiento médico en una mujer viva (Oncoy, 2018).

La cesárea se define como un procedimiento quirúrgico que consiste en la incisión de la pared abdominal y uterina para la extracción del recién nacido, vivo o muerto, a partir de la semana 27 de gestación, además constituye un procedimiento obstétrico que se usa en algunos casos justificados para reducir daños al recién nacido y a la madre. Se trata de un procedimiento que no está exento de riesgos, razón por la cual es preciso que la embarazada los conozca y tenga datos suficientes para comparar frente al parto normal (Couto & Napoles, 2013).

La operación cesárea es la cirugía ginecológica que se realiza con más frecuencia, sin embargo, en un estudio realizado por (M. Muñoz, Rosales, Domínguez, & Serrano, 2011) se citan las principales indicaciones, siendo las tres primeras, de una lista de cuarenta y cinco el compromiso del feto, la cesárea previa y la desproporción entre la cabeza del feto y la pelvis de la madre.

Actualmente se conoce que hay circunstancias en las que no está justificada su realización como las cesáreas electivas programadas. Casos como el último han motivado la recomendación de tener una la opinión de otro profesional antes de tomar la decisión (M. Muñoz et al., 2011).

El Observatorio Global de la Salud de la OMS contempla la relación entre los nacimientos por cesárea de entre todos los nacimientos vivos en un lapso de tiempo específico como un indicador de la calidad de gestión hospitalaria y salud materno reproductiva (Organización Mundial de la Salud, 2018). Este criterio valora indirectamente el acceso y atención médica de partos ante situaciones de emergencias. Se habla de un número suficiente de estas cirugías cuando se producen del 10 al 15% de los nacimientos. Pese a esta recomendación las cifras son alarmantes, llegando al triple de su valor esperado en regiones como América Latina (Ministerio de Salud Pública, 2016).

En el Ecuador, en el año 2014 el índice de cesáreas reportado por el MSP fue de 41.2%, llegando así a constituirse como la intervención quirúrgica más frecuente de la especialidad de ginecología y obstetricia (Ministerio de Salud Pública, 2016).

El incremento del índice de cesáreas se debe a la mejoría en la calidad de los procesos quirúrgicos, sin embargo se ha visto que se asocia a un aumento en la morbi-mortalidad materna y fetal (Varas, Lattus, & Aedo, 2013). Datos revelan que la cesárea es segura para la madre y el feto cuando se realiza a partir de la semana 37 de gestación, aun así se evidencian complicaciones en los dos como por ejemplo el síndrome de dificultad respiratoria, la adaptación pulmonar prolongada y la hipertensión pulmonar que se ha observado que llegan a ser hasta 7 veces más prevalentes que en un neonato que haya nacido por parto

cefalovaginal. De igual manera se ha evidenciado que las laceraciones son más comunes, principalmente cuando se trata de una cesárea no programada o de urgencias, se reporta hasta el 3% de complicaciones en las programadas en contraste de 5.3% de las de emergencia (Morales, Alberto, García, & Islas, 2009).

Las guías de práctica clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones basadas en revisiones sistemáticas y otras fuentes de evidencia, estos documentos evalúan los riesgos y beneficios de diferentes alternativas respecto a un tema específico, su objetivo es optimizar la atención sanitaria estandarizando los actos médicos, por eso se toman como base para la toma de decisiones y estandarización de la actividad asistencial en diferentes contextos y países. En Ecuador existe la Guía del MSP – Ecuador “Atención del parto por cesárea” (Martin, 2016).

Este instrumento contiene recomendaciones clínicas con evidencia científica disponible para mejorar la práctica clínica, para una adecuada atención antes, durante y después de la cesárea en el segundo o tercer nivel. Los estudios encontrados en la búsqueda bibliográfica fueron revisados por los profesionales para identificar los datos más apropiados para ayudar a responder las preguntas clínicas y asegurar que las recomendaciones estén basadas en la mejor evidencia disponible para la decisión de someter a una cirugía a las embarazadas (Ministerio de Salud Pública, 2016).

CAPÍTULO II: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

ATENCIÓN DEL PARTO POR CESÁREA 2016

Para esta investigación se tomó como referencia la GPC del MSP del Ecuador “Atención del parto por cesárea” publicada en agosto del 2016, la misma que fue desarrollada y revisada por tres organizaciones: Ministerio de Salud pública, Dirección Nacional de normalización y el fondo de población de las naciones unidas (UNFPA).

Para la elaboración de la misma se reunió a un equipo de especialistas en Ginecología y Obstetricia quienes la adaptaron y actualizaron de: Caesarean section, 2011 National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health RCOG-NICE”.

La guía está estandarizada para encaminar a todo el personal de salud que está a cargo del diagnóstico y manejo de toda mujer embarazada que termine su embarazo por vía quirúrgica, en establecimientos de segundo y tercer nivel.

Como objetivo se intenta lograr una disminución de cesáreas injustificados y por ende de complicaciones que lleven a un aumento de la morbi-mortalidad materna y fetal.

Se puede dividir a la guía en las siguientes secciones para mejor comprensión y manejo de la misma:

- Apoyo e información a la embarazada y acompañantes
- Indicaciones de cesárea
- Exámenes preoperatorios y preparación para la cesárea
- Anestesia

- Técnicas quirúrgicas
- Atención del recién nacido
- Control de rutina después de la cesárea
- Recuperación luego de la cesárea
- Embarazo y parto después de cesárea

Asimismo, se recomendó realizar una actualización cada 3 años o dependiendo de los cambios que exista en la evidencia sobre las cesáreas, misma actividad que no se ha elaborado hasta la actualidad.

Se utilizó el instrumento AGREE como método de evaluación de la calidad de la GPC, obteniéndose los siguientes resultados en cada uno de sus ítems evaluados:

- Alcance y Objetivo: 83%
- Participación de los implicados: 54%
- Rigor en la elaboración: 81%
- Claridad y presentación: 88%
- Aplicabilidad: 50%
- Independencia editorial: 100%

CAPÍTULO III: CESÁREA

DEFINICIÓN

El término cesárea se destinó al procedimiento que se realiza para la extracción del recién nacido, placenta y membranas ovulares, a través de la apertura de la pared abdominal (laparotomía) y la pared uterina (histerotomía) por medio de una incisión (Cabero, 2013).

HISTORIA

Se considera a la cesárea como un procedimiento de origen incierto, el cual inicialmente se realizaba cuando el parto vaginal era imposible y con el único objetivo de salvaguardar la vida de la madre, aun sabiendo que su mortalidad era cercana al 100%, sin embargo pese a que esta mortalidad ha ido disminuyendo con el paso del tiempo y sus indicaciones han ido aumentando, se continúa recomendando que se la realice únicamente en situación extremas o en las cuales haya una indicación bien establecida (Schnapp, Sepúlveda, & Robert, 2014).

El primer parto por cesárea en una paciente viva que fue aceptado en la historia de la medicina data del año 1610 obteniendo como resultado el fallecimiento de la madre tan solo veinte y cinco días después del procedimiento (DeCherney, Nathan, Laufer, & Roman, 2013). Sin embargo, previo a este existe referencia de un caso en el cual el castrador de cerdos de origen suizo, Jacob Nufer, realizó el procedimiento con éxito tanto para la madre como para el hijo en el año 1500 (Martínez et al., 2015).

El origen del término cesárea obedece a varias hipótesis, la primera se basa en que Julio César nació de esta forma, la segunda hipótesis hace referencia a una

ley romana promulgada por Numa Pompilio (siglo VIII a.C.) que ordenaba que se realice este procedimiento a mujeres embarazadas que han fallecido con el fin de preservar la vida del feto, sin embargo, ambas hipótesis carecen de testigos y documentos escritos por lo que se consideran poco probables (Cabero, 2013). Otra de las hipótesis del origen de este procedimiento se basa en una palabra de origen latino, *caedere* o *scaedere*, que significa cortar, haciendo referencia a la técnica del procedimiento (Lugones, 2001).

TIPOS DE CESÁREA

Se pueden identificar algunos tipos de cesárea, los cuales se encuentran definidos a continuación

1. Cesárea electiva:

Procedimiento que se realiza en embarazadas con una contraindicación establecida previamente, sea materna o fetal, para llevar a cabo un parto por vía vaginal. Se realiza de manera programada (Ros, Bellart, & Hernández, 2012).

2. Cesárea de recurso:

Es aquella que se realiza durante el curso del trabajo de parto al verificar que no existe un progreso del mismo por cualquiera que sea el motivo. Generalmente no existe riesgo inminente para la madre ni para el feto (Ros et al., 2012).

3. Cesárea de urgencia:

Es la que se realiza al existir una patología aguda grave que genere riesgo vital materno-fetal o consecuencias adversas relacionadas al desarrollo, principalmente neurológico, del feto, en cuyo caso el procedimiento debe llevarse a cabo de manera inmediata (Ros et al., 2012).

EPIDEMIOLOGÍA

La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más usados a nivel mundial y una de los más eficaces para salvaguardar la vida materno-fetal en casos debidamente justificados, aunque también es causante de complicaciones o discapacidades que incluso pueden llevar a la muerte, por esta razón la OMS desde 1985 y con la colaboración de médicos de todo el mundo, determinó que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10 al 15% (Organización Panamericana de Salud, 2015).

Dentro del ideal de 1 por cada 10 partos en América, se han reportado que 4 de cada 10 son cesáreas (Organización Panamericana de Salud, 2015).

Según los registros de la OMS como líder mundial se encuentra República Dominicana (58.1%), seguido de Chipre (59,9%) y en tercer lugar Brasil (55,1%) (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Porcentaje de cesáreas por países

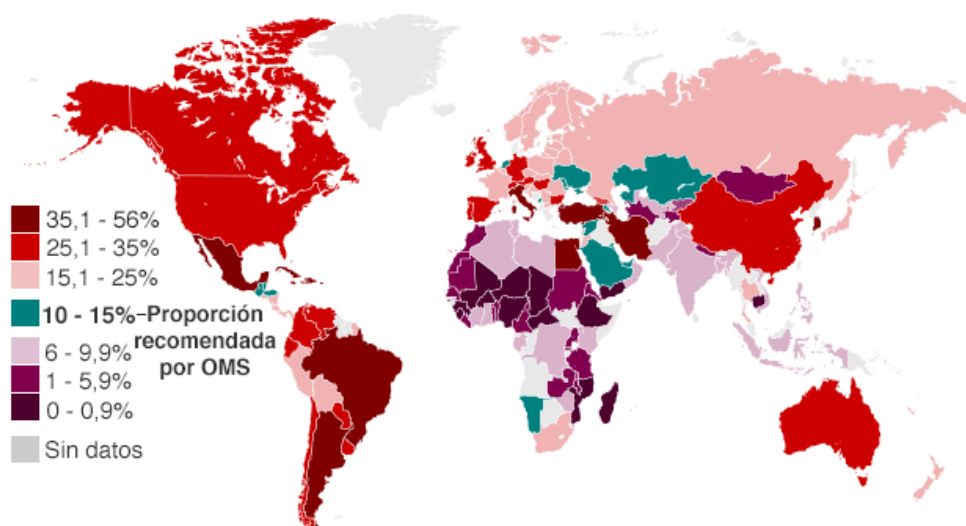


GRÁFICO 1: Porcentaje de cesáreas por países a nivel mundial. Fuente: (BBC Mundo, 2015)
Como se aprecia en el gráfico anterior, América es la región que encabeza la tasa de cesárea a nivel mundial (25,1% - 56%).

El gráfico 2 nos muestra el comportamiento dinámico que tuvo el Ecuador en cuanto a las tasas de cesárea durante el periodo entre el 2013 al 2016, donde se observa la siguiente variación de las cifras: 2013 (48,76%), 2014 (50,62%), 2015 (48,97%) y 2016 (46,19%). Además se puede evidenciar que en los establecimientos de MSP mantienen sus cifras estables, mientras que en otros establecimientos del estado: FFAA, ISSFA, ISPOL existe un aumento considerable, y en las entidades de salud particulares se mantienen altas (Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de la Información de Salud, 2016).

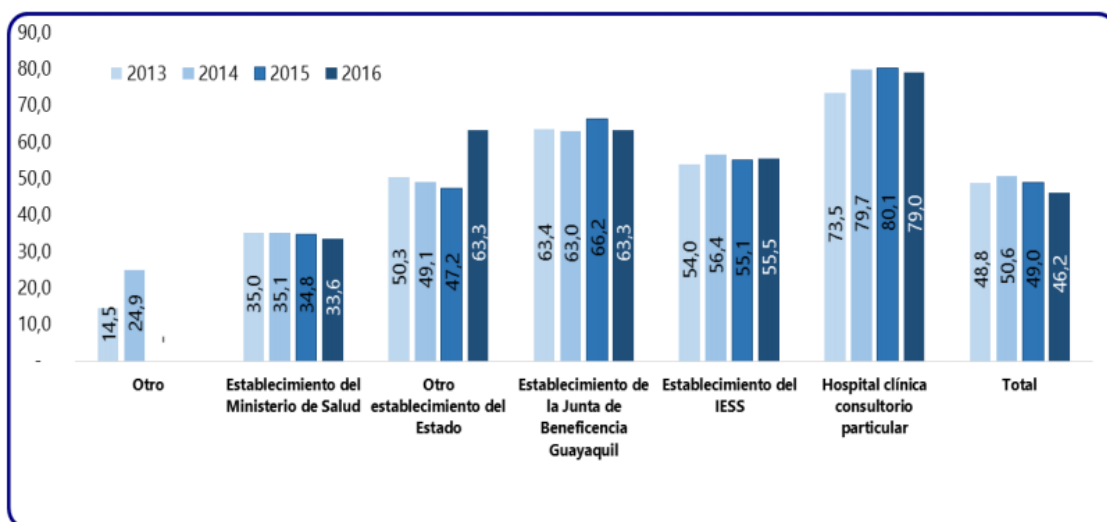


GRÁFICO 2: Porcentaje de nacimientos por cesárea según prestador del servicio 2013 – 2016.
Fuente: (Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de la Información de Salud, 2016)

Las provincias ecuatorianas que registran mayor porcentaje de nacimientos por cesárea en orden son: Los Ríos (57,7%), El Oro (56,65%) y Manabí (54,78%); GRÁFICO 3 Y 4, comparado con: Morona Santiago (19,43%), Napo (19,86%) y Pastaza (24,58%) quienes tienen el menor porcentaje de cesáreas (Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de la Información de Salud, 2016).

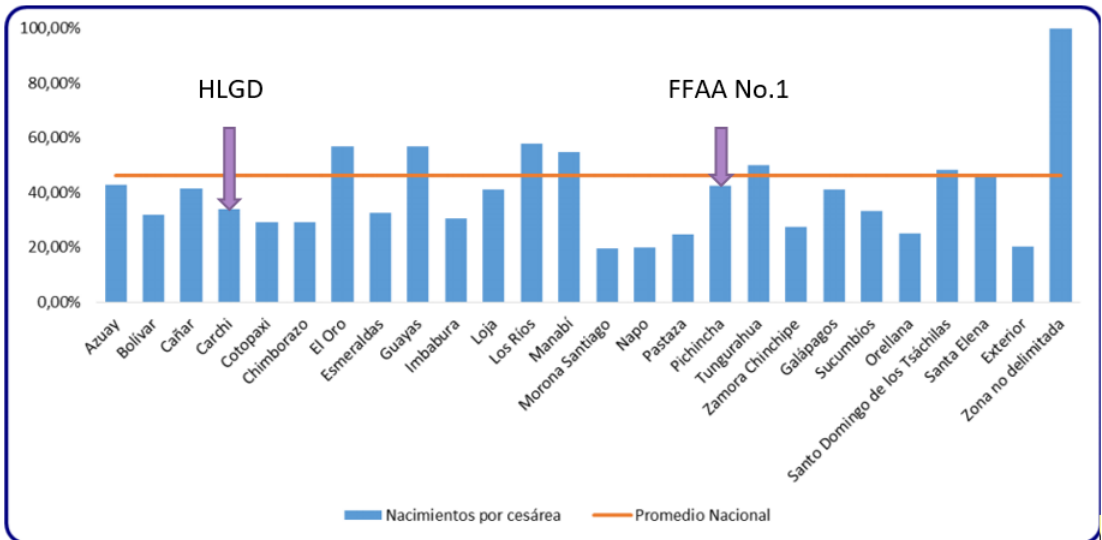


GRÁFICO 3: Nacimientos por cesárea, según provincia de residencia habitual de la madre, 2016. Fuente: (Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de la Información de Salud, 2016)

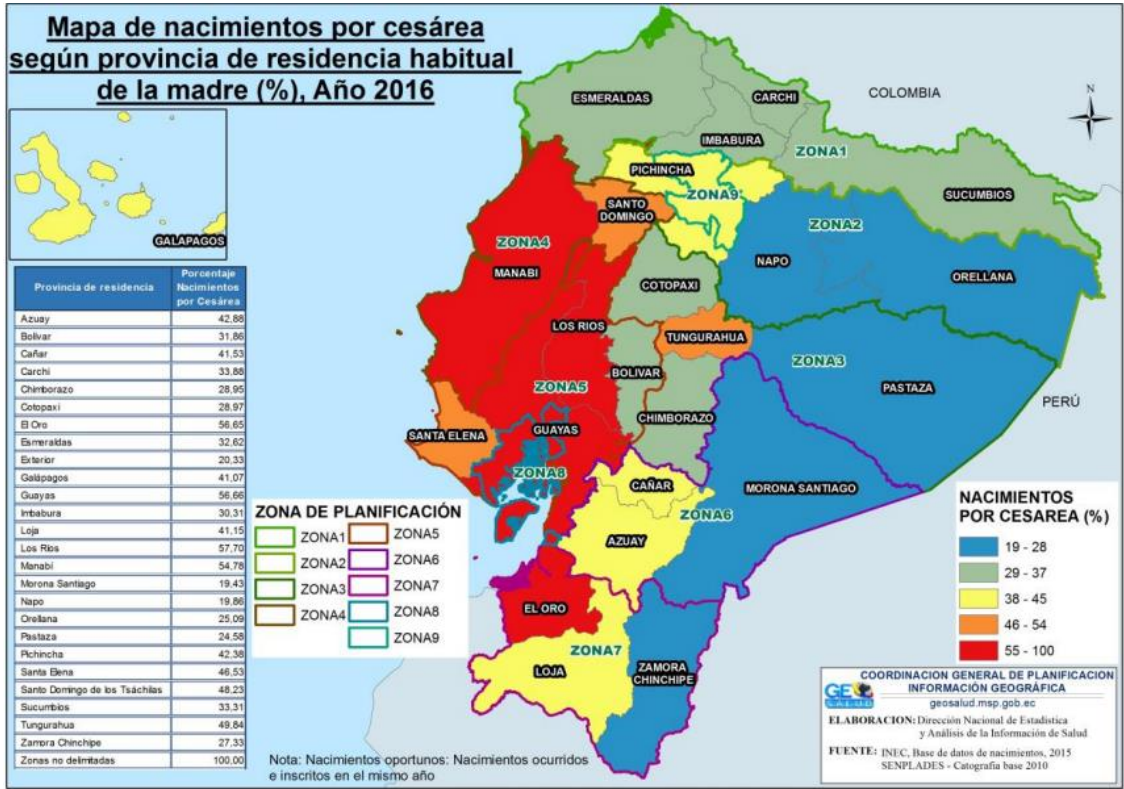


GRÁFICO 4: Mapa de nacimientos por cesárea, según provincia de residencia habitual de la madre, 2016. Fuente: (Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de la Información de Salud, 2016)

Aunque la OMS haya regulado la tasa de cesárea, asimismo acordó que este procedimiento se debe realizar en todas las mujeres embarazadas que así lo ameriten, en lugar de alcanzar una tasa determinada (Organización Mundial de la Salud, 2018).

