



UNIVERSIDAD DE ORIENTE.
NÚCLEO DE SUCRE.
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALA”
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

**ESTADO ACTUAL DEL PARTO POR CESAREA EN EL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO
DE ALCALA” (HUAPA) CUMANÁ – SUCRE. 2017**

Trabajo Especial de Investigación como requisito parcial para optar al título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia.

TUTOR: Dr. Ángel R. Mota S.

AUTOR: Dra. Lilibet M. Rodríguez

C.I: 10291046

Cumaná, diciembre de 2017.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ"
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**ESTADO ACTUAL DEL PARTO POR CESAREA EN EL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "ANTONIO PATRICIO DE
ALCALÁ" (HUAPA) CUMANÁ - SUCRE, 2017**

(Trabajo Especial de Investigación como requisito parcial para optar al título de
Especialista en Ginecología y Obstetricia)

Aprobado por:

TUTOR:

Dr. Ángel Mota.

JURADO PRINCIPAL:

Dra. K. Rivero

JURADO PRINCIPAL:

Dr. V. Carrera

Cumaná, diciembre de 2017

INDICE

INDICE DE TABLAS	i
INDICE DE GRAFICOS	ii
RESUMEN	iii
SUMMARY	iv
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	4
Objetivo general	4
Objetivos específicos	4
MATERIAL Y MÉTODO	5
TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	5
Universo y Muestra	5
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	5
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	5
PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN	6
TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	6
TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	7
RESULTADOS	8
DISCUSION	17
CONCLUSIONES	20
RECOMENDACIONES	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS	22
APENDICE	28
HOJAS DE METADATOS	32

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia del parto por cesárea en los últimos cinco años (2012 al 2016) en el Servicio de Obstetricia del HUAPA	8
Tabla 2. Grupo etario del parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA 2017.....	9
Tabla 3. Principales indicaciones del parto por Cesárea en el servicio de Obstetricia del HUAPA2017.....	14
Tabla 4. Tiempo promedio de duración de la Cesárea en el servicio de Obstetricia del HUAPA. 2017	16

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Tipo de técnica quirúrgica en el Parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA	10
Gráfico 2. Tipos de Dieresis en el parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA 2017	11
Gráfico 3. Tipos de Esterilización Utilizadas en el Parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA 2017.....	12
Gráfico 4. Tipos de Suturas utilizadas en el Parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA 2017.....	13
Gráfico 5. Complicaciones del parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA. 2017	15



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ESTADO ACTUAL DEL PARTO POR CESAREA EN EL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE
ALCALA” (HUAPA) CUMANA – SUCRE. 2017

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el estado actual del parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”.

Material y Método: Se trató de un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, de corte transversal que analizó el estado actual del parto por cesáreas realizadas durante el periodo de estudio. La muestra estuvo representada por 150 gestantes con terminación de su embarazo por cesárea.

Resultados: La prevalencia de cesáreas en este estudio fue en promedio de 50,2% desde 2012 al 2016. La edad promedio de las pacientes estudiadas fue de 25,5 años. La incisión más utilizada fue la transversal de Pfannestiel. La diéresis manual fue la más reportada en un 75%. En el 97% de los casos las suturas utilizadas fueron inapropiadas en al menos un plano. La cesárea previa fue la indicación más frecuente. Las principales complicaciones fueron las hemorrágicas. En promedio tenemos que mediante la técnica de Pfannestiel la duración de la intervención oscila en 39 ± 24 min.

Conclusiones: La prevalencia del parto por Cesárea en este hospital supera lo recomendado por la OMS y la ACOG.

Palabras clave: Parto por Cesárea, Complicaciones, Indicaciones de cesárea, técnica quirúrgica.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALÁ”
POSTGRADO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ESTADO ACTUAL DEL PARTO POR CESAREA EN EL SERVICIO
DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO
PATRICIO DE ALCALA” (HUAPA) CUMANA – SUCRE. 2017

SUMMARY

Objective: To evaluate the current status of Cesarean delivery in the Obstetrics Service of the University Hospital "Antonio Patricio de Alcalá".