PREPARACIÓN PREOPERATORIA Y TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se han determinado varios procedimientos (Tabla 2) los mismos que se realizan antes de la cirugía como durante de la misma, para alcanzar un acto quirúrgico bajo normas y protocolos que han sido estudiados y perfeccionados, para así, minimizar al máximo las posibles complicaciones tanto maternas como fetales.

PROCEDIMIENTOS PRE-QX	PROCEDIMIENTOS QX
Consulta pre anestésica	Apertura de la pared abdominal
Exámenes de laboratorio	Apertura de la pared uterina
Profilaxis antibiótica	Extracción fetal
Cateterización vesical	Extracción de placenta
Posición materna	Cierre de pared uterina y abdominal

TABLA 1: Procedimientos pre quirúrgicos y quirúrgicos que se realizan en una cesárea.
Fuente: (Berghella, 2019b; Ministerio de Salud Pública, 2016)

Chequeo pre anestésico:

Previo a la realización de la cesárea, al igual que en todo procedimiento quirúrgico, se requiere un control por parte del equipo de anestesia, en esta consulta se analizan los riesgos a los que cada paciente estará expuesta, además se tomará una decisión acerca del tipo de anestesia a ser utilizada basándose en la urgencia para el procedimiento y el estado materno (Berghella, 2019b).

Exámenes de laboratorio:

Está recomendada la realización de una medición de hemoglobina y hematocrito previo al acto quirúrgico, se admiten resultados de hasta un mes de antigüedad,

sin embargo no se considera como un parámetro válido para detectar posibles complicaciones a futuro (Berghella, 2019b).

Profilaxis antibiótica:

Todas las mujeres con membranas íntegras que serán sometidas a cesárea deben recibir una dosis de cefazolina una hora previa a la primera incisión (1 g IV para mujeres ≤ 80 kg y 2 g para mujeres > 80 kg), mientras que aquellas que presenten ruptura previa de membranas se recomienda agregar 500mg IV de azitromicina. Mientras que en mujeres con antecedentes de alergia a la penicilina se recomienda una dosis única de clindamicina 900mg + gentamicina 5mg/kg IV como prevención de infecciones durante y después el acto quirúrgico (Berghella, 2019b).

Cateterización vesical:

Se recomienda que se coloque una sonda vesical se dé previo el inicio del acto quirúrgico. La principal función de esta indicación es mantener vacía la vejiga para de esta manera mejorar la visibilidad durante la cirugía y también disminuir el riesgo de lesiones vesicales. Por otra parte el uso de sonda predispone a mayor riesgo de IVU, así mismo genera una demora en el inicio de la deambulación y mayor permanencia en el hospital (Berghella, 2019b).

Posición materna:

Durante la preparación de la paciente previo a la cirugía se recomienda que la misma permanezca en decúbito supino con una inclinación lateral de 15 grados debido a que disminuye la compresión de la vena cava con lo que también se disminuye el riesgo de hipotensión materna, generalmente dicha inclinación se retira al iniciar el procedimiento (Ros et al., 2012).

Apertura de la pared abdominal:

Esta parte del procedimiento quirúrgico se denomina laparotomía, para la cesárea existen dos tipos: media infra umbilical y una transversa denominada de Pfannenstiel, misma que actualmente tiene una versión modificada o incisión de Joel Cohen (Perez & Donoso, 2015).

Se recomienda que la incisión de elección sea una de tipo transversa debido a que se asocia con mejor resultados estéticos y menor dolor durante la recuperación así como un menor riesgo de desarrollar hernias a futuro, mientras que las incisiones de la línea media han sido reservadas para casos en los que se necesite extraer al neonato en el menor tiempo posible, se requiera un mayor campo visual o en pacientes con comorbilidades con riesgo de formar un hematomas subcutáneos (Berghella, 2019c).

Dentro de las incisiones de tipo transversal existen dos que sobresalen, tipo Pfannenstiel y Joel Cohen. Anteriormente se recomendaba la incisión tipo Pfannenstiel en ella se realiza un corte transversa con una concavidad superior a nivel supra púbico, con esta incisión se ha visto mejores resultados estéticos, menor riesgo de dehiscencia, hernias de pared y dolor en el periodo postoperatorio (Hofmeyr, Mathai, Shah, & Novikova, 2008).

Por otra parte, existen estudios controlados aleatorizados que demuestran que actualmente la técnica modificada de Pfannenstiel, Joel Cohen, se asocian a una menor pérdida sanguínea, y menores tiempos quirúrgicos, recuperación más rápida y menos dolorosa. (Ros et al., 2012).

Apertura de la pared uterina:

El nombre que se le da a esta parte del procedimiento es histerotomía. Al igual que en la laparotomía esta incisión puede ser transversal o vertical. La elección depende de varios factores como la posición fetal, grado de formación del segmento uterino, localización placentaria, etc (Perez & Donoso, 2015).

Generalmente la incisión recomendada es la transversal, se realiza en el segmento uterino inferior y fue descrita por Kerr en el año de 1921. Otra opción disponible es la incisión vertical descrita por Kronig en el 1912 (Cunningham et al., 2010).

Dentro de las ventajas y desventajas de cada una de las incisiones se puede mencionar que la de tipo Kerr genera una menor pérdida sanguínea y menor necesidad de disecar la vejiga. Facilita la aproximación de los extremos y disminuyendo el riesgo de dehiscencia en gestas posteriores. En caso de necesitar ampliar el corte este abordaje podría lesionar los vasos sanguíneos adyacentes, al cicatrizar será más débil lo que genera así mayor riesgo de ruptura uterina en próximos embarazos (Berghella, 2019c).

La incisión uterina vertical se realiza sobre el segmento inferior y en ocasiones puede extenderse al fondo uterino o cérvix en dirección caudal, pudiendo lesionar vejiga o esta incisión es reservada para cuando el segmento inferior uterino es poco desarrollado, existen miomas, patologías que comprometan el segmento inferior o cuando hay acretismo placentario (Perez & Donoso, 2015).

Extracción fetal:

El feto debe ser extraído de una manera rápida y segura. Se ha demostrado que a mayor tiempo de extracción fetal hay mayor alteración de los valores del PH de la sangre arterial fetal y del valor de APGAR (Berghella, 2019c).

Este procedimiento se lleva a cabo insertando la mano dominante del médico a través de la histerotomía y colocándola en el polo superior de la cabeza del feto, se procede a elevar la cabeza y flexionar suavemente para exponer el occipital a la apertura de la cavidad, los hombros salen realizando una suave tracción para extraer a uno, y luego al otro, el resto del cuerpo sale deslizándose con facilidad (Berghella, 2019c).

Extracción de la placenta:

Este procedimiento puede producirse de manera espontánea, lo cual consiste en traccionar suavemente el cordón umbilical mientras se aplica oxitocina IV para aumentar las contracciones uterinas; el otro mecanismo de extracción placentaria es manual, este consiste en desprender con la mano del cirujano la placenta en todas sus caras y extrayéndola. Se debe mencionar que la extracción espontánea se asocia a menor riesgo de endometritis y menor pérdida de sangre (Perez & Donoso, 2015).

Cierre del útero y pared abdominal:

El cierre uterino o también llamado histerorrafia puede realizarse de dos formas, con el útero dentro de la cavidad abdominal o exteriorizándolo, no existe evidencia suficiente de cual método es mejor, sin embargo hay estudios que relacionan mayor dolor postoperatorio en los casos en los que se realizó el cierre extra abdominal (Perez & Donoso, 2015).

Así mismo la histerorrafia puede darse en uno o dos planos, dentro de los pros de cada uno de estos métodos está que con el cierre en un plano existe una disminución del tiempo quirúrgico, mientras que el cierre en dos planos se asocia a un menor riesgo de dehiscencia de la histerorrafia cuando existe un embarazo posterior (Perez & Donoso, 2015).

En cuanto al cierre del resto de capas como el peritoneo visceral y parietal no existe evidencia suficiente que demuestre beneficios a corto plazo, así también sucede con el cierre de los músculos rectos anteriores los cuales pueden suturarse para ser aproximados o no. La aponeurosis debe ser cerrada con una sutura continua con hilo reabsorbible, en cuanto que la piel con hilo no reabsorbible (Perez & Donoso, 2015).

INDICACIONES

Indicaciones de cesárea

Cuando el parto por vía cefalovaginal no es viable, se procede a intervenir quirúrgicamente, como todo procedimiento está expuesto a complicaciones tanto maternas como fetales, es por tal razón que estos riesgos deberían estar superados por los beneficios de la cirugía. La GPC del MSP recomienda realizarla en los siguientes casos (Ministerio de Salud Pública, 2016):

- Mal posición (cefálica, pelviana y transversa)
- Embarazo múltiple
- Producto prematuro con peso ecográfico menor a 1500 gr.
- Placenta previa
- Placenta creta
- Desproporción cefalopélvica

- Infecciones de transmisión vertical
- Cesárea anterior
- Falta de progreso labor de parto

Otras bibliografías desglosan las indicaciones por categorías dependiendo si la causa es materna, fetal o mixta (Tabla 3) (Schnapp et al., 2014).

MATERNAS	FETALES
Cesárea anterior	Anomalía de presentación o posición
Hemorragia ante parto	Monitorización intra parto no tranquilizadora
Tumor previo	Anomalía fetal
Cáncer cervico uterino	Prolapso de cordón
Síndrome hipertensivo severo	Distocia de hombro
Ruptura uterina	Parto prematuro extremo
Trombocitopenia autoinmune severa	Embarazo gemelar con distocia de presentación
Herpes genital activo	RCIU severo
Falta de progreso del trabajo de parto / inducción fracasada	
Placenta previa	MIXTA
DPPNI	Desproporción cefalopélvica

TABLA 2. Causas frecuentes de cesárea según tipo de indicación (Schnapp et al., 2014).

La definición de realizar una cesárea dependerá del criterio del médico en mayor porcentaje, a pesar que la literatura actual expone indicaciones absolutas y relativas.

Mal posición fetal

Mientras la mujer cursa su embarazo y se realiza controles prenatales, es importante, sobretodo al final del mismo, establecer la relación que tiene el feto en la cavidad uterina, esto permitirá tomar las medidas correspondientes como proceder a una intervención quirúrgica (Vargas, 2016).

Las maniobras de Leopold al igual que un estudio ecosonográfico, ayudan al profesional a definir esta relación, la ventaja de dichas maniobras es que se las puede realizar en cualquier momento, ya que solo se requiere palpar a través del abdomen materno e identificar 4 aspectos fetales importantes que son (Carvajal & Ralph, 2017):

- **Actitud:** es como se dispone el cuerpo fetal en la cavidad uterina, lo normal es una flexión activa.
- **Situación:** es la relación que existe entre el eje longitudinal materno y fetal. Puede existir las siguientes situaciones: longitudinal, transversa u oblicua.
- **Presentación:** Se trata del segmento del feto que delimita con el estrecho superior de la pelvis materna. La presentación y la situación se correlacionan, de tal forma que cuando el feto se encuentra en situación longitudinal, este debe presentarse con el polo cefálico o podálico. En cambio, si la situación es trasversa, el feto debe tener una presentación de tórax u hombros (Gráfico 5).

- **Posición** : Es la correlación que presenta la espalda del feto con el lado izquierdo o derecho de la mujer.

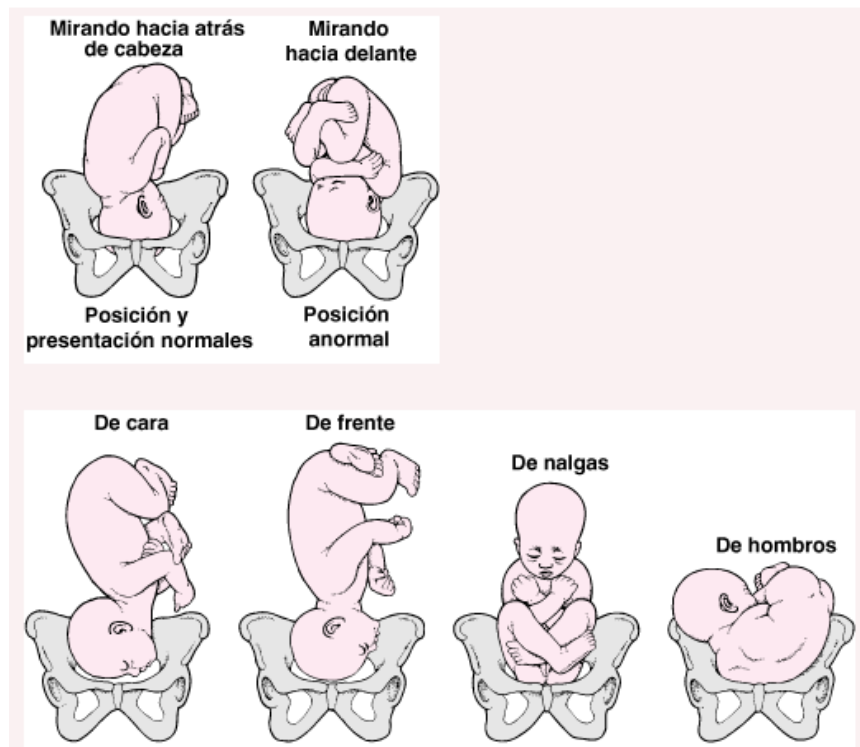


GRÁFICO 5. Posiciones y presentaciones anómalas en el recién nacido (Moldenhauer, 2016).

Entre las posiciones fetales no adecuadas para el parto tenemos: podálica, trasversa y de hombros, la podálica la más común en el segundo y tercer trimestre.

Debido a que la posición podálica es la que predomina, se han realizado varios estudios acerca la moxibustión, acupuntura y electro acupuntura, donde se ha podido definir que la moxibustión ha ayudado a incrementar la posibilidad de optar por un parto cefalovaginal, por lo cual debería tomarse en cuenta (E. Muñoz, Monreal, Gauna, De Molina, & Casas, 2011).

No obstante, otras revisiones bibliográficas han demostrado que finalizar el embarazo por vía quirúrgica es la mejor opción en casos de mal posición fetal,

ya que disminuye la morbi-mortalidad neonatal, a pesar que la morbilidad materna podría aumentar (Hofmeyr, Hannah, & Lawrie, 2015).

Embarazo múltiple

Cuando existe un desarrollo coexistente de dos o más fetos en el útero de la mujer se considera como un embarazo múltiple. A parte del hecho del desarrollo fetal se debe considerar otros aspectos para caracterizar y determinar de qué tipo de embarazo múltiple se trata (Tabla 4).

Se conoce que en su mayoría los embarazos múltiples son “dicigóticos”, el cual se produce de la fecundación de cada óvulo con su respectivo espermatozoide, a diferencia del embarazo “monocigótico”, que se da en menor frecuencia, el cual proviene de un solo óvulo fecundado (Carvajal & Ralph, 2017).

Así mismo, se ha podido identificar que se puede conocer el pronóstico fetal dependiendo de la corionicidad que tenga el embarazo, ya que en embarazo monocoriónicos presentan una mayor mortalidad perinatal en comparación con los bicoriónicos (R. García, Rodríguez, Ortiz, & Matute, 2010).

Definiciones	
Embarazo múltiple	Presencia de más de un feto en la cavidad uterina
Embarazo gemelar	Presencia de dos fetos en la cavidad uterina
Embarazo triple	Presencia de tres fetos en la cavidad uterina
Embarazo múltiple de alto orden	Más de tres fetos en la cavidad uterina
Monocorial	Una sola placenta
Bicorial	Dos placentas independientes
Monoamniótico	Los fetos comparten un mismo saco amniótico
Biamniótico	Dos cavidades amnióticas diferentes
Monocigótico	Proviene de un solo óvulo fecundado
Bicigótico o Dicigótico	Proviene de dos óvulos fecundados

TABLA 3. Definición de términos relacionados con el embarazo múltiple (Carvajal & Ralph, 2017).

Se ha evidenciado que estadísticamente existe un incremento en los casos de embarazos múltiples a nivel mundial debido a las técnicas de fertilización

asistida, no obstante, estos también se pueden dar de forma natural e incluso coexiste un factor genético (Carvajal & Ralph, 2017).

El embarazo múltiple es considerado de alto riesgo y tiene un gran impacto en los sistemas de salud públicos por los costos que acarrea las complicaciones maternas que pueden presentarse 3 a 7 veces más frecuente comparado con un embarazo único. Además, las complicaciones fetales pueden presentarse con tasas de óbito de 0.13% aproximadamente (Ccala, 2018; R. García et al., 2010).

Debido al delicado control y manejo que conlleva un embarazo múltiple, se ha desarrollado una serie de guías clínicas para el manejo del parto en estos casos, donde se ha concluyó las siguientes medidas (Kiekebusch, Valdés, & Parra-Cordero, 2016):

- Edad gestacional mayor a 32 semana o peso fetal mayor a 1500gr, los dos fetos cefálicos: PCV
- Edad gestacional mayor a 32 semana o peso fetal mayor a 1500gr, con el primero cefálico y el otro en otra posición: PCV
- Edad gestacional menor a 32 semanas: CESÁREA
- Embarazo monoamnióticos o embarazos de 3 o más fetos: CESÁREA
- Presentación del primer gemelo no en cefálica: CESÁREA

En un estudio randomizado multicéntrico canadiense “Twin Birth Study” que incluyó 2.804 embarazos gemelares entre 32 y 38 semanas, con estimación de peso fetal entre 1.500 y 4.000 g, con el primer gemelo en presentación cefálica, excluyendo embarazos monoamnióticos, anomalías letales o contraindicación es de parto vaginal, mostró que la cesárea electiva no disminuye la morbimortalidad

perinatal o neonatal comparado con la inducción de parto vaginal (Kiekebusch et al., 2016).

Mala implantación placentaria

La placenta es un órgano en forma de disco, que tiene circulación úterofetoplacentario, funcionando de órgano para intercambio gaseoso entre la maternofetal. Además, la placenta cumple otras funciones como (Morgan-Ortiz, Morgan-Ruiz, Quevedo, Gutierrez, & Báez, 2015):

- Barrera entre el feto y la madre
- Previene el rechazo que puede tener el feto en el útero materno (halo injerto fetal)
- Metabolismo y transporte de nutrientes
- Síntesis de péptidos y hormonas tiroideas
- Intercambio de electrolitos y otras moléculas
- Función respiratoria

La migración de la placenta es un proceso importante para este tipo de patologías, ya que cuando comienza un embarazo la placenta está en la parte baja del útero, pero esta sube poco a poco hasta llegar a la parte superior del mismo hacia el final del embarazo (Gallardo, 2018).

Cuando existen problemas de migración e implantación se produce placenta previa y acretismo placentario. Este riesgo se aumenta por lo general cuando la embarazada es añosa o se ha sometido a varias cesáreas con anterioridad (Ávila, Alfaro, & Olmedo, 2016).

- Placenta previa: se define a la placenta que durante todo el embarazo tuvo una implantación en el segmento uterino bajo, esta puede o no estar cubriendo el orificio cervical interno (Ávila et al., 2016).
- Placenta acreta: se presenta cuando la adhesión de la placenta al útero es anormal, esta puede invadir a dicho órgano o incluso a estructuras vecinas (Ávila et al., 2016).

Estas dos patologías se consideran un factor de riesgo importante para hemorragias, que por lo general conllevan a una tasa alta de mortalidad materna y fetal, y aunque no se han realizado estudios para demostrar cual es el manejo óptimo para este tipo de trastornos, la mayoría de recomendaciones se las ha realizado en base a la opinión de especialistas en el tema (Booker & Moroz, 2019).

La GPC sin embargo recomienda la terminación del parto de forma quirúrgica, y que esta sea debidamente planificada después del diagnóstico oportuno, de esta forma se previene considerablemente las complicaciones maternas y fetales (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Desproporción cefalopélvica (DCP)

Se define como desproporción céfalo pélvica (DCP) a la discrepancia que existe entre las medidas de la pelvis materna y la cabeza del feto al momento del parto. Como consecuencia se produce un retraso en la labor de parto e incluso detención del mismo ya que, aunque sigan existiendo contracciones uterinas rítmicas y adecuadas, el cuello cervical deja de dilatarse y la cabeza fetal no desciende (Piñango, Rodríguez, Fajardo, & Bello, 2006).