Material and Method: It was a descriptive, prospective, observational, cross-sectional study that analyzed the current state of delivery by caesarean sections performed during the study period. The sample was represented by 150 pregnant women with termination of their pregnancy by caesarean section.

Results: The prevalence of caesarean sections in this study was on average 50.2% from 2012 to 2016. The average age of the patients studied was 25.5 years. The most used incision was the cross section of Pfannestiel. The manual umlaut was the most reported in 75%. In 97% of the cases the sutures used were inappropriate in at least one plane. Previous caesarean section was the most frequent indication. The main complications were hemorrhagic. On average we have that by means of the technique of Pfannestiel the duration of the intervention oscillates in 39 ± 24 min.

Conclusions: The prevalence of Cesarean delivery in this hospital exceeds that recommended by WHO and ACOG.

Key words: Cesarean Delivery, Complications, Caesarean indications, surgical technique.

INTRODUCCION

La Cesárea segmentaria se define como el nacimiento del feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y una en el útero (histerotomía). La primera cesárea hecha en América fue realizada en Cumaná por Alonso Ruiz Moreno, en 1820. La madre murió a las 48 horas y el hijo sobrevivió y murió a la edad de 80 años. Entre las indicaciones absolutas están: sufrimiento fetal (SF), desproporción fetopélvica (DFP), desprendimiento prematuro de placenta severo (DPP), placenta previa sangrando (PPS), prolapso del cordón. Entre las relativas: trastornos hipertensivos del embarazo (THE), distocias de rotación (DR), detención de la dilatación y descenso de la cabeza, fracaso de inducción, cesárea previa y podálica, aunque estas últimas pasaron prácticamente a ser absolutas. Sin embargo, los riesgos y beneficios de la interrupción del embarazo vía abdominal deben de ser considerados al momento de decidir el procedimiento (1, 2, 3)

Hay muchas maneras posibles de realizar una cesárea y las técnicas operatorias utilizadas para la cesárea varían. Las técnicas pueden depender de muchos factores, incluyendo la situación clínica y la preferencia del operador. El cierre del peritoneo en la laparotomía ha sido una parte estándar en la práctica quirúrgica. Las razones citadas para el cierre del peritoneo incluyen restaurar la anatomía y re-aproximación de los tejidos, reducción de la infección restableciendo una barrera anatómica, reduciendo la dehiscencia de la herida, reducir la hemorragia, minimizar las adherencias y continuación de lo que se pensaba como estándar. (4)

Pocas variaciones en la técnica han sido implementadas en el transcurso de los tiempos. Algunas de ellas han representado mayores adelantos, por ejemplo: la incisión propuesta por *Pfannenstiel*, el método quirúrgico de apertura abdominal informado por *Joel-Cohen* y una de las propuestas más novedosas, la técnica *Misgav-Ladach*, comunicada por el Dr. *Michael Stark* en 1994. (5)

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que, del total de los nacimientos, el porcentaje de cesáreas debería ser de entre 5 y 15%; un porcentaje

menor al 5% sugeriría una limitación en la realización de cesáreas, mientras que un porcentaje mayor de cesáreas al señalado no representaría beneficios adicionales (6-7-8)

La Cesárea es un procedimiento quirúrgico con numerosas posibles complicaciones tanto para la madre como para el niño. Aparte de los riesgos intraoperatorios (es decir, infección, Lesiones orgánicas o la necesidad de transfusión de sangre), muchos efectos secundarios pueden ocurrir después del parto como las complicaciones trombo-embólicas. En particular, las complicaciones en embarazos sucesivos: ruptura uterina, la infertilidad, o incluso anomalías placentarias como placenta previa, increta o acreta. (9-10)

Hay una buena evidencia que apoya el uso de oxitocina intramuscular 10 unidades internacionales (UI) y tracción controlada del cordón umbilical, para disminuir el riesgo de hemorragia postparto en el parto por cesárea, con ello se disminuye la pérdida de sangre en el posparto. El cuidado postoperatorio después de la cesárea es similar al de cualquier cirugía abdominal mayor. (11, 12)

La infección es la complicación más común en los primeros 10 días después de la cesárea segmentaria. La tasa de infección sin antibióticos profilácticos es aproximadamente de 85%. Mientras que la tasa de infección con antibióticos profilácticos es solamente de un 5%. Los antibióticos profilácticos deben ser administrados a toda paciente sometida a parto por cesárea, una simple dosis de cefalosporina de primera generación o ampicilina es efectiva, así como los líquidos orales no deben ser suspendidos después de la cesárea. (12)

Las mujeres sin factores de riesgo de trombosis venosa profunda aparte del estado postparto y la intervención quirúrgica deben movilizarse tempranamente en el postoperatorio. Las mujeres con al menos un factor de riesgo adicional para trombosis venosa profunda: Profilaxis mecánica (medias de compresión o dispositivo de compresión neumática intermitente) debe ser utilizada mientras la paciente esté en el hospital. (12)

Para las mujeres con múltiples factores de riesgo de trombosis venosa profunda, la profilaxis farmacológica debe combinarse con profilaxis mecánica (dispositivo de compresión neumática intermitente). (12)

Las mujeres con alto riesgo de complicaciones tales como, aquellas con antecedentes de incisión clásica o en T y ruptura uterina y mujeres en las que el parto vaginal es de otra manera contraindicada por ejemplo la presencia de la placenta previa, son candidatas para el ensayo planificado de una cesárea. (12, 13)

Dada el descenso de la frecuencia del parto vaginal después de una cesárea, los riesgos asociados a las cesáreas múltiples y las tendencias actuales, el método más efectivo para reducir las tasas de parto por cesárea es prevenir la primera cesárea. (14, 15)

Las principales indicaciones para la primera cesárea incluyen aquellas que ocurren antes del parto y aquellas durante el parto. Antes del trabajo de parto la causa principal es la mala presentación y durante el trabajo de parto detención tanto en la primera como en la segunda etapa. (15).

En vista de la escasez o la falta de estudios locales y nacionales que evalúen las tasas de cesáreas, las técnicas de las cesáreas, las indicaciones, complicaciones y otras consideraciones asociadas con este tipo de intervención quirúrgica fundamental en la obstetricia se planteó realizar un estudio que analizara el estado actual del parto por cesárea en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el estado actual del parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario “Antonio Patricio De Alcalá” (HUAPA).

Objetivos específicos

- 1) Determinar la prevalencia del parto por cesárea en los últimos cinco años (2012 al 2016)
- 2) Identificar el grupo etario más frecuente en que se realiza el parto por cesárea en la presente investigación.
- 3) Señalar las distintas variaciones en la técnica quirúrgica que se realiza en el Servicio de Obstetricia del HUAPA.
- 4) Identificar las principales indicaciones de cesáreas realizadas durante la realización del estudio.
- 5) Identificar las principales complicaciones en las pacientes con parto por cesárea.
- 6) Determinar el tiempo promedio de duración de la cesárea que se realiza en el Servicio de Obstetricia del HUAPA.

MATERIAL Y MÉTODO

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trató de un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, de corte transversal que analizó el estado actual del parto por cesáreas realizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Antonio Patricio de Alcalá (HUAPA) durante el año 2017.

Universo y Muestra

Universo: El universo objeto de estudio estuvo conformado por todas las pacientes que acudieron al Servicio de Obstetricia del HUAPA y que terminaron su embarazo por cesárea durante el periodo de estudio.

Muestra: La muestra en este estudio estuvo representada por 150 gestantes con terminación de su embarazo por cesárea y que cumplieron con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Toda gestante de cualquier edad que terminó su embarazo mediante una cesárea.
- ✓ Pacientes con cualquier edad gestacional que tuvieron un parto por cesárea de emergencia.
- ✓ Gestantes con parto por cesárea planificados.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Partos por cesárea en otras instituciones hospitalarias.
- ✓ Parto vaginal.
- ✓ Gestantes con indicación de cesárea y terminaron su embarazo por vía vaginal

PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

La muestra de pacientes de estudio estuvo constituida por 150 gestantes con terminación del embarazo por cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA.