Aunque en la antigüedad, en el siglo XVI ya se conocía como una causa de trabajo de parto laborioso, posteriormente, en el siglo XVIII se describió la necesidad de la pelvimetría externa para conocer las dimensiones tanto fetales como maternas, las mismas que quedaron en desuso después de los rayos X, los mismos que se dejaron de utilizar por la radiación a la que se exponía las dos partes implicadas en el estudio (Piñango et al., 2006).

Debido a las complicaciones materno-fetales que acarrea la labor de parto extensa y laboriosa, se han tomado como métodos predictores a los exámenes de imagen (rayos X, tomografía, ecografía, resonancia magnética) como métodos diagnósticos de DCP (Piñango et al., 2006).

La DCP se considera como indicación de cesárea, sin embargo, la decisión de la misma cuando la labor de parto falla no debe ser en base a una pelvimetría, a talla baja materna o estimaciones del tamaño fetal, ya que ningún método hasta el momento ha logrado pronosticar con exactitud si es una DCP verdadera (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Infecciones de transmisión vertical

Cuando se habla de transmisión vertical, se refiere al contagio que se produce por parte de la madre hacia el feto durante el embarazo, parto o puerperio. Estas infecciones pueden ser tanto de origen bacteriano como virales y entre las más comunes podemos mencionar (Vasquez, Garcia, Devoto, & Galarza, 2011):

- Sífilis
- Chagas
- Hepatitis B
- Estreptococo beta hemolítico grupo B

- VIH

Frecuentemente cuando se describen a las infecciones de transmisión vertical se piensa en enfermedades de transmisión sexual. Pese a que algunas no lo son es relevante tener en cuenta que adultos de 15 a 49 años de edad en todo el mundo se han registrado tasas de aproximadamente 300 millones de casos de alguna ITS (Carvajal & Ralph, 2017).

Considerando que en estas edades la vida sexual activa es mayor, y que el número de personas asintomáticas que presentan estas infecciones son más habituales. Se evidencia la importancia del cribado de estas infecciones durante el embarazo, debido a las complicaciones directas que producen sobre el feto (Carvajal & Ralph, 2017).

Por consiguiente, se han determinado ciertas medidas de Salud Pública, una de las más importantes e imprescindibles, es realizar tamizajes de dichas enfermedades en mujeres embarazadas asintomáticas, para poder tomar medidas oportunas (Carvajal & Ralph, 2017).

La GPC del MSP sugiere (Tabla 5) la opción quirúrgica en ciertos casos específicos como en infecciones por VIH y HSV. En caso de infección por VHB o VHC, no está recomendado dicho procedimiento, ya que la evidencia no ha demostrado que este disminuya la probabilidad de transmisión vertical hacia el feto (Ministerio de Salud Pública, 2016).

INFECCIÓN TRASMISIÓN VERTICAL	RECOMENDACIÓN DE LA GPC
-------------------------------	-------------------------

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	Se debe programar cesárea entre la 37 y 38 semana de gestación
Virus de la Hepatitis B (VHB)	No se recomienda cesárea si la paciente se encuentra vacunada y con tratamiento con inmunoglobulina hiperinmune
Virus de la Hepatitis C (VHC)	No se recomienda cesárea
Virus Herpes Simple (HSV)	Se recomienda cesárea

TABLA 4. Infecciones de transmisión vertical con su respectiva recomendación por parte GPC del MSP. ADAPTADO: (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Cesárea electiva

La cesárea electiva es la cirugía para la terminación del embarazo, que se va a realizar sin previo trabajo de parto y en ausencia de indicaciones para la misma, respetando la autonomía de cada una de las pacientes como un principio ético fundamental (Olivera, 2016; Ybaseta, 2018).

Si bien se conoce que a nivel mundial las tasas de este procedimiento han aumentado considerablemente, no se conoce el impacto que tiene la cesárea electiva sobre esta estadística actual y si su repercusión es significativa o no (Fonseca-Pérez, 2017).

También hay que tener en cuenta que el aumento en el número de cesáreas electivas se ha dado a raíz del empoderamiento de la mujer sobre la toma de decisiones acerca de su cuerpo y la de su embarazo (Olivera, 2016).

Conjuntamente se pensarían como factores que intervengan de mayor o menor manera en esta decisión a la edad, etnia, paridad, nivel socioeconómico, empoderamiento, condición laboral, enfermedades maternas (Fernandez, 2012).

Una mujer que haya decidido optar por el procedimiento quirúrgico electivo, se puede enfrentar a varios riesgos o complicaciones, sin embargo también se pueden considerar algunos beneficios comparado con el parto normal; no obstante estas no han sido bien estudiadas, incluso se pueden considerar deficientes (Tabla 6) (Fonseca-Pérez, 2017; Olivera, 2016).

TABLA 5. Riesgos y beneficios de la cesárea Adaptado: (Fonseca-Pérez, 2017; Olivera, 2016)	
RIESGOS	BENEFICIOS
Mayor estancia hospitalaria	Menor riesgo de incontinencia urinaria
Hemorragia	Disminuye el riesgo de trauma obstétrico
Complicaciones respiratorias fetales	Autonomía de la mujer
Inconvenientes en futuros embarazos <ul style="list-style-type: none"> • ruptura uterina • problemas de implantación • histerectomía 	

En el parto quirúrgico se ha evidenciado un aumento en las complicaciones respiratorias en el recién nacido con ingresos a UCI neonatal que tienen insuficiencia respiratoria de grado variable asociado con taquipnea transitoria, deficiencia de surfactante e hipertensión pulmonar (Fernandez, 2012).

Falta de progreso labor de parto

Cuando se menciona falta de progreso de labor de parto también se entiende como “distocia” y “labor de parto anormal”, y esta se produce cuando falla alguno de los mecanismos durante el parto. Entre estos mecanismos se encuentran (Ehsanipoor & Satin, 2019):

- Contracciones uterinas regulares e intensas
- Dilatación cervical
- Borramiento cervical
- Descenso fetal

Cuando alguno de estos mecanismos falla se puede dar dos clases de anomalías en la labor de parto que son (Ehsanipoor & Satin, 2019):

1. PROTRACCION: enlentecimiento del trabajo de parto
2. DETENCION: interrupción completa del trabajo de parto

Para poder valorar el progreso del trabajo de parto existen 3 formas de hacerlo. Tacto vaginal con el que se puede definir el estado del cuello cervical, dilatación y borramiento. Partograma que es una representación gráfica por medio de una curva de la dilatación cervical. Ecografía la cual puede determinar la rotación y descenso del feto durante el parto (Ehsanipoor & Satin, 2019).

Una vez determinado que no hay avance en la labor, la indicación para terminar el embarazo es la cesárea, ya que de esta forma se reducen las potenciales complicaciones materno fetales como por ejemplo el óbito fetal. Además, no se recomienda el uso de misoprostol, deambulación o la amniotomía ya que no se ha reportado mayores beneficios (Ehsanipoor & Satin, 2019; Ministerio de Salud Pública, 2016).

CONTRAINDICACIONES

A diferencia de otros procedimientos quirúrgicos en la cesárea no existen contraindicaciones absolutas, en este procedimiento se deben evaluar los riesgos y beneficios para ambos pacientes (la madre y el feto), además se ha observado que la mayoría de madres no aceptan los riesgos para el feto de un parto cefalovaginal a pesar de que esto implique mayor riesgo materno al momento de realizar una cesárea (Berghella, 2019c).

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Monitoreo materno:

En la sala de recuperación se deben vigilar tres principales elementos, el sangrado vaginal, altura del fondo uterino y los signos vitales maternos.

Conforme pasa el efecto de la anestesia se generan más molestias a la madre al momento de realizar una palpación abdominal para valorar el fondo uterino, sin embargo este malestar puede ser aliviado mediante la administración de analgésicos (Cunningham et al., 2010).

Para valorar los signos vitales maternos y estar se puede utilizar los criterios de alerta temprana materna (MEWC) (Tabla 6), los mismos que han sido creados para identificar y tratar patologías maternas que pueden ser potencialmente mortales durante el periodo post operatorio inmediato, sin embargo estos no valoran todas las posibles complicaciones ni reemplaza el criterio clínico (Berghella, 2019a).

PA sistólica (mmHg)	<90 o >160
PA diastólica (mmHg)	>100
Frecuencia cardiaca (latidos por minuto)	<50 o >120
Frecuencia respiratoria (respiraciones por minuto)	<10 o >30
SatO2, a nivel del mar	<95
Oliguria ml/hora	<35
Agitación materna, confusión o falta de respuesta; preeclampsia con cefalea o dificultad respiratoria no remitente	

TABLA 6. Criterios de alerta temprana materna. Tomado de: (Berghella, 2019a)

Pruebas de laboratorio:

Las pruebas de laboratorio de control postoperatorio pueden resultar innecesarias en aquellas cesáreas programadas en las que no se haya producido una hemorragia postparto, sin embargo los datos podrían ayudar a tratar anemias (Berghella, 2019a).

Analgesia:

Se debe dar un enfoque múltiple de los analgésicos para intentar disminuir el uso de opiáceos durante el periodo post operatorio, de igual manera para promover la rápida recuperación y el mejor manejo del recién nacido (Berghella, 2019a).

Retiro de la sonda vesical:

Existe evidencia que menciona que retirar el catéter urinario de manera temprana disminuye el riesgo de presentar infecciones del tracto urinario asociado al catéter, de igual manera no se recomienda realizar un cultivo de orina previo al retiro de la sonda y tampoco se recomienda dar profilaxis antibiótica (Berghella, 2019a).

Lactancia materna:

Los fármacos que se utilizan para realizar una cesárea no están contraindicados en la lactancia por lo cual la misma puede iniciar en la sala de partos al momento del nacimiento (Berghella, 2019a).

Cuidados de herida:

Al tratarse de una herida quirúrgica limpia la epitelización del tejido inicia aproximadamente 48h luego del acto quirúrgico, de esta manera se crea una capa que va a proteger a la herida de la colonización bacteriana, sin embargo, la misma es friable y puede romperse fácilmente. No existe evidencia concluyente que compare los resultados cuando se retira el apósito dentro de las primeras 48 horas en comparación a pasadas las 48 horas, sin embargo existen buenos resultados retirando el mismo dentro de las 6 a 24h post quirúrgicas (Berghella, 2019a).

COMPLICACIONES

Cuando se realiza una cesárea existen complicaciones no relacionadas a la anestesia, entre las principales tenemos infección de la herida quirúrgica, lesión de órganos pélvicos adyacentes, hemorragia y alteraciones de la coagulación (Berghella, 2019a). Además de complicaciones que podrían presentarse en embarazos futuros tales como placenta previa, placenta acreta (complicación relacionada con el número de cesáreas previas) y ruptura de la cicatriz uterina cuando se desencadene el labor de parto (Hernandez, 2019).

Endometritis:

Definida como una infección de la cavidad endometrial, que se provoca generalmente por una bacteria, se presenta en aproximadamente el 6% de las pacientes que son sometidas a cesárea antes de que se desencadene el trabajo

de parto en comparación al 11% de pacientes que se someten a cesárea durante el trabajo de parto (Berghella, 2019a).

Infección y otras complicaciones del sitio quirúrgico:

Entre el 1 – 2% de cesáreas primarias presentan complicaciones a nivel de la herida quirúrgica (infección, hematoma, dehiscencia) (Berghella, 2019a).

En cuanto a la infección de la herida es una complicación que puede presentarse entre el primer a séptimo día después de la intervención, como factores de riesgo para presentar esta complicación están la obesidad, transfusión sanguínea, uso de terapia anticoagulante, corioamnionitis entre otras (Berghella, 2019a).

Aquellas infecciones denominadas tempranas (dentro de las 48h del periodo postoperatorio) son causadas principalmente por *estreptococo betahemolítico del grupo A o B* y el cuadro clínico se va a caracterizar por la presencia de fiebre alta, mientras que las infecciones tardías (más de 48h del periodo postoperatorio) están causadas generalmente por bacterias como *Staphylococcus epidermidis* o *aureus*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* o flora cervicovaginal (Berghella, 2019a).

Hemorragia:

Una pérdida sanguínea aceptada durante la cesárea es de 1000cc, sin embargo aproximadamente el 18% de pacientes que se someten a esta intervención quirúrgica presentan una pérdida sanguínea calculada que supera los 1500cc, para prevenir esta pérdida sanguínea y el riesgo de hemorragia postparto se recomienda la administración rutinaria de oxitocina luego de que se produzca el parto, según estudios realizados en unidades materno fetales se calcula que aproximadamente del 2 al 4% de mujeres requieren una transfusión y las

principales causas son atonía uterina, lesión de vasos adyacentes y placenta ácreta (Berghella, 2019a).

Eventos trombóticos:

Las principales complicaciones trombóticas que se presentan posterior a una cesárea son trombo embolismo venoso, ACV isquémico e IAM, y se ha observado que acuden con una frecuencia de 246 por cada 100.000 partos por cesárea en las primeras seis semanas del periodo postoperatorio (Berghella, 2019a).

JUSTIFICACIÓN

Se ha observado que en el Ecuador las cifras de cesárea en el año 2014 superaron el 41% a la recomendación de la OMS que no sea mayor al 15% (Ministerio de Salud Pública, 2016). Entre las principales consecuencias comprobadas del uso indiscriminado de la cesárea como método de elección para terminar el embarazo se encuentran el aumento del uso de antibióticos en el periodo puerperal e incremento de la morbi-mortalidad materna y neonatal severa. Es por estas razones y cifras elevadas que se considera importante realizar un estudio acerca del nivel de cumplimiento actual de las indicaciones para realizar una cesárea (Corona, Higuera, & Cabero, 2008; Velez, Tovar, Méndez, López, & Ruiz, 2012). La GPC del MSP se constituye como un instrumento que pretende disminuir la tasa de esta cirugía cuando no se tiene indicación.

Verificar la observancia de estándares de atención, cotejar la correcta toma de decisión de hacer una intervención quirúrgica y el análisis de los puntos que tienen mayor incumplimiento son criterios de gestión de calidad que permitirán

generar intervenciones que ayuden en la planificación estratégica de cada una de las unidades, administraciones regionales y extrapolar a una realidad del país (Matus, 2012). Además, la verificación de datos permite valorar incremento en la tasa de cesáreas y, al realizarse en hospitales de segundo y tercer nivel de diferentes localidades abrirá la visión a una perspectiva más real de diversos actores de la Red Pública de Salud del Ecuador. El conocimiento de estos datos puede generar un ambiente de cambio y mejora en la calidad de atención de las pacientes embarazadas; condición fisiológica que denota un estado de vulnerabilidad en diferentes contextos (Beltrao et al., 2014).

Se realizó una revisión de historias clínicas, ejercicio mediante el cual se pudo valorar indirectamente la participación de todo el equipo de salud involucrado en la atención de las pacientes gestantes, este constituye un parámetro contemplado en la guía del MSP (Guzmán & Arias, 2012; Ministerio de Salud Pública, 2016). La importancia de insistir en el registro médico radica en que ningún acto en salud debe existir sin registrarse y que es un documento que guarda datos potencialmente legales e indicadores de calidad (Guzmán & Arias, 2012).

Una revisión sistemática sugiere que las intervenciones no médicas que han demostrado disminuir la tasa de cesáreas “innecesarias” son las que se enfocan en los profesionales de la salud (Chen et al., 2018).

- Implementación y uso de guías de práctica clínica
- Decisión de cesárea con segunda opinión obligada
- Mejorar actividades de auditoría o gestión
- Retroalimentación y actividades de educación al personal

Identificar los datos del cumplimiento de las indicaciones de cesárea permitirá generar recomendaciones para intervenciones futuras en diversas áreas como lo recomiendan consensos internacionales (Federación colombiana de Obstetricia y Ginecología & Perinatología, 2014). Entorno a lo expuesto, se planteó conocer el cumplimiento de la guía del MSP de “Atención del parto por cesárea”.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Cuál fue el nivel de cumplimiento de la guía del Ministerio de Salud Pública del Ecuador “Atención del parto por cesárea” 2016, en las atenciones de mujeres con embarazos a término en los Hospitales de Especialidades de las FFAA No. 1 de Quito y Luis Gabriel Dávila de Tulcán durante el año 2017?

CAPÍTULO IV: RESEÑA HISTÓRICA DE LOS HOSPITALES

2.1 HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA

TULCÁN

El Hospital “Luis G. Dávila” se fundó en 1913 con el trabajo conjunto de las Hermanas de la Caridad de Ibarra y de la Municipalidad de Tulcán, donde en precarias condiciones se atendía primeros auxilios, posteriormente a los soldados del batallón Imbabura y seis años más tarde a los primeros enfermos de tifoidea.

Pero no fue sino hasta el terremoto de 1923, donde se decide la conformación del hospital, adquiriéndose un terreno propio y donde tuvo sus funciones por más de 80 años llamándose Hospital San Vicente de Paúl.

Posteriormente, en 1944 se toma el nombre del Doctor Luis Gabriel Dávila a la sala de la maternidad del hospital por su aporte no solo económico sino también de sus servicios sin interés alguno. Diez años después se toma este nombre a todo el hospital.

Esta casa de salud es un hospital de segundo nivel que forma parte del Ministerio de salud Pública, que desde el 4 de febrero del 2013 funciona en un nuevo y moderno edificio que se encuentra en el noroccidente de Tulcán. Consta de las 4 especialidades básicas y más de 8 subespecialidades, además de ser el principal referente de atención hospitalaria al norte del país.

2.2 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FFAA No. 1

QUITO

El Hospital Militar fue fundado el 27 de diciembre de 1918, inicio sus actividades en una sala del antiguo hospital San Juan de Dios, lugar donde por 18 años junto al Hospital San Lázaro fueron las únicas casas de salud de la capital.

En el año de 1936 el área de consulta externa se traslada al Sanatorio de San Juan, espacio que pertenecía al grupo de artillería “Bolívar”, sitio recuperado por el FONSAL y que actualmente es considerado patrimonio de Quito, en ese momento era conocido como Hospital Militar de las Lomas de San Juan u Hospital Territorial No.1.

En 1957 durante el gobierno de Camilo Ponce, el hospital militar pasó a depender del Estado Mayor del Comando Conjunto de FFAA y en 1974 se entregó el proyecto para construir una nueva y moderna edificación, para que finalmente el 28 de febrero de 1977 se inaugure el nuevo hospital de tercer nivel Hospital general de las Fuerzas Armadas.

Esta casa de salud ha crecido en complejidad a lo largo de los años, siendo así que en el año 2010 en cumplimiento al acuerdo No. 318 del sistema nacional de salud pasa a denominarse “Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas No.1”.

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de cumplimiento de la guía del MSP “Atención del parto por cesárea”2016, en el Hospital de Especialidades de las FFAA N°1 de Quito y el Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán durante el año 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes sometidas a cesárea atendidas en el año 2017 en los hospitales de Especialidades de las FFAA No.1 de Quito y Luis Gabriel Dávila de Tulcán.
2. Analizar las condiciones maternas y fetales más frecuentes para la decisión de terminación del embarazo por cesárea en los hospitales de Especialidades de las FFAA No.1 de Quito y Luis Gabriel Dávila de Tulcán en el año 2017.
3. Determinar el porcentaje de cumplimiento de cada categoría de recomendaciones de la guía del MSP “Atención del parto por cesárea” dentro de los hospitales de Especialidades de las FFAA No.1 de Quito y Luis Gabriel Dávila de Tulcán en el año 2017.

HIPÓTESIS:

El nivel de cumplimiento de la Guía del MSP “Atención del parto por cesárea”, es menor al 80% en los hospitales de estudio.

TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las siguientes variables se identificaron teniendo en cuenta los formatos de las historias clínicas maternas y perinatales, tomando en cuenta que no todos los ítems de la Guía del MSP “Atención del parto por cesárea”, pudieron ser valorados de forma retrospectiva.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO VARIABLE	DE	DIMENSIÓN	UNIDAD MEDIDA	INDICADOR
DATOS MATERNOS						
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad (Real Academia de la Lengua Española, 2018).	Cuantitativa discreta		Años	Años	Número de años cumplidos
Instrucción	Ultimo nivel que haya cursado	Cualitativa nominal		Analfabeto Primaria Secundaria Universitaria	No aplica	Ultimo nivel que haya cursado
Lugar de nacimiento madre	Ciudad en la que nació la madre	Cualitativa nominal		Ciudad	No aplica	Ciudad en la que nació
Lugar de residencia	Ciudad en la que está viviendo actualmente la madre	Cualitativa nominal		Ciudad	No aplica	Ciudad donde actualmente vive
Ocupación	Actividad habitual a la que se dedica una persona	Cualitativa nominal		Profesión / oficio	No aplica	A que se dedica
Etnia	Auto identificación de la persona en cuánto a su grupo étnico	Cualitativa nominal		Mestizo Indígena Afro ecuatoriano Blanco Montubio	No aplica	Como se auto identifica
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativa nominal		Soltera Unión libre Casada Divorciada Separada Viuda Otra	No aplica	Estado civil que tiene en su cedula
Número de embarazos previos	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.	Cuantitativa discreta		Numero	Número de embarazos	Cuantos embarazos previos ha tenido
Antecedentes personales	Recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud	Cualitativa nominal		Tuberculosis Diabetes Hipertensión Pre eclampsia Eclampsia Cirugía genito-urinaria Infertilidad Cardiopatía Nefropatía Violencia VIH	No aplica	Antecedentes clínico quirúrgicos que tenga la paciente

Antecedentes gesta actual	Recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propia información de salud	Cualitativa nominal	Hipertensión gestacional Pre eclampsia Eclampsia Diabetes gestacional Cáncer Violencia VIH otras	No aplica	Antecedentes clínico quirúrgicos durante el embarazo que cursa
Controles Prenatales	Número de controles prenatales que tuvo durante su embarazo	Cuantitativa discreta	1,2,3,4,5.....	Controles	Número de controles médicos antes del nacimiento
Ecos	Numero de Ecografías realizadas durante el embarazo	Cuantitativa discreta	1,2,3,4,5....	ecos	Ecografías realizadas antes del nacimiento
Edad gestacional	Número de semanas cumplidas de embarazo al momento de la cesárea	Cuantitativa continua	37 a 41.6	semanas	Número de semanas de embarazo
DATOS RECIÉN NACIDO					
Sexo	Sexo determinado por el fenotipo de masculino o femenino en sus genitales externos	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	No aplica	Sexo del recién nacido
APGAR 1min	Puntaje asignado para determinar el grado de asfixia o no de un RN al 1er minuto	Cuantitativa discreta	3 a 9	Puntos	Puntaje al primer minuto de vida
APGAR 5min	Puntaje asignado para determinar el grado de asfixia o no de un RN al 5to minuto	Cuantitativa discreta	3 a 9	Puntos	Puntaje al quinto minuto de vida
Complicación neonatal	Presencia de algún tipo de complicación del RN	Cualitativa nominal	Presente Ausente	No aplica	Complicación del RN
ÁREA PREQUIRÚRGICA					
Presencia de consentimiento informado	Documento mediante el cual se garantiza que el candidato es informado y acepta voluntariamente la realización de las evaluaciones médicas después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del examen y sus beneficios	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Si se realizó la firma de los consentimientos informados por parte de la paciente o representante legal
Quien firmó el consentimiento informado	Persona que autorizo el procedimiento	Cualitativa nominal	Paciente Familiar Pareja	No aplica	Persona que firmó el documento de autorización

Información Consentimiento	Información registrada en el consentimiento informado acerca del procedimiento, riesgo, beneficios	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Información registrada existente
Indicación para cesárea	Indicación para realizar la cesárea registrada en la historia clínica materna	Cualitativa nominal	Gestación múltiple Situación anormal Variedad de presentación anormal Placenta anómala Distocia céfalo-pélvica Infección materna Incisión abdominal previa Solicitud materna	No aplica	Indicación de cesárea
Presentación	es la identificación de cuál de los dos polos fetales se pone en proximidad o en contacto con la pelvis menor	Cualitativa nominal	Podálico Trasverso Pélvico Cefálico	No aplica	Presentación fetal
Embarazos gemelares	desarrollo simultáneo en el útero de dos o más fetos	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Motivo por la cual se realizó la cesárea
Placenta previa	Complicación que se produce cuando la placenta cubre la abertura en el cuello del útero de la madre.	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Motivo por la cual se realizó la cesárea
Placenta creta (adherida).	una condición en donde la placenta se adhiere al músculo del útero sin existir capa de separación decidua, haciendo difícil su remoción	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Motivo por la cual se realizó la cesárea
Desproporción céfalo-pélvica	Falta de progreso en la labor de parto por diferencia entre el tamaño entre la cabeza del RN y la pelvis materna	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Motivo por la cual se realizó la cesárea
VIH positivo	Paciente con algún examen positivo de VIH Con nuevo resultado positivo, con infección o enfermedad por VIH	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Motivo por la cual se realizó la cesárea
Hepatitis C en VIH positivo	Paciente con exámenes de laboratorio positivos para VIH y hepatitis C	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Motivo por la cual se realizó la cesárea
virus del herpes simple (HSV)	Positividad del anticuerpo HSV-2 o la historia	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Motivo por la cual se realizó la cesárea

	conocida de herpes genital anotada en los registros prenatales y de parto (Stankiewicz Karita et al., 2017).				
Cesárea electiva	Si una mujer solicita una cesárea cuando no hay ninguna otra indicación médica para la misma	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Motivo por la cual se realizó la cesárea
Cesárea anterior	Realización de cesárea por haber existido una previa cesárea	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Motivo por la cual se realizó la cesárea
Cesárea de emergencia	Característica e la cesárea al momento de la decisión, si esta pone o no en riesgo la vida materno-fetal	Cualitativa nominal	Si No No especifica	No aplica	Si la cesárea tenia que se ingresada como emergencia
Tiempo de decisión de la cesárea	Tiempo que se demoraron entre la decisión de cesárea y la cirugía	Cualitativa nominal Cuantitativa Discreta	Inmediato Programada otras	minutos	Tiempo en comenzar la cesárea desde su decisión
Partograma	Curva de representación gráfica del trabajo de parto	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Si se realizó partograma
Pelvimetría	Mediciones de la pelvis femenina con respecto de los diámetros del feto	Cualitativa nominal	No aplica Si No	No aplica	En el caso de DCP, se realizó o no pelvimetría
Tiempo cesárea anterior	Tiempo trascurrido desde la cesárea anterior	Cuantitativa discreta	Número de años	años	Años desde la última cesárea
Diagnóstico ingreso	Diagnostico con el que se identificó a la paciente al ingreso	Cualitativa nominal	Diagnostico	No aplica	Diagnóstico de la paciente al ingreso
Diagnóstico egreso	Diagnostico con el que se identificó a la paciente al alta	Cualitativa nominal	Diagnostico	No aplica	Diagnóstico de la paciente al alta
Correspondencia de los diagnósticos	si los diagnósticos ya sea de ingreso o egreso corresponden y justifican la indicación de cesárea en la paciente	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Si los diagnósticos corresponden a la indicación
Valor hemoglobina preoperatoria de	Examen de laboratorio que determina la presencia de anemia	Cuantitativa discreta	Valor de hemoglobina de	Mg/dl	Valor de la hemoglobina obtenido previo a la cesárea
Trasfusión sanguínea	Procedimiento por el cual el paciente recibe sangre por	Cualitativa nominal	Si No No aplica	No aplica	Si hubo una pérdida sanguínea mayor a 1000ml durante

	medio de un catéter				la cirugía se debe realizar trasfusión sanguínea
Tipo de embrazo	Si el transcurso del embarazo hubo complicaciones importantes en la paciente	Cualitativa nominal	Complicado No complicado No especifica	No aplica	Si existió complicaciones durante el embarazo
Exámenes rutinarios	Exámenes de imagen o laboratorio que se le haya realizado a la paciente como rutina	Cualitativa nominal	Grupo sanguíneo Pruebas de coagulación Pruebas cruzadas Eco pre-QX No se realiza	No aplica	Exámenes de rutina que se hayan realizado
Colocación de sonda vesical	Procedimiento por el cual se introduce una sonda estéril por la uretra para que llegue a la vejiga	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Se colocó o no sonda vesical previo al acto quirúrgico
Tipo de Anestesia	Tipo de anestesia utilizada para la perdida de la sensibilidad	Cualitativa nominal	Tipo de anestesia	No aplica	Tipo de anestesia utilizada en la cesárea
Hidratación quirúrgica	Administración de líquidos intravenosos durante la cirugía	Cualitativa nominal	Cristaloides Coloides No	No aplica	Si se colocó hidratación intravenosa
Protectores gástricos	Administración de medicamentos que disminuyen las molestias producidas por el ácido clorhídrico en el estómago	Cualitativa nominal	Ranitidina Omeprazol	No aplica	Tipo de protector gástrico utilizado
Tipo de antibiótico profiláctico preoperatorio	Administración de antibióticos antes de la cesárea para prevenir infecciones	Cualitativa Nominal	Tipo de antibiótico	No aplica	Nombre del antibiótico administrado previo a la cesárea
Antieméticos	Utilización de medicamentos utilizados para evitar el vomito	Cualitativa nominal	Metoclopramida Ondansetrón	No aplica	Nombre del medicamento antiemético administrado
ÁREA TRANS QUIRÚRGICA					
Tipo de incisión	Tipo de corte que se realizó para la exposición de los tejidos	Cualitativa nominal	Media Transversa Otras	No aplica	Técnicas y procedimientos durante la cesárea
Incisión	Tipo de corte que se realizó para la exposición de los tejidos	Cualitativa nominal	Línea media Maylard Joel- Cohen Pfannestiel Pública (Cunningham et al., 2010)	No aplica	Técnicas y procedimientos durante la cesárea
Clampeo y corte del cordón umbilical	Pinzamiento y corte del cordón umbilical	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Técnicas y procedimientos durante la cesárea
Administración de oxitocina	Administración de hormona secretada por la hipófisis que tiene la propiedad de	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Técnicas y procedimientos durante la cesárea

	provocar contracciones uterinas y evitar sangrados en el 3er periodo del parto o posterior				
Extracción de placenta	Tipo de técnica que se utilizó para extraer la placenta de la cavidad uterina	Cualitativa nominal	Tracción controlada Manual Manual instrumental Instrumental No refiere	No aplica	Técnicas y procedimientos durante la cesárea
Incisión uterina	Técnica utilizada para suturar el útero	Cualitativa nominal	Una capa Dos capas No especifica Otras	No aplica	Técnicas y procedimientos durante la cesárea
PH arteria umbilical	Examen de laboratorio que se realiza de una muestra sanguínea obtenida del cordón umbilical	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Técnicas y procedimientos durante la cesárea
ÁREA POST QUIRÚRGICA					
Trombo-profilaxis	Medicamentos y medidas no farmacológicas para la prevención de enfermedades trombóticas posterior a la cesárea	Cualitativa nominal	Medias graduadas Movilización temprana HBPM	No aplica	Medidas post quirúrgicas
Contacto piel con piel	Procedimiento que se realiza después del parto, dando apego de madre y recién nacido	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Medidas post quirúrgicas
Apoyo en lactancia materna	Consejería en métodos y técnicas en lactancia materna que se le da a la madre	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Medidas post quirúrgicas
Ingreso a UCI	Si la madre fue ingresada a la unidad de cuidados intensivo por posibles complicaciones	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Complicación postquirúrgica
Control de signos vitales post cesárea	Medidas de características fisiológicas humanas que permiten conocer el estado hemodinámico de la misma	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Se realizó la toma de signos vitales después de la cesárea
Administración de analgesia	Administración después de la cesárea de medicamentos utilizados para controlar el dolor	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Procedimientos realizados después de la cesárea
Retiro de sonda vesical 12 horas post cesárea	Procedimiento realizado post cesárea para retiro de la sonda vesical	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Procedimientos realizados después de la cesárea

Tiempo de estancia hospitalaria post cesárea	Número de días que la paciente permanezca hospitalizada después de la cesárea	Cuantitativa nominal	Número de días de hospitalización	Número de días	Días de hospitalización post cesárea
Cuidados de herida	Cualquier tipo de procedimiento que se realice para tener limpia y seca la herida	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Medidas post quirúrgicas
Indicaciones sobre planificación familiar	Prácticas orientadas al control de la reproducción	Cualitativa nominal	Si No	No aplica	Se ofreció charla sobre planificación familiar a la paciente posterior a la cesárea
Complicación materna	Presencia de algún tipo de complicación de la madre	Cualitativa nominal	Presente Ausente	No aplica	Complicación de la madre luego de la cesárea
OTROS					
Quien hizo el ingreso	Profesional de la salud que ingresó a la paciente al servicio	Cualitativa nominal	Médico tratante Medico postgradista Médico residente IRM	No aplica	Tipo de profesional que hizo el ingreso
Quien atendió la cesárea	Profesional de la salud que realizo el acto quirúrgico	Cualitativa nominal	Médico tratante Medico postgradista Médico residente IRM	No aplica	Tipo de profesional que hizo la cirugía

TABLA 7: Definición y operacionalización de las variables utilizadas en el estudio

CAPÍTULO VI: POBLACIÓN

POBLACIÓN

Se trabajó con todo el universo de pacientes, mujeres con embarazo a término que han sido sometidas a cesárea en el periodo de tiempo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre del 2017, en los servicios de Ginecología del Hospital de Especialidades de FFAA No 1 de Quito y el Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán. El número total de cesáreas en estas casas de salud fueron de 712 durante este periodo de tiempo (483 en el HLGD y 229 en el Hospital Militar), sin embargo, basándose en los criterios de inclusión solo fueron aptas para ser sometidas a análisis 478 historias clínicas (324 en el HLGD y 154 en el Hospital FFAA No.1) (Tabla 8).

Hospital Luis Gabriel Dávila	324 historias
Hospital de Especialidades FFAA No. 1	154 historias
TOTAL	478 historias

TABLA 8. Muestra utilizada para el estudio en cada hospital

TIPO DE MUESTREO

Se trabajó con toda la población que cumpla con los criterios de inclusión y no los de exclusión.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN Y ANÁLISIS

Cada una de las atenciones de las mujeres sometidas a cesárea con embarazo a término

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres con embarazo a término a las que se realizó cesárea
- Historias clínicas que presenten los datos completos

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres a las que se les realizó una cesárea, con embarazo pre término o pos término
- Mujeres cuya vía de terminación del embarazo fue por parto cefalovaginal
- Historias clínicas incompletas o con datos faltantes

CAPÍTULO VII: ANÁLISIS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para efectos de este estudio se tomó la guía del MSP “Atención del parto por cesárea” (Ministerio de Salud Pública., 2016), mediante la cual, las autoras de esta investigación confeccionaron un instrumento de observación (Ver anexo) con el que se recogió la información relevante de los registros médicos materno y perinatólogo de cada una de las unidades de salud incluidos en esta investigación. Únicamente se tomaron las historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión y no con los de exclusión contemplados en este trabajo.

ANÁLISIS DE DATOS

Para facilitar la comprensión de los datos, las variables de la guía se dividieron en áreas temáticas:

1. Datos sociodemográficos de la madre y del RN
2. Datos de la guía etapa pre quirúrgica (antes de la cesárea)
3. Datos de la guía etapa trans quirúrgica (durante la cesárea)
4. Datos de la guía etapa post quirúrgica (después de la cesárea)
5. Otros datos (relacionados con la cesárea)

Los datos obtenidos se compilaron en una hoja electrónica mediante el programa Microsoft Excel y luego se analizaron con el programa de SPSS versión 24.

Se realizó un análisis univariado utilizando medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas: se calcularon media, mediana, moda, valor mínimo, valor máximo y desviación estándar, para las variables cualitativas,

se emplearon porcentajes y frecuencias. Todos se presentó mediante Tablas y gráficos de forma pertinente (Sulbarán, 2014).

Se llevó a cabo un análisis GAP para buscar la diferencia entre el cumplimiento ideal (100%) y el cumplimiento real (porcentaje obtenido en el estudio), donde se identificó la brecha que existe entre los dos valores.

ASPECTOS BIOÉTICOS

Como refiere la declaración de Helsinki al llevarse a cabo una investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación (Cejas, 2014), en este sentido este estudio trabajó con una codificación alfa numérica para garantizar el respeto a lo anteriormente expuesto y salvaguardar la identidad de las personas.

Las autoras garantizan que durante y después del estudio se guardó absoluta privacidad y respeto por los datos obtenidos de las pacientes para que no se vulnera su confidencialidad o integridad moral.

Debido a que se trata de un estudio con revisión de registros médicos no se empleó consentimientos informados directos a las pacientes, esto además garantiza que no se puso en riesgo físico o biológico a ningún participante. Se contó con la autorización respectiva de las unidades de salud y jefes de servicio de cada sitio donde se desarrolló la investigación.

Para garantizar el cumplimiento de las normas bioéticas y que no se quebrante los derechos de los pacientes, este estudio contó con la aprobación del Sub

Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad
Católica del Ecuador.