Fueron evaluados integralmente su procedencia, edad, indicación de cesárea, control prenatal, estado civil, procedencia, técnica quirúrgica empleada, si se realizó o no peritonización, profilaxis antibiótica, salpingectomía y bajo que técnica, duración de la operación, tipo de anestesia utilizada y oxitócicos administrados y las complicaciones presentadas por las mismas durante su puerperio inmediato, mediano y tardío.

- ✓ Se registraron todas las gestantes independientemente de su edad y de su edad gestacional y que terminaron su embarazo mediante cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA durante el año 2017.
- ✓ Se registraron todos los datos de las pacientes y se hizo un seguimiento hasta la resolución de su embarazo y puerperio inmediato, mediano y tardío.
- ✓ Se analizaron y compararon las diferentes variables observadas durante el acto operatorio y se relacionaron con las complicaciones maternas y fetales presentadas por cada una.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se registraron en un formulario de recolección diseñado por el propio investigador para, las variables: edad materna, edad gestacional, procedencia, edad, indicación de cesárea, control prenatal, estado civil, técnica quirúrgica empleada, si se realizó o no peritonización, profilaxis antibiótica, salpingectomía y bajo que técnica, duración de la operación, tipo de anestesia utilizada y oxitócicos administrados y las

complicaciones presentadas por las mismas durante su puerperio inmediato, mediato y tardío para su posterior análisis.

Se solicitó consentimiento informado a las pacientes que se incluyeron en esta investigación.

TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Los datos estadísticos se representaron en forma de gráficos y tablas. El análisis se realizó mediante frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central como la media aritmética y el error estándar como medida de dispersión para series agrupadas. Se utilizó el programa Microsoft Office 2013, para la elaboración de los gráficos y tablas.

RESULTADOS

Tabla 1. Prevalencia del parto por cesárea en los últimos cinco años (2012 al 2016) en el Servicio de Obstetricia del HUAPA

año	partos	cesáreas	total	prevalencia
2012	3499	3391	6890	49%
2013	3478	3691	7169	51%
2014	3348	3726	7074	53%
2015	3273	3392	6665	51%
2016	3852	3388	7240	47%

Fuente: Central de estadísticas del HUAPA.

Análisis de resultados

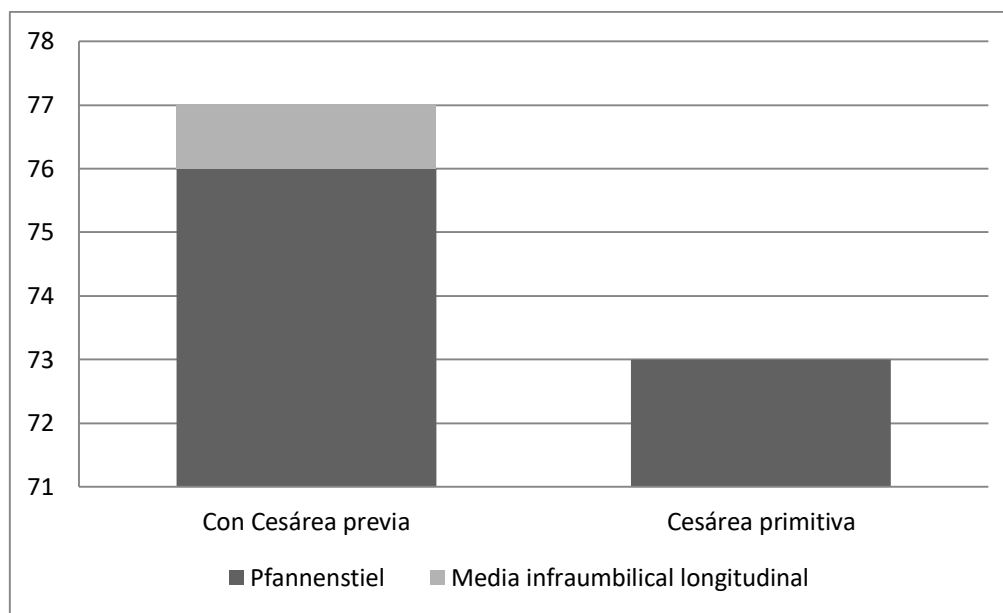
La tabla N° 1, sobre la prevalencia del parto por cesárea en el servicio de obstetricia del HUAPA entre los años 2012 a 2016 nos muestra que los porcentajes durante los últimos 5 años han superado las recomendaciones, observándose el mayor porcentaje de prevalencia durante el año 2014 con un 53% mientras que el año 2016 tuvo la menor con un 47%, manteniéndose por encima del 40% durante el periodo de estudio lo que supera en más de un 25% lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG).