CAPÍTULO VIII: RESULTADOS

En las características sociodemográficas de la población estudiada se evidenció que en el hospital FFAA No.1 la media de edad fue de 30.4 años, teniendo como límites inferior y superior 14 y 44 años respectivamente, siendo representadas por una sola paciente en cada uno de los casos, mientras que en el HLGD la media de edad fue 26.5 años, con límites de 13 años (n= 1) y 43 años (n= 3). La moda tiene una variación de 2 años entre las casas de salud, siendo de 28 años para el hospital FFAA No. 1 y 26 años para el HLGD. (Tabla 9)

Tabla 9. Edad de las pacientes atendidas en los hospitales del estudio

	EDAD	
	FFAA NO 1	HLGD
Media	30	26,5
Valor min.	14	13
Valor max.	44	43
Moda	28	26
Mediana	30	26

Además, se puede evidenciar que la instrucción que más predomina en el hospital FFAA No.1 en mayor porcentaje a menor es: superior en 61% de las pacientes (n= 94), secundaria 35,7% (n= 55) y primaria 3,2% (n= 5); en comparación con HLGD que su mayor porcentaje fue secundaria 41,7% (n= 135), superior 29,6% (n= 96), primaria 28,1% (n= 91) y 0,6% de pacientes (n= 2) sin ningún grado de nivel educativo. (Tabla 10)

Las ocupaciones que se pueden encontrar en el estudio son quehaceres domésticos, estudiante, comerciante, jornalera, trabajadora privada y trabajadora pública. De todas, la más frecuentes es quehaceres domésticos en un 63,6% (n= 98) en el hospital FFAA No.1 y 51,9% (n= 168) en HLGD, además de ser la de menor predominio jornalera con 0% (n= 0) y 0,6% (n= 2) respectivamente. (Tabla 10)

La etnia mestiza es la de mayor influjo con un 94,8% (n= 146) en el hospital FFAA No.1 y de 98,1% (n= 318) en el HLGD, siguiéndoles estadísticamente la etnia afroecuatoriana (5 pacientes con el 3,2%) e indígena (5 pacientes con el 1,5%) respectivamente en cada casa asistencial. (Tabla 10)

Tabla 10. Perfil sociodemográfico de las mujeres atendidas en las casas de salud

	FFAA NO.1		HLGD	
Instrucción				
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	0	0%	2	0,6%
Primaria	5	3,2%	91	28,1%
Secundaria	55	35,7%	135	41,7%
Superior	94	61,0%	96	29,6%
Total	154	100%	324	100%
Ocupación				
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Comerciante	3	1,9%	17	5,2%
Estudiante	14	9,1%	86	26,5%
Jornalera	0	0%	2	0,6%
QQDD	98	63,6%	168	51,9%
Trabajadora privada	22	14,2%	37	11,4%
Trabajadora publica	17	11,0%	14	4,3%
Total	154	100%	324	100%
Etnia				
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Afroecuatoriana	5	3,2%	0	0%
Blanca	1	0,6%	1	0,3%
Indígena	2	1,3%	5	1,5%
Mestiza	146	94,8%	318	98,1%
Total	154	100%	324	100%

En el hospital FFAA No.1 se observaron que de 154 pacientes cuyas historias clínicas fueron revisadas, 127 pacientes (n= 82.5%) residían en la provincia de Pichincha, seguido por la provincia de Cotopaxi con 8 pacientes (n= 5.2%), en

tercer lugar la provincia de Tungurahua y Loja con 4 pacientes cada una (2.6% cada una), finalmente 11 pacientes (7.10%) distribuidas en otras regiones del país. (Tabla 11)

LUGAR	FRENCUENCIA	PORCENTAJE
Pichincha	127	82,50%
Cotopaxi	8	5,20%
Loja	4	2,60%
Tungurahua	4	2,60%
Otros	11	7,10%

En el HLGD se revisaron las historias clínicas de 324 pacientes, de las cuales 312 pacientes (96.3%) residían en la provincia del Carchi, 5 pacientes (1.5%) en Colombia, y 7 pacientes (2.2%) se encontraron residiendo en otras regiones del país. (Tabla 12)

LUGAR	FRENCUENCIA	PORCENTAJE
Carchi	312	96,30%
Colombia	5	1,50%
Otros	7	2,20%

Las características clínicas de las pacientes se puede identificar una frecuencia de antecedentes patológicos personales de 32,5% (n= 50) en el hospital FFAA No.1 y de 10,5% (n= 34) en HLGD. (Tabla 13)

Tabla 13. Características clínicas de las pacientes que acudieron a los hospitales de estudio

	FFAA No.1		HLGD	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	104	67,5%	290	89,5%
Gineco-Obstétricos	8	5,2%	15	4,6%
Psiquiátricos	1	0,6%	1	0,3%
Traumatológicos	1	0,6%	1	0,3%
Clínicos	34	22,1%	13	4%
Quirúrgicos	1	0,6%	2	0,6%
Infecioso	5	3,2%	2	0,6%
	154	100%	324	100%

Se puede afirmar que se encontraron patologías gineco-obstétricas (28,7% con 24 pacientes), psiquiátricas (2,4% con 2 pacientes), traumatológicas (2,4% con 2 pacientes), clínicas (56,4% con 47 pacientes), quirúrgicas (4,8% con 4 pacientes) e infecciosas (6% con 5 pacientes). (Tabla 14)

Tabla 14. Antecedentes patológicos personales de las pacientes atendida en los hospitales

		Frecuencia	Porcentaje
Gineco-obstétricos	Anovulación	1	1,2%
	Embarazo anembrionado	1	1,2%
	Fisura de cérvix	1	1,2%
	Diabetes gestacional	1	1,2%
	Ectópico	1	1,2%
	HTA gestacional	2	2,4%
	Pre eclampsia	15	17,9%
	Ovario poli quístico	2	2,4%
	Subtotal		28,7%
Psiquiátricos	Bipolaridad	1	1,2%
	Depresión	1	1,2%
	Subtotal		2,4%
Traumatológicos	Displasia de cadera	1	1,2%
	Fisura pelvis	1	1,2%

		Subtotal	2,4%
Clínicos	Cardiopatía	2	2,4%
	Epilepsia	1	1,2%
	Incontinencia urinaria	1	1,2%
	Gastritis	8	9,5%
	Hipotiroidismo	21	25,0%
	Hemorroides	1	1,2%
	Migraña	3	3,6%
	Hipertiroidismo	1	1,2%
	Litiasis renal	2	2,4%
	Mastitis	1	1,2%
	Microprolactinoma	1	1,2%
	Diabetes	1	1,2%
	Rinitis	1	1,2%
	Trombocitopenia	1	1,2%
	TVP	1	1,2%
	Vitíligo	1	1,2%
	Subtotal	56,4%	
Quirúrgicos	Hidrocefalia + válvula peritoneal	1	1,2%
	Cirugía genito-urinaria	3	3,6%
		Subtotal	4,8%
Infeccioso	HBV	1	1,2%
	HPV	3	3,6%
	Toxoplasmosis	1	1,2%
		Subtotal	6%

El número de gestas previas evidenció que en el hospital FFAA No.1 el valor máximo de embarazos anteriores fue 6 y en el HLGD fue 7, presentándose estos casos en una sola paciente dentro de cada casa de salud, mientras que 22 pacientes (14.3%) fueron nulíparas en el hospital FFAA No.1 y 98 (30.2%) en el

HLGD. De igual manera se observó que la moda del número de gestas previas fue de 1 con el 36.36% (56 casos) en el Hospital FFAA No.1 y el 39.5% (128 casos) en el HLGD. (Tabla 15)

El número de controles prenatales fue similar en los dos hospitales encontrándose como valor mínimo 0 controles y máximos de 20 controles en el hospital FFAA No.1 y de 1 control a 19 controles en el HLGD, la mediana de los dos hospitales fue de 7 controles en las dos casas de salud, y la moda de 5 en el hospital FFAA No.1 y de 6 en el HLGD. (Tabla 15)

El número de ecografías realizadas durante la gestación evidenció que las casas de salud tienen valores mínimos y máximos de 0 a 15 ecografías, encontrando una moda de 3 ecografías realizadas. (Tabla 15)

Dentro de la edad gestacional el valor mínimo encontrado fue de 37 semanas y el valor máximo de 41.5 semanas, mientras que la moda para el hospital FFAA No. 1 fue de 38.4 semanas de gestación y para el HLGD fue de 40 semanas. (Tabla 15)

Tabla 15. Características gestacionales de la población de estudio						
	FFAA No1			HLGD		
	Media (vmin-vmax)	Mediana	Moda	Media (vmin-vmax)	Mediana	Moda
Embarazos previos	1,69 (0-6)	1	1	1,1 (0-7)	1	1
# Controles	7 (0-20)	7	5	7,3 (1-19)	7	6
# Ecos	3,44 (0-15)	3	3	3,9 (0-15)	3	3
Edad gestacional	38,4 (37-41,5)	38,4	38,4	38,8 (37-41,5)	39	40

El APGAR se evaluó al primer minuto encontrando un valor mínimo de 6 y máximo de 9, con una moda de 8 en el hospital FFAA No.1, mientras que en HLGD se obtuvo un valor mínimo de 3 y máximo de 10 con una moda de 9; posterior el APGAR fue evaluado al quinto minuto obteniéndose un valor mínimo de 7 y máximo de 10, con una moda de 7 en el hospital FFAA No.1 y en el HLGD un valor mínimo de 6 y máximo de 10 con una moda de 9.

Los valores de hemoglobina pre quirúrgicos en las pacientes demostraron un valor medio de 13.1 mg/dl en el hospital FFAA No.1 mientras que en el HLGD fue de 13.5 mg/dl, de igual manera se observó que la moda de los valores hemoglobina en las dos casas de salud varió con 0.2 mg/dl siendo así un valor de 13.5mg/dl para el hospital FFAA No.1 y 13.7mg/dl para el HLGD.

Los días de estancia hospitalaria en las pacientes sometidas a cesárea fue de 2 a 6 días en el hospital FFAA No.1 con una media de 2.5 días y una moda de 2, mientras que el HLGD fue de 2 a 29 días con una media de 4.1 días y una moda de 2 días.

El total de RN del estudio fue 478, siendo masculinos el 50.6% (242 casos) y femeninos el 49.4% (236 casos). En el hospital FFAA No.1 los nacimientos de productos femeninos corresponden al 47.4% (n= 73) y masculinos al 52.6% (n= 81), mientras que en el HLGD se obtuvieron un 50.3% (n= 163) de productos femeninos y 49.7% (n= 161) de productos masculinos. (Tabla 13)

Los principales hallazgos que se observaron durante el parto en los RNs el de mayor ocurrencia en el hospital FFAA No.1 fue circular de cordón, sea esta simple, doble o triple, con un porcentaje del 11.7% (18 casos), seguida por oligohidroamnios con un 1.3% (2 casos), y macrosomía, hipoxia, presencia de

meconio y óbito fetal con un 0.6% cada una. En contraste, en el HLGD se evidenció que la mayor complicación a presentarse fue la aspiración meconial con un 28.7% (93 RNs), seguido de distres respiratorio del recién nacido con un 1.2% (4 RNs), circular de cordón y macrosomía con un 0.6% y finalmente deflexión de cualquier grado con un 0.3%.

De igual manera se evidenció que el hospital FFAA No.1 no presentó ninguna complicación en un 79.9% (n= 123) de los nacimientos mientras que el HLGD en un 68.2% (n= 221). (Tabla 16)

TABLA 16. Características de los RN en estas casas de salud			
VARIABLE		FFAANO1	HLGD
Sexo	Femenino	47,4%	50,3%
	Masculino	52,6%	49,7%
Hallazgos	Aspiración	0%	28,7%
	Circular de cordón	11,7%	0,3%
	Deflexión	0%	0,3%
	Distres respiratorio	0%	1,2%
	Hiperbilirrubinemia	0%	0,6%
	Hipoxia	0,6%	0%
	Macrosómico	0,6%	0,6%
	Meconio	0,6%	0%
	Oligohidramnios	1,3%	0%
	Óbito	0,6%	0%
	RCIU	0%	0,3%
	Ninguna	79,9%	68,2%

La principal indicación de cesárea para los dos hospitales fue la cesárea anterior o iterativa, correspondiendo al 68.8% (n= 106) de casos del hospital FFAA No.1 y al 43.8% (n= 142) del HLGD. (Tabla 17)

Tabla 17. Indicaciones de cesarea en los hospitales del estudio				
	HLGD		FFAA No.1	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea anterior	142	43,8%	106	68,8%
DCP	33	10,2%	4	2,6%
Embarazo multiple	1	0,3%	1	0,6%
Factor fetal	63	19,4%	11	7,1%
Factor materno	11	3,4%	12	7,8%
Falta progreso LP	38	11,7%	8	5,2%
Infección vertical	2	0,6%	0	0%
Mal posición fetal	26	8%	9	5,8%
No	2	0,6%	1	0,6%
Otros	5	1,5%	2	1,3%
Placenta previa	1	0,3%	0	0%
Total	324	100%	154	100%

Dentro del hospital FFAA No.1 la segunda causa de realizar una cesárea con un 7.8% (12 pacientes) corresponde a los factores maternos, tales como comorbilidades clínicas (preclamsia, TVP, coxartrosis, cardiopatía, patologías psiquiátricas, entre otras), causas quirúrgicas principalmente antecedentes de cirugía genito urinaria, mientras que esta causa ocupa el quinto lugar con un 3.4% (11 pacientes) en el HLGD. (Tabla 17)

Dentro de los factores fetales para realizar una cesárea los principales a enlistarse son el compromiso del bienestar fetal, sufrimiento fetal agudo, algún grado de deflexión, oligohidroamnios, macrosomía, esta indicación corresponde al tercer lugar del hospital FFAA No.1 con el 7.1% (n= 11), mientras que en el HLGD ocupa el segundo lugar con el 19.4% (n= 63) de casos. (Tabla 17)

La DCP ocupa el sexto lugar en el hospital FFAA No.1 con un total de 4 pacientes, es decir el 2.6%, mientras que en el HLGD se presentó en el cuarto lugar con un total de 33 pacientes correspondiendo así al 10.2% de casos del total. (Tabla 17)

En el caso de infecciones de transmisión vertical el hospital FFAA No.1 no cuenta con ningún caso descrito, mientras que el HLGD cuenta con 2 casos de HPV descritos, lo que corresponde al 0.6% del total de sus pacientes estudiadas.

(Tabla 17)

La indicación de cesárea por embarazo múltiple se presentó en un solo caso dentro de las dos casas de salud correspondiendo al 0.6% del total de cada hospital, así mismo se evidenció que uno de los gemelos del hospital FFAA No.1 fue un óbito fetal. (Tabla 17)

Tabla 18. Comparación de las indicaciones de cesárea en cada uno de los hospitales estudiados

	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea anterior	106	68,8%	142	43,8%
DCP	4	2,6%	33	10,2%
Embarazo múltiple	1	0,6%	1	0,3%
Factor fetal	11	7,1%	63	19,4%
Factor materno	12	7,8%	11	3,4%
Falta progreso labor de parto	8	5,2%	38	11,7%
Infección vertical	0	0%	2	0,6%
Mal posición fetal	9	5,8%	26	8%
No	1	0,6%	2	0,6%
Otros	2	1,3%	5	1,5%
Placenta previa	0	0%	1	0,3%
Total	154	100%	324	100%

La anestesia más utilizada en las dos unidades de salud fue de tipo raquídea, siendo así que en el hospital FFAA No.1 corresponde al 96.8% (n= 149) de casos y en el HLGD al 97.8% (n= 317), dejando la anestesia general con un valor de 3.2% (n= 5) y 2.2% (n= 7) para cada hospital respectivamente. (Tabla 18)

La hidratación fue administrada con líquidos cristaloides en el 100% de los casos del hospital FFAA No.1, mientras que en el HLGD se dio en el 99.7% de los casos, dejando así el 0.3% de casos dentro del grupo de hidratación con medios coloides. (Tabla 18)

La administración de protector gástrico en el hospital FFAA No.1 fue de un 96.1% (n= 148) y en el HLGD de 93.2% (n= 302) de las pacientes, donde se evidencio además el uso de omeprazol en un 7.8% (n= 12) y Ranitidina en un 88.3% (n= 136) de casos del hospital FFAA No.1, mientras que en HLGD se utilizaron estos medicamentos en un 0.6% (n= 2) y 92.6% (n= 280) respectivamente. (Tabla 18)

Los antieméticos se utilizaron en el 79.1% (n= 122) de los casos en el hospital FFAA No.1 y el 95.1% (n= 308) en el HLGD. Se usó Ondansetrón en el 1.3% de pacientes del hospital FFAA No.1 y en el 0.3% de pacientes del HLGD, mientras que la Metoclopramida se utilizó en el 77.9% de mujeres del hospital FFAA No.1 y en el 94.8% del HLGD, (Tabla 18)

No se utilizó ningún antibiótico en el 1.9% de pacientes del hospital FFAA No.1 y en el 16.7% de pacientes del HLGD, siendo el de administración más frecuente la cefazolina, correspondiendo así al 93.5% de casos del hospital FFAA No.1 y al 76.5% de casos del HLGD, seguido de ampicilina sulbactam con porcentajes similares en las dos casas de salud (2.6 – 2.5% respectivamente), ampicilina sola se utilizó en el HLGD en un 2.2% de los casos, gentamicina en el hospital FFAA No.1 en el 0.6% de casos. (Tabla 18)

Las medidas antitrombóticas más manejadas en las dos casas de salud fueron la deambulación temprana obteniéndose valores del 53.9% para el hospital FFAA No.1 y 70.4% para el HLGD, HBPM un 1.3% y 4% respectivamente, al mismo tiempo que no se utilizó ninguna medida trombo profiláctica en 13.6% (n= 21) en el hospital FFAA No.1 cotejado con el HLGD en el 23.5% (n= 76) de pacientes. (Tabla 18)

En cuanto a la planificación familiar se notó que en las dos casas asistenciales no se realizó ninguna recomendación o medida de planificación en el 56.5% de pacientes del hospital FFAA No.1 y 57.7% del HLGD, así mismo se realizó salpingectomía transoperatoria en el 43.5% y 32.7% de estas casas de salud respectivamente, también se evidencio que se prescribió cualquier otro método anticonceptivo en el 9.6% de casos del HLGD, mientras que esto no se realizó en el hospital FFAA No.1. (Tabla 18)

TABLA 19. Medicamentos y otras medidas utilizadas durante la cesárea			
VARIABLE		FFAA NO1	HLGD
Anestesia	General	3,2%	2,2%
	Raquídea	96,8%	97,8%
Hidratación	Cristaloides	100%	99,7%
	Coloides	0%	0,3%
Protector gástrico	Omeprazol	7,8%	0,6%
	Ranitidina	88,3%	92,6%
	Ninguno	3,9%	6,8%
Antieméticos	Ondansetrón	1,3%	0,3%
	Metoclopramida	77,9%	94,8%
	Metoclopramida + ondansetrón	0,6%	0%
	Ninguno	20,1%	4,9%
Antibiótico	Ampicilina	0%	2,2%
	Ampicilina Sulbactam	2,6%	2,5%
	Cefazolina	93,5%	76,50%
	Cefazolina + Ampicilina	1,2%	0%
	Ceftriaxona	0%	0,6%
	Clindamicina	0%	1,5%
	Gentamicina	0,6%	0%
	Ninguno	1,9%	16,7%
Trombo-profilaxis	HBPM	1,3%	4%
	Medidas generales	15,6%	0%
	Medias graduadas	1,3%	0%
	Movilización temprana	53,9%	70,4%

Combinado	14,3%	2,2%
Ninguno	13,6%	23,5%

Planificación Familiar	Ligadura	43,5%	32,7%
	Otro	0%	9,6%
	Ninguno	56,5%	57,7%

En los dos hospitales de estudio existe un porcentaje mínimo de pacientes admitidas a UCI posterior a la realización de la cesárea, siendo el 1.3% (2 pacientes) para el hospital FFAA No.1 y el 0.6% para el HLGD (2 pacientes).

Se obtuvo del estudio que en las dos casas de salud no se presentaron complicaciones maternas durante y posterior a la cesárea en el 87.7% (n= 135) de los casos del hospital FFAA No.1 y el 65.8% (n= 213) de los casos del HLGD. (FIGURA 1)

Entre los dos hospitales, en orden de frecuencia, la primera complicación fue la presentación de IVU en 24 pacientes del total (5%), la segunda complicación fue de tipo hipertensiva en 14 pacientes (2.9%) y finalmente en tercer lugar anemia en 10 pacientes (2.1%). (FIGURA 1)

Así mismo la complicación más frecuentemente presentada en el hospital FFAA No.1 fue de tipo hipertensiva en 6 pacientes, es decir el 3.9%, seguido de complicaciones sépticas en 3 pacientes, 1.9% del total, hemorrágica en 2 pacientes (1.3%), y otras complicaciones como atonía uterina, cefalea post punción, eversión uterina, prolapso genital, IVU, dehiscencia de herida previa distribuidas en 8 casos, siendo así el 4.8% del total. (FIGURA 1)

En el HLGD se encontró que la complicación materna más frecuente fue la presencia de IVU en un 7.1% (23 pacientes), seguido de anemia en un 3.1% de

casos (10 pacientes), complicaciones hipertensivas en un 2.5% (8 pacientes), y otras como hematoma de pared, cefalea post punción, colestasis y hemorrágica distribuidas entre 5 pacientes más, es decir 3% de los casos completando así el número total de pacientes observadas. (FIGURA 1)

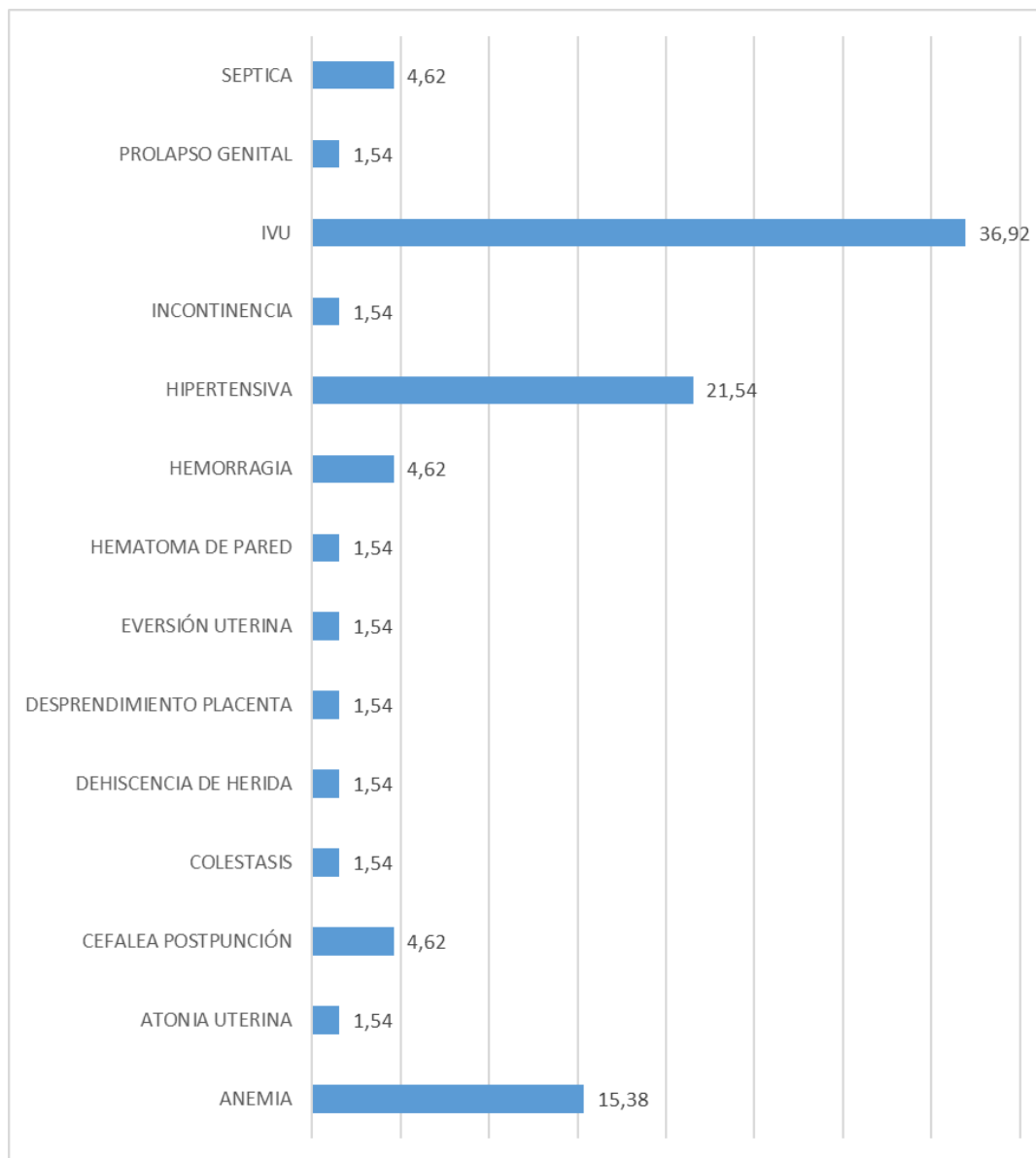


Figura 1. Complicaciones de las cesáreas atendidas en el año 2017 en el HLGD y FFAA No.1

CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

El análisis del cumplimiento de la guía del MSP “Parto por cesárea” se lo realizo por cada uno de los parámetros que sí pudo ser evaluados de GPC se los agrupo por categorías, encontrándose grandes clasificaciones que son:

TABLA20. Porcentaje del nivel de cumplimiento de la guía MSP por categorías en los hospitales	
ÍTEM	Porcentaje
1. Información a embarazadas y familiares	
Informar a la embarazada sobre los riesgos, beneficios y alternativas de la cesárea	99,55%
Consentimiento informado para la realización	99,55%
Consentimiento informado firmado por la embarazada o representante legal	99,55%
Total	99,5%
2. Exámenes preoperatorios y preparación para la cesárea	
Cesárea programada en los casos clínicamente justificados, sobre las 39 semanas	99,70%
En cesárea de emergencia debe ser intervenida en un tiempo menor a 75 minutos	34,90%
Usar partograma para monitorear el progreso del trabajo de parto	97,05%
No se recomienda realizar pelvimetría para predecir la “falta de progreso” en la labor de parto	95,05%
La indicación de cesárea corresponde con los diagnostico de la embarazada	85,65%
Hemoglobina realizada antes de la cirugía	90,95%
No se debe realizar exámenes complementarios en embarazadas con embarazo sin complicaciones	19,00%
Se debe utilizar sonda vesical a las pacientes que se les administre anestesia raquídea	90,30%
Se recomienda la administración de anestesia raquídea	97,30%
Hidratación durante la cesárea con coloides, cristaloides o fenilefrina	100,00%
Se administró cualquier tipo de protector gástrico	94,65%
Se administró cualquier tipo de antiemético	87,50%
Total	83,5%
3. Técnicas para la cesárea	
Se debe realizar una incisión abdominal trasversa	98,90%
La incisión de elección es la de Joel Cohen	0,15%

Se realizó clampeo oportuno del cordón umbilical	100,00%
Se administró oxitocina en la cesárea	100,00%
La extracción de la placenta fue por tracción controlada el cordón umbilical	50,30%
La incisión uterina fue en dos capas	76,20%
Se midió el pH arterial umbilical después de la cesárea	0,00%
Se administró antibiótico profiláctico en la cesárea	90,70%
Se ofreció trombo-profilaxis	81,45%
Se realizó contacto piel con piel entre la mujer y su bebe	91,95%
Total	68,9%
4. Control de rutina después de la cesárea	
Se dio apoyo para iniciar con la lactancia materna	12,40%
Se controló signos vitales durante las 2 horas de recuperación	98,25%
Se administró algún tipo de analgésico para control del dolor post-quirúrgico	99,40%
El retiro de la sonda se realizó después de 12 horas de la última dosis de epidural	46,90%
La estancia hospitalaria fue de 3 a 4 días	56,30%
Se ofreció cuidados de herida	73,90%
Se dio información sobre los métodos de planificación familiar	42,90%
Total	61,4%
Nivel de cumplimiento global	76%

El primer ítem sobre la información y el consentimiento informado de la embarazada y su familia previa a la cirugía se cumple en un 99.5% en las dos casas de salud. (Tabla 19)

La segunda gran categoría revisó los exámenes preoperatorios y la preparación de las pacientes previo a la realización del acto quirúrgico, aquí se puso en evidencia que el 99.7% de las pacientes a las que se realizó cesárea programada tenían una edad gestacional mayor a 39, de las pacientes que tuvieron una cesárea de emergencia en el 34.9% de casos se realizó el procedimiento dentro

de los primeros 75 minutos luego de haber sido tomada la decisión de que se requería una cesárea, el partograma se realizó en 97.05% de casos de mujeres que no tuvieron un progreso adecuado de labor de parto, la pelvimetría se realizó en el 95.05% de casos en los que se indicó la cesárea por DCP, la correspondencia de los diagnósticos de ingreso o de egreso con la causa principal de realización de cesárea fue de un 85.65% (n= 414), se realizó el estudio de hemoglobina pre quirúrgica en el 90.95% (n= 435) de pacientes sometidas a cesárea, los estudios complementarios (ecografía pre quirúrgica, tipificación sanguínea, etc.) se realizaron en el 19% (n= 91) de las pacientes que si lo ameritaban, es decir de pacientes que tuvieran embarazos con algún grado de complicación, la colocación de sonda antes del procedimiento quirúrgico se cumplió en el 90.30% (n= 432) de los casos, se colocó anestesia al 97.3% de pacientes, es decir 465 pacientes, se administró hidratación (sea a base de cristaloides o coloides) al 100% de los casos, se prescribió un protector gástrico, Ranitidina u omeprazol, al 94.65% (n= 452) de pacientes y finalmente se utilizó un antiemético (Metoclopramida u Ondansetrón) en el 87.5% (n= 418) de pacientes.

El tercer ítem valora la técnica de la cesárea, el tipo de incisión se cumplió en un 98.9% (n= 473), en cuanto a la indicación de que debe realizarse la técnica de Joel Cohen se cumplió sólo en el 0.15% (n= 1) de los casos, el Clampeo oportuno del cordón umbilical y la administración de oxitocina se cumplieron en el 100% de los casos, la extracción de la placenta con tracción controlada se dio en el 50.3% (n= 240) de los casos, la incisión uterina se realizó en dos capas en el 76.2% (n= 364) de las pacientes, la medición del pH de la arteria umbilical en casos de que se sospeche de hipoxia no se realizó en ningún caso (0%), se

administró antibiótico previo al inicio del procedimiento en el 90.70% (n= 434) de pacientes, la Tromboprofilaxis se realizó en el 81.45% (n= 389) de pacientes, mientras que el contacto del RN con la madre al nacimiento se cumplió en el 91.95% (n= 440) de los casos.

El cuarto ítem valora el control de rutina de las pacientes luego de haber sido sometidas a una cesárea, se encontró que sólo el 12.40% (n= 59) de casos cumplió con la indicación de lactancia al momento del nacimiento, los signos vitales de la madre fueron valorados de manera sistemática (cada 30 minutos durante 2 horas) en el 98.25% (n= 470) de los casos, se administró analgesia al 99.40% (n= 475) de las pacientes luego de la cirugía, la sonda vesical fue retirada posterior a las 12h del procedimiento quirúrgico en el 46.9% (n= 224) de casos, la recomendación de la estancia hospitalaria se cumplió en el 56.3% (n= 269) de casos, se prescribieron cuidados de la herida quirúrgica en el 73.90% (n= 353) de pacientes, finalmente se realizó planificación familiar, sea salpingectomía trans operatoria u otro método en el 42.90% (n= 205) de los casos.

El cumplimiento global de la guía del MSP “Atención del parto por cesárea” fue del 76%.

TABLA 21. Porcentaje del no cumplimiento de la guía MSP por categorías en cada hospital		
	FFAA NO1	HLGD
Ítem	No	No
Información a embarazadas y familiares		
Informar a la embarazada sobre los riesgos, beneficios y alternativas de la cesárea	0,60%	0,30%
Consentimiento informado para la realización	0,60%	0,30%
Consentimiento informado firmado por la embarazada o representante legal	0,60%	0,30%
Exámenes preoperatorios y preparación para la cesárea		
Cesárea programada en los casos clínicamente justificados, sobre las 39 semanas	0,60%	0%

En cesárea de emergencia debe ser intervenida en un tiempo menor a 75 minutos	68,20%	61,40%
Usar partograma para monitorear el progreso del trabajo de parto	0%	5,90%
No se recomienda realizar pelvimetría para predecir la "falta de progreso" en la labor de parto	8,40%	1,50%
La indicación de cesárea no corresponde con los diagnóstico de la embarazada	7,10%	21,60%
Hemoglobina realizada antes de la cirugía	5,80%	12,30%
No se debe realizar exámenes complementarios en embarazadas con embarazo sin complicaciones	85,10%	76,90%
Se debe utilizar sonda vesical a las pacientes que se les administre anestesia raquídea	0,60%	18,80%
Se recomienda la administración de anestesia raquídea	3,20%	2,20%
Hidratación durante la cesárea con coloides, cristaloides o fenilefrina	0%	0%
Se administró cualquier tipo de protector gástrico	3,90%	6,80%
Se administró cualquier tipo de antiemético	20,10%	4,90%
Técnicas para la cesárea		
Se debe realizar una incisión abdominal trasversa	1,30%	0,90%
La incisión de elección es la de Joel Cohen	100%	99,70%
Se realizó clampeo oportuno del cordón umbilical	0%	0%
Se administró oxitocina en la cesárea	0%	0%
La extracción de la placenta fue por tracción controlada el cordón	0%	99,40%
La incisión uterina fue en dos capas	21,40%	26,20%
Se midió el pH arterial umbilical después de la cesárea	100%	100%
Se administró antibiótico profiláctico en la cesárea	1,90%	16,70%
Se ofreció trombo-profilaxis	13,60%	23,50%
Se realizó contacto piel con piel entre la mujer y su bebe	6,50%	9,60%
Control de rutina después de la cesárea		
Se dio apoyo para iniciar con la lactancia materna	96,80%	78,40%
Se controló signos vitales durante las 2 horas de recuperación	2,60%	0,90%
Se administró algún tipo de analgésico para control del dolor post-quirúrgico	0,60%	0,60%
El retiro de la sonda se realizó después de 12 horas de la última dosis de epidural	50%	56,20%
La estancia hospitalaria fue de 3 a 4 días	63,60%	23,80%
Se ofreció cuidados de herida	1,90%	50,30%
Se dio información sobre los métodos de planificación familiar	56,50%	57,75%

CAPÍTULO IX: DISCUSIÓN

El Hospital FFAA No.1 atiende pacientes cuya procedencia es mucho más variada que las del HLGD, no obstante, las características sociodemográficas y clínicas de los mismos son muy similares, al igual que las características de los recién nacidos.

La indicación con mayor predominancia es la cesárea iterativa o anterior figurada por 248 pacientes, la cual según la bibliografía, esta se puede evitar y ofrecer un parto cefalovaginal, si el periodo intergenésico es mayor a 18 semanas (C. García, López, & Monzalbo, 2015; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013; Monterde, Ferrer, Parra, & López, 2011). Teniendo en cuenta esta recomendación, se puede advertir que 230 cesáreas se pudieron evitar y pudieron haberse intentado parto cefalovaginal.

INFORMACIÓN

El consentimiento informado en un documento médico legal que no solo permite al profesional realizar cualquier procedimiento médico, también al paciente el conocimiento y decisión que adquiere en base a la información que el medico mismo suministrará (Rodríguez, 2012; Tisné, 2014); de aquí la importancia de la presencia o no de este como parte del cumplimiento de la GPC, así como haber dado la información previa a la firma del mismo y si existe la rúbrica correspondiente. Por lo que se encontró que en el hospital FFAA No.1 existe en los tres parámetros un 99.4% de cumplimiento, mientras que en el HLGD se presenta en un 99.7% de los casos.

1. EXÁMENES Y PREPARACIÓN PREOPERATORIA

La guía del MSP “Parto por Cesárea” recomienda la realización de una cesárea programada con justificación solo en aquellos embarazos mayores a 39 semanas a que pasado este tiempo de edad gestacional la morbilidad respiratoria del recién nacido disminuye de manera significativa (Hosking, 2011; Ministerio de Salud Pública, 2016). Este criterio fue cumplido en un 99.4% de los casos del hospital FFAA No.1 y en un 100% de los casos de HLGD.

Aunque otros autores indiquen que el tiempo de decisión de cesárea en una emergencia o urgencia no debe ser mayor a los 15 a 30 minutos respectivamente (Martínez, 2013), la GPC del MSP brinda referencia un máximo de 75 minutos (Ministerio de Salud Pública, 2016), por lo que tomado en cuenta esta última, este criterio fue cumplido en un 31.2% de los casos del hospital FFAA No.1 y en un 38.6% de los casos del HLGD.

El partograma debe ser utilizado para la monitorización del trabajo de parto en pacientes que no tengan indicaciones para realizar cesárea antes de que se diagnostique una falta de labor de parto (Ministerio de Salud Pública, 2016), mismo criterio que el hospital FFAA No.1 cumplió en un 100% y el HLGD en un 94.1%. Además el mismo disminuye la morbimortalidad materna y neonatal al actuar como un sistema de alerta precoz durante el progreso de la labor de parto (Nápoles, Bajuelo, Téllez, & Couto, 2004).

No se recomienda realizar una pelvimetría como un predictor de falta de progreso en el labor de parto, ya que este no es uno de sus objetivos (Mercado, Jauregui, & Lucchini, 2017), y no debe influir en la decisión de realizar o no una cesárea, (Ministerio de Salud Pública, 2016) el hospital FFAA No.1 cumplió con esta recomendación en un 91.6%, mientras que el HLGD en un 98.5%.

La indicación para realizar la cesárea en cada paciente concuerda con los diagnósticos de ingreso o egreso de la misma dentro de la historia clínica en un 92.9% de los casos en el hospital FFAA No.1 y en un 78.4% de los casos en el HLGD. La importancia de que la indicación este explícita en los registros medico legales se basa en tomar la mejor decisión para el binomio y que esta sea pertinente (Timana & Rodriguez, 2018).

Se recomienda la realización sistemática de un examen que detecte los valores de hemoglobina de las pacientes previo a que se sometan al procedimiento quirúrgico para detectar aquellos casos en los que exista anemia (Ministerio de Salud Pública, 2016; Timana & Rodriguez, 2018), esta recomendación fue cumplida por el hospital FFAA No.1 en un 94.2% y por el HLGD en un 87.7%.

Aunque algunas guías recomiendan que si se debe realizar exámenes complementario cuando se va a realizar una cesárea (Bailey & Hinshaw, 2004), otras indican que a las mujeres saludables que hayan cursado con un embarazo sin complicaciones no requieren ser sometidas a la realización de exámenes de laboratorio rutinarios como grupo sanguíneo, pruebas cruzadas, pruebas de coagulación y ecografía preoperatoria para determinar la localización de la placenta (Hosking, 2011; Ministerio de Salud Pública, 2016), criterio cumplido en un 14.9% de los casos del hospital FFAA No.1 y 23.1% del HLGD observando que en la mayoría de casos no se cumple esta recomendación en ninguna de las dos casas de salud.

Se recomienda que las mujeres que serán sometidas a cesárea requieren la colocación de una sonda vesical para disminuir la distensión vesical durante el procedimiento (Hosking, 2011; Ministerio de Salud Pública, 2016), el hospital

FFAA No. 1 cumplió esta recomendación en un 99.4% de casos, mientras que el HLGD en un 81.2%.

La anestesia recomendada debe ser regional debido a que presenta menos complicaciones y menor morbilidad materna y neonatal (Bailey & Hinshaw, 2004; Hosking, 2011; Ministerio de Salud Pública, 2016), mismo criterio que fue cumplido en un 96.8% de los casos en el hospital FFAA No.1 y en un 97.8% de los casos del HLGD.

Se debe administrar hidratación a base de coloides, cristaloides o fenilefrina a mujeres durante la cesárea para disminuir el riesgo de hipotensión durante la cirugía (Bailey & Hinshaw, 2004; Hosking, 2011; Ministerio de Salud Pública, 2016), criterio cumplido en un 100% dentro de los hospitales observados.

Para la disminución del riesgo de que se produzca una neumonitis por aspiración se recomienda utilizar un protector gástrico, sea este inhibidor de la bomba de protones o un antagonista H2 (Hosking, 2011; Ministerio de Salud Pública, 2016; Timana & Rodriguez, 2018), recomendación cumplida en un 96.1% de los casos dentro del hospital FFAA No.1 y en un 93.2% de los casos del HLGD.

Se recomienda administrar medicación antiemética sea Metoclopramida u Ondansetrón para disminuir el riesgo de náusea y vómito durante el procedimiento quirúrgico (Hosking, 2011; Ministerio de Salud Pública, 2016; Timana & Rodriguez, 2018), criterio cumplido en un 79.9% de los casos del hospital FFAA No.1 y el 95.1% del HLGD.

2. TÉCNICAS PARA LA CESÁREA

Se recomienda que la incisión a realizarse en el procedimiento quirúrgico sea transversal debido a que se asocia con menor dolor en el periodo postoperatorio

y además genera mejores resultados estéticos, esta recomendación se cumplió en un 98.7% en el hospital FFAA No.1 y en un 99.1% en el HLGD (Hosking, 2011). Además, que esta sea de tipo Joel Cohen, versión modificada de la incisión Pfannestiel (Hosking, 2011), recomendación que no es cumplida en el hospital FFAA No.1 (0%) y apenas alcanza el 0.3% de cumplimiento en el HLGD. Se evidencio que hay un bajo cumplimiento es este ítem ya que otras recomendaciones comentan que la incisión de elección debe ser Pfannestiel (Daza, 2014), por lo que en este caso lo hospitales de estudio si la cumplirían.