Tabla 2. Grupo etario del parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA 2017

GRUPO ETARIO	Frecuencia	%
11 – 15	4	3%
16 – 20	26	17%
21 – 25	41	27%
26 – 30	48	32%
31 – 35	24	16%
36 – 40	7	5%
Total	150	100%

Fuente: Formulario de recolección.

En la Tabla N° 2, sobre el grupo etario del parto por Cesárea estudiados, se puede apreciar que el grupo etario más frecuente donde se realizaron partos por cesárea fue en el que abarca las edades entre los 26 a los 30 años de edad representando un 32% seguido del grupo etario que abarca las edades entre los 21 a 25 años con un 27%, mientras que el grupo etario menos frecuente fue en los casos menores de 15 años con un 3%.

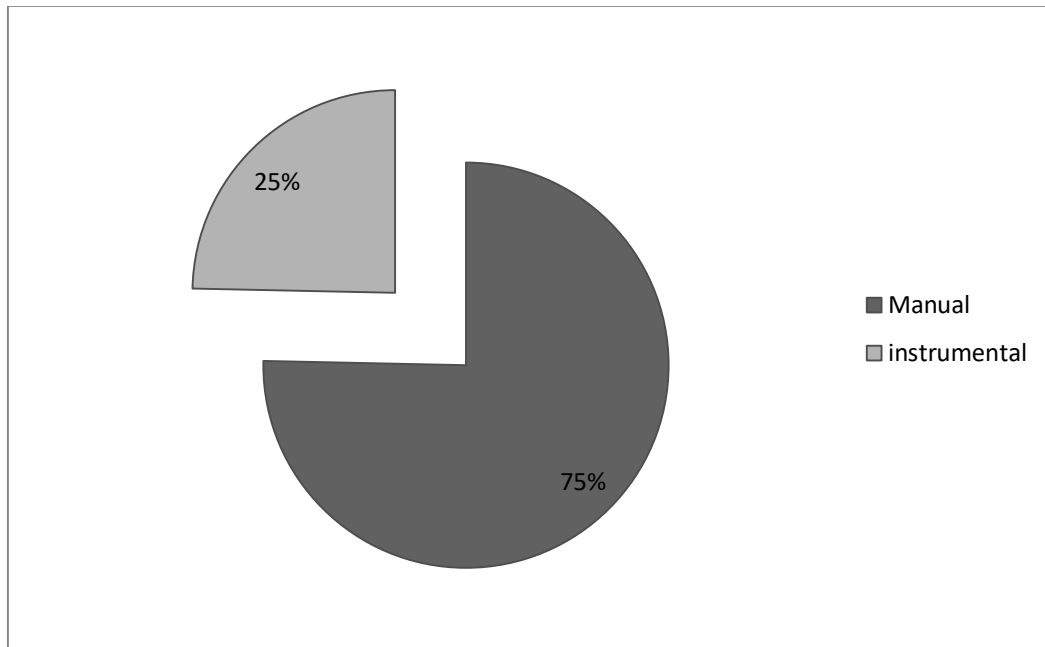


Fuente: formulario de recolección.