Se recomienda el Clampeo oportuno del cordón umbilical (cuando cese el latido) (Bailey & Hinshaw, 2004), en los casos en que las condiciones maternas y fetales lo permita, recomendación cumplida en un 100% en los dos centros hospitalarios.

Según la recomendación de GPC en cuanto a la extracción de la placenta no refiere que debe realizarse una tracción controlada del cordón (Hosking, 2011), la cual el hospital FFAA No.1 tiene un cumplimiento del 100%, a diferencia del HLGD que se evidencia un 0,6% de cumplimiento, ya que su mayor porcentaje utilizan la extracción manual e instrumental. Aunque existe otras recomendaciones como la de extracción manual asistida (Bailey & Hinshaw, 2004) o extracción espontanea (Daza, 2014).

Algunas bibliografías hacen referencia a que se puede realizar la incisión uterina en una sola capa (Daza, 2014). Sin embargo, la recomendación de la GPC refiere que la incisión uterina debe realizarse en dos capas por el menor riesgo de dehiscencia y porque no se conoce la seguridad de la sutura en una sola capa (Hosking, 2011; Ministerio de Salud Pública, 2016), recomendación cumplida en

un 78.6% de pacientes del hospital FFAA No.1 y en un 73.8% de pacientes del HLGD.

Al igual que el Real Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Reino Unido (RCOG), la GPC recomienda medir el pH de la arteria umbilical posterior a la cesárea cuando ha existido un riesgo del compromiso del bienestar fetal para el cuidado posterior del recién nacido (Hosking, 2011), criterio que no se cumplió en ninguno de los hospitales analizados. A diferencia del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) recomienda que si el recién nacido luce vigoroso se debe desechar la muestra sanguínea (Díaz & Mirna, 2015).

El uso de antibióticos profilácticos previo a la incisión cutánea durante la cesárea está recomendado para disminuir el riesgo de infecciones más que cuando se administra posterior al acto quirúrgico (Daza, 2014; Hosking, 2011; Timana & Rodriguez, 2018), recomendación cumplida en un 98.1% de los casos del hospital FFAA No.1 y en un 83.3% de los casos del HLGD.

Se recomienda el uso de medidas anti-embolicas en pacientes embarazadas debido a que existe un mayor riesgo de que presenten un trombo embolismo venoso (Daza, 2014; Hosking, 2011; Timana & Rodriguez, 2018), el método a utilizarse debe ser elegido en base al riesgo de cada paciente, este criterio fue cumplido en un 86.4% de los casos en el hospital FFAA No.1 y en un 76.5% de los casos de las pacientes del HLGD.

Se recomienda el contacto de piel de recién nacido con la madre posterior al nacimiento (Hosking, 2011; Timana & Rodriguez, 2018), recomendación cumplida en un 93.5% de los casos del hospital FFAA No.1 y en un 90.4% de los casos del HLGD.

3. CONTROL DE RUTINA POSTQUIRÚRGICO

Se recomienda la lactancia inmediata en el periodo postoperatorio, para de esta manera fomentar que el primer alimento que recibe el recién nacido sea la leche materna (Hosking, 2011; Timana & Rodriguez, 2018), recomendación cumplida en un 3.2% de los pacientes en el hospital FFAA No.1 y en un 21.6% de los casos del HLGD.

Se recomienda la toma sistemática (al menos cada 30 minutos durante dos horas) de signos vitales de la madre en el periodo postoperatorio hasta que se recupere la estabilidad cardiorrespiratoria y la madre pueda comunicarse (Hosking, 2011; Timana & Rodriguez, 2018), recomendación cumplida en un 97.4% de los casos del hospital FFAA No.1 y en un 99.1% de los casos del HLGD.

Siempre y cuando no exista una contraindicación establecida se puede administrar analgesia, de preferencia AINES, a la madre durante el periodo postoperatorio (Hosking, 2011; Timana & Rodriguez, 2018), este criterio fue cumplido en un 99.4% de los pacientes en el hospital FFAA No.1 y en un 99.4% de las pacientes del HLGD.

Se recomienda que la sonda vesical se retire cuando la madre pueda movilizarse y no antes de 12h de haber sido administrada la anestesia (Hosking, 2011; Timana & Rodriguez, 2018), recomendación que se cumple en un 50% de pacientes del hospital FFAA No.1 y en un 43.8% de pacientes del HLGD.

En la Guía de práctica clínica se recomienda una estancia hospitalaria para las mujeres que dan a luz por cesárea de 3 a 4 días (Hosking, 2011; Timana & Rodriguez, 2018), por lo cual el nivel de cumplimiento es de 36,4% para el

hospital FFAA No.1 y de 76.2% en el HLGD. Teniendo como referencia en el primer hospital un mínimo y un máximo de 2 a 6 días, siendo 2 días el mayor porcentaje con un 60,4%, a comparación de la segunda casa de salud mencionada de 2 a 29 días; ya que si uno de los recién nacido entran a neonatología, la madre debe permanecer hospitalizada hasta que el mismo se encuentre en condiciones de alta; sin embargo, 3 días es el mayor porcentaje de estancias y se presenta con un 54%, seguida de 4 días con el 22%, motivo por el cual hay mayor cumplimiento de este acápite de la GPC.

Métodos del cuidado de la herida, como retiro del apósito a las 24h, toma de temperatura, verificar signos temprano de infección, se recomienda que sean realizados previo al alta de la paciente a su domicilio (Hosking, 2011; Timana & Rodriguez, 2018), esta recomendación se realizó en un 98.1% de los casos en las pacientes del hospital FFAA No.1 y en un 49.7% de los casos del HLGD.

El personal de salud tiene que dar recomendaciones a la paciente acerca de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles incluido un método permanente como la salpingectomía (Hosking, 2011; Timana & Rodriguez, 2018), criterio que se cumplió en un 43.5% de los casos del hospital FFAA No.1 y en un 42.3% de los casos de las pacientes del HLGD.

Las investigadoras con conocimiento de causa determinaron que existen ítems de la GPC que a pesar que presenten un porcentaje bajo de cumplimiento los mismos si se cumplen, pero no se toma la precaución de anotar en algunos de los registros médicos, estos ítems son:

- Información del consentimiento informado
- Charla de lactancia materna

- Planificación familiar
- Cuidados de herida

CAPÍTULO X: CONCLUSIONES

Después del análisis de los datos se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

El nivel de cumplimiento de la guía en los hospitales fue del 76% de forma global.

El cumplimiento por categorías se evidenció el 99.5% en la sección de información a embarazadas y familiares, 83.5% para exámenes preoperatorios y preparación para la cesárea, 68.9% a técnicas de cesárea y 61.4% en los controles de rutina post-cesárea.

Se aseveró un gran incumplimiento de los siguientes ítems de la guía:

Tabla 22. Principales ítems que presentan incumplimiento de la GPC		
	FFAA NO1	HLGD
ÍTEM	NO	NO
EXAMENES PREOPERATORIOS Y PREPARACIÓN PARA LA CESÁREA		
En cesárea de emergencia debe ser intervenida en un tiempo menor a 75 minutos	68,20%	61,40%
No se debe realizar exámenes complementarios en embarazadas con embarazo sin complicaciones	85,10%	76,90%
TÉCNICAS PARA LA CESÁREA		
La incisión de elección es la de Joel Cohen	100%	99,70%
La extracción de la placenta fue por tracción controlada el cordón	0%	99,40%
Se midió el pH arterial umbilical después de la cesárea	100%	100%
CONTROL DE RUTINA DESPUÉS DE LA CESÁREA		
Se dio apoyo para iniciar con la lactancia materna	96,80%	78,40%
El retiro de la sonda se realizó después de 12 horas de la última dosis de epidural	50%	56,20%
La estancia hospitalaria fue de 3 a 4 días	63,60%	23,80%
Se ofreció cuidados de herida	1,90%	50,30%
Se dio información sobre los métodos de planificación familiar	56,50%	57,75

La indicación más frecuentes es la de cesárea anterior o iterativa, la cual representa un porcentaje en el hospital FFAA No.1 de 68.8% y en el HLGD el 43.8%, además de tener otras indicaciones con un importante porcentaje de representatividad como: factores maternos, factores fetales, falta del progreso

de labor de parto, mal posición fetal y DCP; mientras las que tuvieron menor representatividad fueron: las infecciones de transmisión vertical con 2 casos en HLGD, embarazo múltiple 1 caso en cada uno de los hospitales y 1 caso de placenta previa en el HLGD.

CAPÍTULO XI: RECOMENDACIONES

Se recomienda hacer una revisión y actualización de la GPC, la misma que sea explícita en las actividades a desarrollar y que contemple las ideas de todos los actores. En este sentido, incluir el criterio de pacientes y otros profesionales de la salud la volverán un instrumento integral y mejor valorado.

Al realizar la actualización de la GPC debe contemplarse la realidad administrativa y operativa de la mayoría de instituciones de la Red Pública de Salud, ya que algunas de las recomendaciones no son factibles y otras están desactualizadas.

Además, se recomienda que este nuevo documento incluya un procedimiento para actualizarlo. Teniendo en cuenta el documento AGREE II (Brouwers, 2009) se recomienda mejorar los dominios de aplicabilidad y participación de los implicados.

Se sugiere replicar el estudio de forma global en otras instituciones de salud a nivel nacional, para obtener un contexto integral para la posterior adaptación y actualización de una nueva guía.

Se recomienda el manejo adecuado de los registros medico legales haciendo énfasis de evitar omitir registrar información relevante de manejo y tratamiento, ya que “Lo que no está escrito, no se realizó”.

Es necesario realizar estrategias de educación continua actualización y socialización, para que el personal de salud pueda tomar la mejor decisión en base a todos los riesgos y beneficios para el binomio madre-feto al momento de dar a luz.

Se aconseja la difusión de las indicaciones de cesárea en cada una de las casas de salud, para el análisis de la buena toma de decisiones y así poder disminuir las tasas.

Por último estimular y motivar buenas prácticas, como las identificadas de si cumplimiento en este estudio, llenado de consentimiento informado, partograma, etc, y otras recomendaciones basadas en la evidencia para garantizar la seguridad del paciente.

CAPÍTULO XII: BIBLIOGRAFÍA

- Ávila, S., Alfaro, T., & Olmedo, J. (2016). Generalidades sobre placenta previa y acre- tismo placentario. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 6(III), 11–20.
- Bailey, E., & Hinshaw, K. (2004). *Vigilancia Fetal Intraparto. Also Ecuador*.
- BBC Mundo. (2015). El mapa de los países donde se practican más y menos cesáreas en el mundo. Recuperado el 3 de junio de 2019, de https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150710_cesareas_mundo_motivos_paises_jm
- Beltrao, J., Monteiro, C., Filho, B., Gómez, I., Pajares, E., Paredes, F., ... Sallán, J. G. (2014). *Derechos Humanos de los Grupos Vulnerables*.
- Berghella, V. (2019a). Cesarean delivery: Postoperative issues. *Uptodate*. Recuperado de https://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-postoperative-issues?search=complicacionescesarea&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Berghella, V. (2019b). Cesarean delivery: Preoperative planning and patient preparation. *Uptodate*. Recuperado de https://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-preoperative-planning-and-patient-preparation?search=cesarea tecnica&topicRef=5405&source=see_link
- Berghella, V. (2019c). Cesarean delivery: Surgical technique. *Uptodate*. Recuperado de <https://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery->

surgical-technique?search=cesarea

tecnica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

- Booker, W., & Moroz, L. (2019). Abnormal placentation. *Seminars in Perinatology*, 43(1), 51–59. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.11.009>
- Brouwers, M. (2009). Instrumento AGREE II Versión electrónica.
- Cabero, L. (2013). *Tratado de Ginecología y Obstetricia*. (SEGO, Ed.) (2a ed.). España: PANAMERICANA.
- Carvajal, J., & Ralph, C. (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología* (8a ed.). Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
- Ccala, M. (2018). *Características y complicaciones del embarazo múltiple en pacientes atendidas en el hospital regional del cusco, 2016*. Repositorio de Tesis Universidad Andina Nestor Cáceres Velasquez. Universidad Andina Nestor Cáceres Velasquez. Recuperado de <http://www.repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/2386>
- Chen, I., Opiyo, N., Tavender, E., Mortazhejri, S., Rader, T., Petkovic, J., ... Betran, A. P. (2018). Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005528.pub3>
- Corona, A., Higuera, T., & Cabero, L. (2008). Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea. *Progresos de Obstetricia y*

Ginecología, 51(12), 703–708. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(08\)76311-8](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(08)76311-8)

Couto, D., & Napoles, D. (2013). Aspectos generales sobre el consentimiento informado en Obstetricia y Ginecología. *MEDISAN*, 17(10), 2–10.

Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong. (2010). *Williams Obstetricia* (23a ed.). Mc Graw Hill.

Daza, M. (2014). Guía de práctica clínica cesárea. *Clínica de la mujer*, 1–9.

DeCherney, A., Nathan, L., Laufer, N., & Roman, A. (2013). *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos* (11a ed.). LANGE.

Díaz, M., & Mirna, M. (2015). Determinación e importancia de la gasometría del cordón umbilical. En *Manual de obstetricia y procedimientos medicoquirúrgicos*. Mc Graw Hill. Recuperado de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1756§ionid=121621932#1126558092>

Dirección Nacional de Estadísticas y Análisis de la Información de Salud. (2016). Boletín Nacimientos por Cesáreas 2013-2016. *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*, 21. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2015/01/Boletin-Nacimientos-por-Cesareas-2012-2016.pdf>

Ehsanipoor, R., & Satin, A. (2019). Normal and abnormal labor progression. *Uptodate*. Recuperado de https://www.uptodate.com/contents/normal-and-abnormal-labor-progression?search=desproporcióncefalopélvica&source=search_result&selectedTitle=1~19&usage_type=default&display_rank=1

- Federacion colombiana de Obstetricia y Ginecología, & PERinatología, F. C. de. (2014). Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN). Bogotá, 2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 65(2), 139–151. <https://doi.org/10.18597/rcog.62>
- Fernandez, C. (2012). Cesárea electiva: repercusion en la evolución respiratoria neonatal. *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, 80(1), 1.
- Fonseca-Pérez, J. (2017). Cesarean delivery on maternal request (CDMR). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(1), 7. <https://doi.org/10.18597/rcog.2985>
- Gallardo, L. (2018). *Factores predisponentes de placenta revia en pacientes entre 20 a 25 años*. Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil. Universidad de Guayaquil. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30790>
- García, C., López, M., & Monzalbo, D. (2015). Parto después de cesárea ¿una opción segura? *Ginecologia y Obstetricia de Mexico*, 83(2), 69–87.
- García, R., Rodríguez, J., Ortiz, M., & Matute, Á. (2010). Embarazo múltiple: incidencia, morbilidad y manejo en el Centro Médico ABC. *Medigraphic*, 55(3), 122–126. Recuperado de www.medigraphic.org.mx
- Guzmán, F., & Arias, C. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica*, 27, 15–24. <https://doi.org/10.1016/j.domaniend.2005.07.004>

- Hernandez, C. (2019). La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado. *Médicas UIS*, 32(1), 9–12.
<https://doi.org/10.18273/revmed.v32n1-2019001>
- Hofmeyr, J., Hannah, M., & Lawrie, T. (2015). Cesárea programada para parto en presentación podálica a término. *La Biblioteca Cochrane Plus*, (4).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000166.pub2>
- Hofmeyr, J., Mathai, M., Shah, A., & Novikova, N. (2008). Techniques for caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004662.pub2>
- Hosking, A. (2011). Operación cesarea. *Revista Britanica Medica*, 2(3837), 111–115. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.3837.111>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). Guía de práctica clínica: Parto después de una cesárea. *Instituto Mexicano del Seguro Social*, 9.
- Kiekebusch, G., Valdés, E., & Parra-Cordero, M. (2016). Serie guías clínicas : manejo del embarazo gemelar. *Hospital Clínico Universidad de Chile*, (27), 246–258. Recuperado de <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/1008.pdf>
- Lugones, M. (2001). La Cesárea en la Historia. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 27(1), 53–56. Recuperado de <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2012/06/cesarea-en-la-hiatoria2.pdf>
- Martin, J. (2016). *Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Sanidad, Servicios*

- Sociales e Igualdad. Recuperado de http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/Capitulos/completo.pdf
- Martínez, G. (2013). Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 36(SUPPL.1), 159–162.
- Martínez, Grimaldo, P., Vásquez, G., Reyes, C., Torres, G., & Escudero, G. (2015). Práctica clínico-quirúrgica Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. *Revista Médica de Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(5), 608–623. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf>
- Matus, C. (2012). Criterios de indicación de intervención cesárea. *Hospital Regional de Arica y Parinacota Dr. Juan Noé Crevani*, 13. Recuperado de <https://docplayer.es/15869265-Instructivo-criterios-de-indicacion-de-intervencion-cesarea.html>
- Mercado, C., Jauregui, E., & Lucchini, H. (2017). Manual practico de obstetricia para estudiantes de medicina. *Universidad nacional de Cordoba*, 11, 12. Recuperado de <http://obstetricia1.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2015/04/MANUAL-PRACTICO-DE-OBSTETRICIA-53pag.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2016). Atención del parto por cesárea: Guía Práctica Clínica. *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*, 1–41. Recuperado de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Partido_por_cesarea.pdf
- Moldenhauer, J. (2016). Posición y presentación anómalas del feto. Recuperado de <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud->

femenina/complicaciones-del-parto/posición-y-presentación-anómalas-del-feto

- Monterde, E., Ferrer, P., Parra, J., & López, M. (2011). Control gestacional en gestantes con cesárea anterior. *Centre de medicina fetal i neonatal de Barcelona*, 1–4. Recuperado de [file:///C:/Users/PC/Downloads/Control gestacional en gestantes con cesarea anterior.pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/Control%20gestacional%20en%20gestantes%20con%20cesarea%20anterior.pdf)
- Morales, P., Alberto, J., García, J., & Islas, E. (2009). Cesárea : beneficios y riesgos. *Revista de Investigación Médica Sur*, 8(4), 181–184.
- Morgan-Ortiz, F., Morgan-Ruiz, F., Quevedo, V., Gutierrez, E., & Báez, J. (2015). Anatomía y fisiología de la placenta y líquido amniótico. *REV MED UAS*, 5(4), 156–164. Recuperado de <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v5/n4/amniotico.pdf>
- Muñoz, E., Monreal, M., Gauna, O., De Molina, I., & Casas, J. (2011). Moxibustión en la malposición fetal. *Matronas Prof.*, 12(4), 104–109. Recuperado de <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/104-109-art-orig-moxi-baja.pdf>
- Muñoz, M., Rosales, J., Domínguez, E., & Serrano, L. (2011). Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? *Medigraphic*, 79(2), 67–74. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom112b.pdf>
- Nápoles, D., Bajuelo, A., Téllez, M., & Couto, D. (2004). El partograma y las desviaciones del trabajo de parto. *MEDISAN*, 8(4), 64–72. Recuperado de <http://www.maternoinfantil.org/archivos/A35.PDF>

- Olivera, D. (2016). *Cesárea electiva sin motivos médicos*. Universidad de la República. Recuperado de https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos finales/Archivos/tfg_dahiana_olivera_version_final_.pdf
- Oncoy, A. (2018). Indicaciones de Cesárea. *PANACEA*, 7(2), 69–73.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Births by caesarean section: Data by country. *WHO*. Recuperado de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.BIRTHSBYCAESAREAN?lang=en>
- Organizacion Panamericana de Salud. (2015). La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria. Recuperado el 3 de junio de 2019, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
- Perez, A., & Donoso, E. (2015). *Obstetricia* (cuarta). buenos aires: mediterraneo.
- Real Academia de la Lengua Española. (2018). Real Academia de la Lengua Española.
- Rodríguez, A. (2012). El Uso Del Consentimiento Informado Por Parte De Los Profesionales De Salud En La Atención Clínico Asistencial. *Enfermería actual de Costa Rica*, 0(22). <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i22.3555>
- Ros, C., Bellart, J., & Hernández, S. (2012). Protocolo: Cesárea. *Hospital Clínic de Barcelona Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON)*, 9. Recuperado de

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf?fbclid=IwAR3kJUYNfd4XQLqI3D8wTdf4YluBhJriTZEPLNVhSNa8MhPezv58bsHarMk>

Schnapp, C., Sepúlveda, E., & Robert, J. (2014). Operación cesárea. *Revista medica Clínica las Condes*, 25(6), 987–992. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70648-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70648-0)

Stankiewicz Karita, H. C., Moss, N. J., Laschansky, E., Drolette, L., Magaret, A. S., Selke, S., ... Wald, A. (2017). Invasive Obstetric Procedures and Cesarean Sections in Women With Known Herpes Simplex Virus Status During Pregnancy. *Infectious Diseases Society of America*, 4(4), 7–9. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofx248>

Timana, R., & Rodriguez, M. (2018). Recomendaciones para la pertinencia y seguridad de la cesárea. *Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación*, 53.

Tisné, L. (2014, mayo). Protocolo uso de consentimiento informado del paciente. *Hospital Santiago Oriente*, 19. Recuperado de http://200.72.129.100/calidad/archivo7/Dirección/DP 2.1/DP 2.1_ v.5.pdf

Varas, J., Lattus, J., & Aedo, S. (2013). Operación cesárea : Protocolo de indicación. *Revista de obstetricia y ginecología*, 8(1), 43–48.

Vargas, C. (2016). *Manejo de la Mala Posición Fetal con Medicina Tradicional China*. *Repositorio Institucional de la Universidad de Colombia*. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/52809/1/claudiavargasgarcia.2016.pdf>

Vasquez, L., Garcia, F., Devoto, S., & Galarza, P. (2011). Infecciones de Transmisiòn Vertical “de madre a hijo”. *Ministerio de Salud de la Nación, Guías 2010*, 36. Recuperado de <http://www.sogiba.org.ar/documentos/TV.pdf>

Velez, E., Tovar, V., Méndez, F., López, C., & Ruiz, E. (2012). Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 29(2), 58–64.

Ybaseta, J. (2018). Cesárea electiva: preferencia materna. *Revista Panacea*, 7(2), 39–40. Recuperado de <http://www.revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/view/224>

CAPÍTULO XIII: ANEXOS

ANEXO 1. Datos de la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública “Atención del parto por cesárea” 2015

GUÍA	INVESTIGACIÓN
AREA PRE QUIRÚRGICA	
Documentos que deben ser incluidos en la historia clínica	
Se solicitó y firmo el consentimiento informado por la embarazada	Se juntarán los dos datos en una sola variable que nos
El consentimiento informado en el caso de embarazada adolescente fue firmado por su representante legal	indique que existe un documento de consentimiento informado firmado
Decisión para realizar cesárea	
Se registró en la Historia Clínica todos los factores que influyeron en la decisión y cuál de éstos es el más importante	Se utilizará este dato como decisión para cesárea
Se realizó cesárea a las embarazadas con una presentación podálica, pélvica o situación transversa de feto único a término	Se utilizará este dato como decisión para cesárea
Se realizó la cesárea en los embarazos gemelares donde el primer gemelo no está en presentación cefálica	Se utilizará este dato como decisión para cesárea

<p>Se realizó cesárea en un parto pre término cuando el estimado de peso fetal ecográfico fue menor de 1500 gr.</p>	<p>No aplica, ya que el estudio es solo en embarazos a término</p>
<p>Se realizó la cesárea a las mujeres con una placenta que cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno (placenta previa total o parcial).</p>	<p>Se utilizara este dato como decisión para cesárea</p>
<p>Frente al diagnóstico de una placenta previa la mujer fue evaluada y manejada hasta el término del embarazo por especialista en Ginecoobstetricia quien informo a la paciente con oportunidad la vía y forma de parto.</p>	<p>No aplica</p>
<p>Si la placenta baja se confirmó en la semana 32 a 34 en mujeres que han tenido una cesárea anterior, se realizó la ecografía Doppler color como la primera prueba diagnóstica para descartar placenta creta (adherida).</p>	<p>No aplica</p>
<p>Si el resultado de la ecografía Doppler color sugiere placenta Creta se realizó: Se solicitó un ultrasonido de alta complejidad (nivel 3) y de ser el caso se complementó con resonancia magnética (RM) el diagnóstico de placenta creta y determinó el grado de invasión.</p>	<p>No aplica.</p>
<p>Cuando se realizó la cesárea para las mujeres con sospecha de placenta creta el gineco-obstetra especialista decidió qué otros profesionales de la salud deben estar presentes o fueron consultados</p>	<p>No aplica</p>

<p>Los hospitales tienen un protocolo de referencia o manejo acordado a nivel local para la atención de pacientes con diagnóstico presuntivo de placenta Creta que indican los cuidados que deben ser proporcionados con oportunidad</p>	<p>No aplica</p>
<p>Se realizó cesárea para la desproporción céfalo-pélvica en trabajo de parto</p>	<p>Se utilizará este dato como decisión para cesárea</p>
<p>La cesárea en mujeres embarazadas portadoras de VIH, se realizó entre las semanas 37 y 38 de gestación</p>	<p>Se utilizará este dato como decisión para cesárea</p>
<p>En el caso que la embarazada con hepatitis C era portadora de VIH, se realizó cesárea electiva</p>	<p>Se utilizará este dato como decisión para cesárea</p>
<p>Se realizó cesárea electiva a las embarazadas con infección primaria genital del virus del herpes simple (HSV) que ocurrió en el tercer trimestre del embarazo</p>	<p>Se utilizará este dato como decisión para cesárea</p>
<p>Si una mujer solicitó una cesárea cuando no hubo ninguna otra indicación médica para la misma, se discutió los riesgos y beneficios globales de la cesárea en comparación con el parto y se registró que esta discusión ha tenido lugar. Se incluyó una discusión con otros miembros del equipo obstétrico y sus familiares o acompañantes, para explorar las razones de la solicitud y garantizar que la mujer tiene la información precisa.</p>	<p>Se utilizará este dato como decisión para cesárea</p>

Se realizó la cesárea programada en los casos clínicamente justificados, sobre las 39 semanas	Se utilizará este dato como decisión para cesárea
En cesárea de emergencia, si la categoría fue 1 la cesárea se realizó de forma inmediata después de tomada la decisión	Se tomarán estos datos en una sola variable donde se determinara el valor en minutos de la decisión de la cesárea si esta fue de emergencia
En cesárea de emergencia, Si la categoría fue 2, la cesárea en la mayoría de las situaciones se realizó dentro de los 30 a 75 minutos de tomada la decisión	
Exámenes preoperatorios y preparación para la cesárea	
Se realizó a las embarazadas una evaluación de la hemoglobina antes de la cesárea para identificar aquellas que tienen anemia.	Se usará como variable de exámenes pre-operatorios
Las mujeres que se les realizó una cesárea con anestesia regional se les colocó una sonda vesical	Se utilizará como variable de procedimientos pre-operatorios
Se utilizó anestesia regional en la cesárea	Se utilizará como variable de tipo de anestesia utilizada
A estas mujeres se les ofreció efedrina intravenosa o fenilefrina*, y el volumen de precarga con cristaloides o coloides	No valorable

se les administró antiácidos y medicamentos como los antagonistas del receptor H2 (Ranitidina) o los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol)	Se utilizará como variable de medicamentos utilizados
Se administró antieméticos (Metoclopramida u Ondansetrón)	Se utilizará como variable de medicamentos utilizados
Se utilizó efedrina intravenosa cloruro de sodio o lactato de ringer	No valorable
Técnicas quirúrgicas para cesárea	
Los profesionales de la salud que realizaron o ayudaron a la cesárea usaron doble guante en mujeres que han dado positivo para el VIH	No valorable
La cesárea se llevó a cabo utilizando una incisión abdominal transversa	Se utilizará como variable de tipo de incisión utilizada
La incisión transversal de elección fue la incisión de Joel	Se utilizará como variable de tipo de incisión utilizada
Se realizó Clampeo oportuno de cordón umbilical	Se utilizará como variable de procedimiento realizado durante la cesárea

Se administró oxitocina 5 UI por vía intravenosa lenta en la cesárea	Se utilizará como variable de procedimiento realizado durante la cesárea
En la cesárea se retiró la placenta usando tracción controlada del cordón y no la extracción manual	Se utilizará como variable de procedimiento realizado durante la cesárea
Se realizó la reparación intraperitoneal del útero en la cesárea.	No aplica
La incisión del útero se suturó en dos capas	Se utilizará como variable de procedimiento realizado durante la cesárea
Ni el peritoneo visceral ni el parietal se suturaron en la cesárea	No aplica
En las circunstancias excepcionales que se utilizó una incisión abdominal en la línea media, se realizó el cierre con suturas continuas lentamente absorbibles	No aplica
El cierre de rutina del tejido celular subcutáneo no se utiliza, a menos que la mujer tiene más de 2 cm de grasa subcutánea	No aplica

No se realizan los drenajes superficiales de la herida en la cesárea	No aplica
Se mide el pH de la arteria umbilical después de toda cesárea	Se utilizará como variable de procedimiento realizado durante la cesárea
Se administra a las mujeres antibióticos profilácticos en la cesárea antes de la incisión cutánea.	Se utilizará como variable de procedimiento realizado durante la cesárea
Se administra a las mujeres antibióticos profilácticos en cesárea para reducir el riesgo de infecciones postoperatorias.	No valorable
Se administra la trombo profilaxis (por ejemplo, medias graduadas, hidratación, movilización temprana, heparina de bajo peso molecular	Se utilizará como variable de procedimiento realizado durante la cesárea
la aclimatación del quirófano (con el fin de poder realizar el contacto piel con piel inmediato mientras la madre es suturada)	No valorable
el acompañamiento continuo por personas de su confianza	No valorable

escuchar la música de su elección en la sala de parto y/o de operaciones	No valorable
el atenuar las luces del quirófano una vez que se ha realizado la incisión en el útero y el bebé está por salir	No valorable
utilizar la técnica de extracción lenta del bebe	No valorable
bajar la pantalla para ver el nacimiento del bebé	No valorable
el silencio por parte del personal de salud para que la voz de la madre sea la primera que el bebé escuche	No valorable
el corte tardío del cordón umbilical (cuando este haya dejado de latir)	Se utilizará como variable de procedimiento realizado durante la cesárea
la no separación rutinaria del bebé	No valorable
el alojamiento conjunto inmediato y apego precoz	Se utilizará como variable de procedimiento realizado durante la cesárea
El establecimiento de salud cumple con los estándares de calidad tanto en equipamiento, infraestructura, talento humano y normativa, de acuerdo a las normas vigentes.	No valorable

EL establecimiento de salud garantiza la provisión oportuna de componentes sanguíneos en caso de requerirlo	No valorable
Control de rutina después de la cesárea	
Después de la cesárea, las mujeres son observadas por un profesional de la salud debidamente capacitado hasta que haya recuperado el control de la vía respiratoria, la estabilidad cardiorrespiratorio y las mujeres sean capaces de comunicarse.	No valorable
El personal da información sobre los distintos métodos de planificación familiar que se encuentran disponibles.	Se utilizará como variable de procedimiento realizado posterior de la cesárea
Después de la recuperación de la anestesia, se controla la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, la presión arterial, el dolor y la sedación, y el sangrado, cada media hora durante 2 horas y cada hora a partir de entonces siempre que los signos sean estables o satisfactorios. Si los datos no son estables, observar con más frecuencia y recomendar la revisión médica especializada.	Se utilizará como variable de procedimiento realizado posterior de la cesárea
se administran antiinflamatorios no esteroideos post-cesárea como un complemento a otros analgésicos.	Se utilizará como variable de procedimiento

	realizado posterior de la cesárea
La sonda se retira después de 12 horas	Se utilizará como variable de procedimiento realizado posterior de la cesárea
La estancia hospitalaria post cesárea es de 3 a 4 días.	Se utilizará como variable de procedimiento realizado posterior de la cesárea
deambulación temprana	Se utilizará como variable de procedimiento realizado posterior de la cesárea
cuidado de herida	Se utilizará como variable de procedimiento realizado posterior de la cesárea
Atención en manejo de otras complicaciones del embarazo o el parto (pre eclampsia y otras), que pudieron ser causa de la indicación de la cesárea.	No valorable

Las mujeres que tienen una cesárea recibieron analgesia regular para el dolor postoperatorio, utilizando: <ul style="list-style-type: none"> • Para el dolor severo, paracetamol, codeína o ibuprofeno • Para dolor moderado, paracetamol, codeína. • Para el dolor leve, el paracetamol. 	Se utilizará como variable de procedimiento realizado posterior de la cesárea
Retirar el apósito 24 horas después de la cesárea.	No valorable
Evaluar la herida para detectar señales de infección (por ejemplo, aumento del dolor, enrojecimiento o secreciones), separación o dehiscencia.	No valorable
Si es necesario, la planificación del retiro de las suturas o clips	No valorable

Se analizaron cada uno de los ítems obtenidos de la Guía del MSP “Atención del parto por Cesárea” 2016, por las dos investigadoras en conjunto para decidir cuáles de ellos son valorables en los dos Hospitales de estudio, además que estos datos se puedan encontrar en cada una de las historias clínicas.

Posterior al análisis de los ítems se procedió a realizar la Tabla de variables que se utilizó como instrumento para la obtención de datos de cada una de las historias clínicas, la misma que se encuentra a continuación:

ANEXO 2. Instrumento de recolección de datos

VARIABLES	CUMPLE
------------------	---------------

Datos de filiación	SI	NO	OB
Hospital	FFAA No1 HLGD		
Edad			
Instrucción			
Lugar de nacimiento			
Lugar de residencia			
Ocupación			
Etnia			
Estado civil			
Antecedentes			
Número de embarazos previos			
Antecedentes personales <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Diabetes • Cáncer • Pre eclampsia • Eclampsia • Diabetes gestacional • Otro 			
Antecedentes durante esta gesta: <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Hipertensión gestacional 			

<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes gestacional • Cáncer • Preeclampsia • Eclampsia • Violencia • VIH • otras 			
Número de controles prenatales			
Número de Ecos durante el embarazo			
Edad gestacional			
Datos del RN			
Sexo <ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 			
Apgar 1 minuto			
Apgar 5 minutos			
Complicaciones de RN			
Información a embarazada y familiares			
Información previo consentimiento informado			
Existe consentimiento informado			
Firma del consentimiento informado	Paciente Familiar Representante legal		

	No especifica		
INDICACIÓN PARA LA CESÁREA			
1. Presentación			
Podálica			
Situación transversa			
Pélvica			
2. Embarazos gemelares			
3. Placenta previa			
4. Placenta creta (adherida).			
5. Desproporción céfalo-pélvica			
6. Embarazadas portadoras de VIH			
7. Embarazada con hepatitis C era portadora de VIH			
8. embarazadas con infección primaria genital del virus del herpes simple (HSV)			
9. Cesárea electiva			
10. Cesárea anterior			
Cesárea de emergencia			
Tiempo decisión cesárea			
Partograma			
Pelvimetría			
Hace cuanto fue la cesárea anterior			
Diagnostico ingreso			
Diagnóstico de egreso			
Correspondencia de diagnósticos			

Exámenes preoperatorios y preparación para la cesárea			
Hemoglobina preoperatoria y valor			
Trasfusión sanguínea			
Tipo de embarazo <ul style="list-style-type: none"> • Complicado • No complicado • No especifica 			
Exámenes rutinarios <ul style="list-style-type: none"> • Grupo sanguíneo • Pruebas cruzadas • Pruebas de coagulación • Eco pre Qx 			
Colocación de sonda vesical			
Tipo de anestesia			
Hidratación <ul style="list-style-type: none"> • Cristaloides • Coloides • No 			
Se les administró protectores gástricos <ul style="list-style-type: none"> • Ranitidina • Omeprazol 			
Se administró antieméticos <ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida • Ondansetrón 			

<p>Tipo de antibiótico pre operatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefazolina • Ampicilina sulbactam • Ceftriaxona • No administra • Otro 			
Técnicas quirúrgicas para cesárea			
<p>Tipo de incisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Media • Transversa 			
<p>Incisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pfannenstiel • Maylard • Joel cohen • Media 			
<p>Clampeo y corte de cordón umbilical</p>			
<p>Se administró oxitocina</p>			
<p>Extracción de placenta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tracción controlada • Extracción manual • Manual e instrumental • No refiere 			
<p>Incisión uterina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos capas 			

<ul style="list-style-type: none"> • Una capa • No especifica • Otras 			
pH arterial			
Trombo-profilaxis <ul style="list-style-type: none"> • Medias graduadas • Movilización temprana • Heparina de bajo peso molecular 			
Contacto piel			
Control de rutina después de la cesárea			
Apoyo lactancia materna			
Ingreso UCI			
Planificación familiar			
Signos vitales			
Administración de analgesia			
Retiro de sonda vesical 12 horas post cesárea			
Tiempo de estancia hospitalaria			
Cuidados de herida			
Complicaciones maternas			
Otros datos (relacionados con la cesárea)			
Quien hizo el ingreso			
Quien atendió la cesárea			
Observaciones			

ANEXO 3. Instrumento AGREE II

1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.).
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.
19. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos.
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.

Puntuación global de la guía:

Recomendaría esta guía para su uso:

SECCION 1: OBJETIVOS Y ALCANCE			
	EVALUADOR 1	EVALUADOR 2	TOTAL
ITEM 1: Objetivos	4	4	8
ITEM 2: Aspectos clínicos	2	4	6
ITEM 3: Pacientes	3	4	7
TOTAL	9	12	21
EVALUACION ESTANDAR DEL AREA =		83	

SECCION 2: PARTICIPACION DE LOS IMPLICADOS			
	EVALUADOR 1	EVALUADOR 2	TOTAL
ITEM 4: Profesionales	2	2	4
ITEM 5: Preferencia pcte	1	2	3

ITEM 6: Usuarios diana	4	4	8
ITEM 7: Probada	3	3	6
TOTAL	10	11	21
EVALUACION ESTANDAR DEL AREA =		54	

SECCION 3: RIGOR DE LA ELABORACIÓN			
	EVALUADOR 1	EVALUADOR 2	TOTAL
ITEM 8: Busqueda	4	3	7
ITEM 9: Evidencia	4	3	7
ITEM 10: Métodos	4	4	8
ITEM 11: Recomendaciones	3	4	7
ITEM 12: Relación evidencia	3	4	7
ITEM 13: Revisada	4	3	7
ITEM 14: Actualizacion	2	3	5
TOTAL	24	24	48
EVALUACION ESTANDAR DEL AREA =		81	

SECCION 4: CLARIDAD Y PRESENTACIÓN			
	EVALUADOR 1	EVALUADOR 2	TOTAL
ITEM 15: Especificas	4	4	8
ITEM 16: Opciones	4	3	7
ITEM 17: Identificables	4	4	8
ITEM 18: Aplicación	3	3	6
TOTAL	15	14	29
EVALUACION ESTANDAR DEL AREA =		88	

SECCION 5: APLICABILIDAD			
	EVALUADOR 1	EVALUADOR 2	TOTAL
ITEM 19: Barreras	2	4	6
ITEM 20: Costes	2	2	4
ITEM 21: Auditoria	2	3	5
TOTAL	6	9	15
EVALUACION ESTANDAR DEL AREA =		50	

SECCION 6: INDEPENDENCIA EDITORIAL			
	EVALUADOR 1	EVALUADOR 2	TOTAL
ITEM 22: Independiente	4	4	8
ITEM 23: Conflictos interes	4	4	8
TOTAL	8	8	16
EVALUACION ESTANDAR DEL AREA =		100	