Gráfico 1. Tipo de técnica quirúrgica en el Parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA

Análisis de resultados.

El gráfico N° 1 nos presenta los tipos técnica quirúrgica en el parto por Cesárea analizadas, en el podemos observar que, la técnica quirúrgica tipo Pfannestiel es la más utilizada en un 99% de los casos independientemente de si existía o no una cesárea previa, en tanto que el procedimiento de media infraumbilical solo representó el 1% de los casos y exclusivamente en las pacientes con cesárea previa.

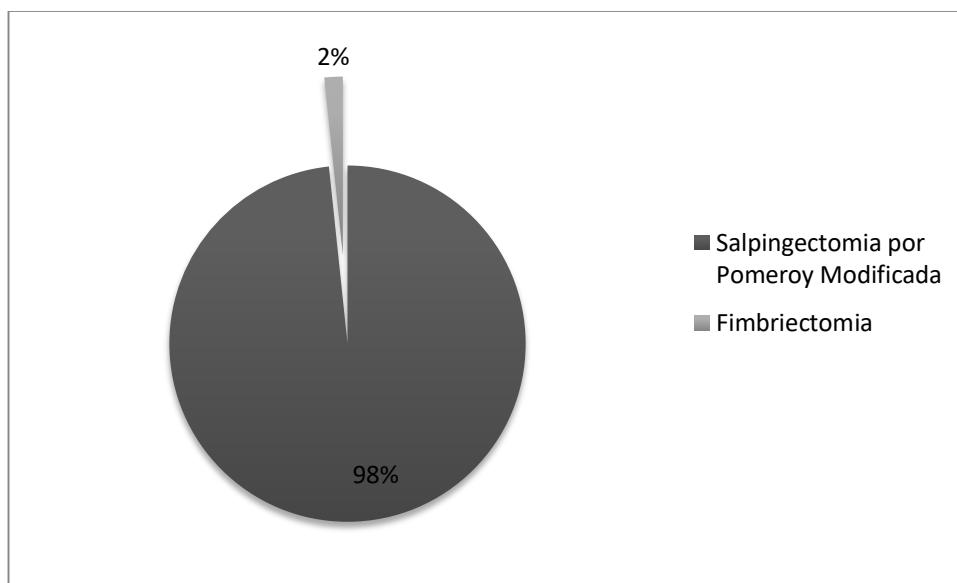


Fuente: formulario de recolección.

Gráfico 2. Tipos de Diéresis en el parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA 2017

Análisis de Resultados

El gráfico N° 2 sobre los tipos de diéresis que se utilizan en el parto por Cesárea estudiadas, se aprecia que la diéresis manual fue la más frecuentemente utilizada con un 75% (n=113) en tanto que la diéresis instrumental solo se utilizó en el 25% de los casos (n=37).

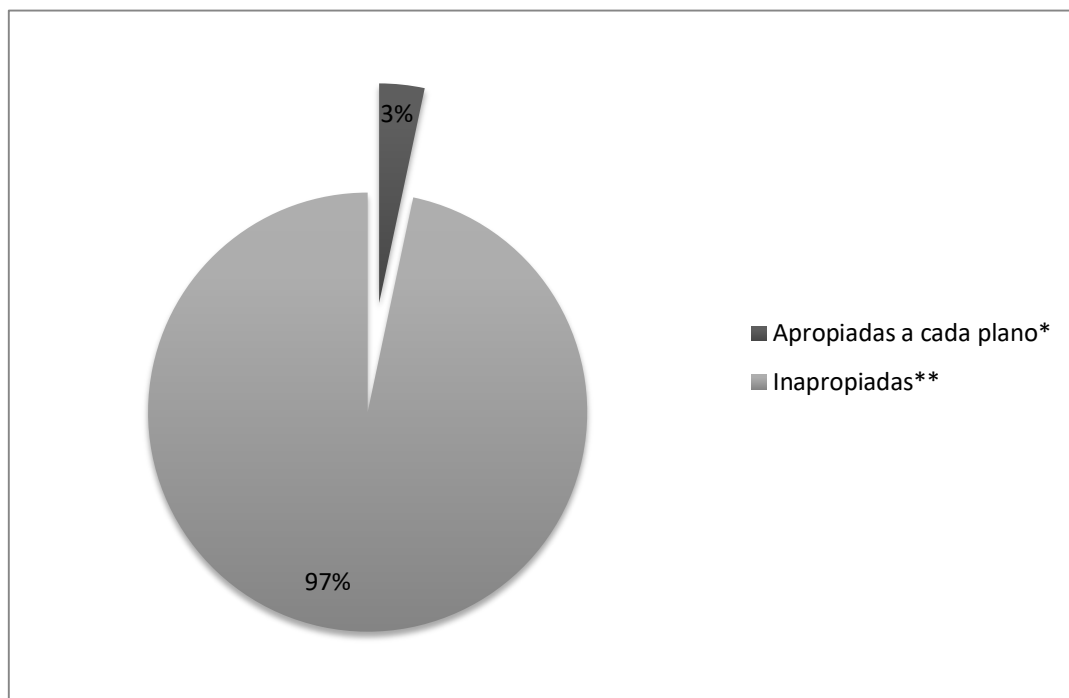


Fuente: formulario de recolección

Gráfico 3. Tipos de Esterilización Utilizadas en el Parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA 2017.

Análisis de los resultados.

En el gráfico N° 3, se muestra el tipo de esterilización quirúrgica utilizadas en el parto por Cesárea en el servicio de Obstetricia del HUAPA durante el periodo de estudio, observamos como la técnica más utilizada es la Salpingectomia Pomeroy Modificada en un 98% (n=59), mientras que la Fimbriectomia solo se realizó en un 2% (n=1) de los casos.



* Apropiadas a todos los planos: histerorrafia: Crómico 1, musculo: crómico 0, aponeurosis: Vycril 1, subcutáneo: crómico 2-0, piel: Nylon 2-0. **Inapropiadas: utilización de al menos un plano con una sutura diferente a las establecidas como apropiadas a cada plano (histerorrafia cromico 2, Vycril 0 o Vycril 1; Aponeurosis Vycril 0).

Fuente: Formulario de recolección.

Gráfico 4. Tipos de Suturas utilizadas en el Parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA 2017

Análisis de Resultados

En el Gráfico N°4 acerca de los tipos de suturas utilizadas en el Parto por Cesárea en este hospital durante el periodo de estudio, se evidencia que en el 97% de los casos las suturas utilizadas fueron inapropiadas en al menos un plano y solo se utilizaron en un 3% (n=5) de los casos las suturas recomendadas a cada plano.

Tabla 3. Indicaciones del parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA. 2017

INDICACIONES	Fi	%
Cesáreas anteriores*	70	47%
Cuello no apto para inducción	21	14%
Falla de inducción	3	2%
Oligohidramnios	10	7%
THE**	9	6%
Sin Indicación Quirúrgica ***	14	9%
Síndrome Convulsivo****	2	1%
DFP (desproporción feto pélvica)	4	3%
Adolescente embarazada	2	1%
Cefalea de Etiología a Descartar	1	1%
Presentación viciosa*****	7	5%
Alteración del bienestar Fetal	2	1%
Hepatitis B	1	1%
Abruptio Placentae	1	1%
Embarazo gemelar	2	1%
Polihidramnios	1	1%
Total	150	100%

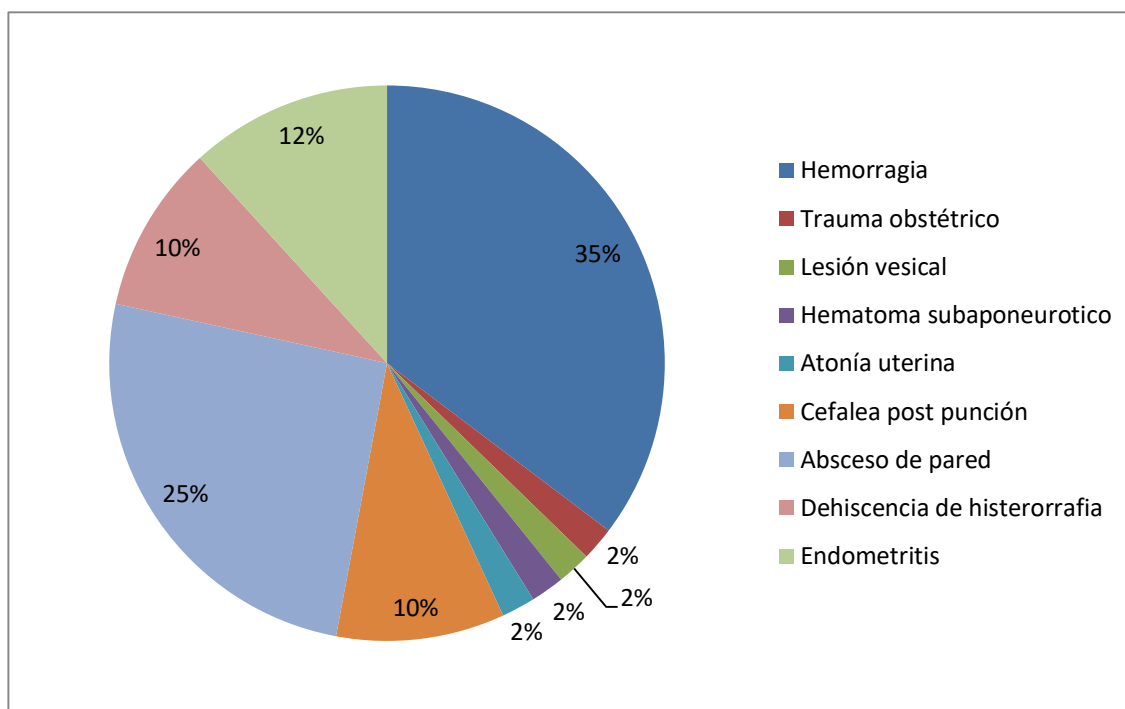
* Una o más cesáreas anteriores. **Cualquier trastorno hipertensivo del embarazo, ***Sin criterio absoluto o relativo para indicar una cesárea, **** Convulsión de cualquier etiología no relacionado con preeclampsia o eclampsia, *****Presentaciones diferentes a la presentación cefálica de vértice.

Fuente: formulario de recolección.

Análisis de resultados:

En la tabla N°. 3, sobre las principales indicaciones de parto por cesárea estudiadas, se encontró que la principal indicación fueron las cesáreas anteriores con un 47%, (n=70), es de notar que se reportó con relativa frecuencia la realización de cesáreas sin ninguna indicación establecida por la literatura y las pautas internacionales con un

9% (n=14). El menor caso de indicaciones con un 1% (n=1) fueron: Polihidramnios, Abruptio Placentae, cefalea de origen desconocido e infección por hepatitis B.



Fuente: formulario de recolección.

Gráfico 5. Complicaciones del parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del HUAPA. 2017

Análisis de Resultados

En el gráfico N° 5 sobre las complicaciones del parto por Cesárea en este hospital para 2017, se aprecia que la complicación más frecuente fue la hemorragia con un 35% (n= 18). Las complicaciones menos frecuentes estuvieron representadas por la lesión vesical, el hematoma de pared, el trauma obstétrico y la atonía uterina con 2% cada uno (n=1).

Tabla 4. Tiempo promedio de duración de la Cesárea en el servicio de Obstetricia del HUAPA. 2017

Tiempo quirúrgico			
Rango de Duración	Fi	%	Promedio
15 a 20	12	8%	19 min
21 a 25	28	19%	24 min
26 a 30	38	25%	29 min
31 a 35	27	18%	34 min
36 a 40	17	11%	39 min
41 a 45	12	8%	44 min
46 a 50	8	5%	48 min
51 a 55	6	4%	53 min
56 a 60	2	2%	60 min
Total	150	100%	

Fuente: formulario de recolección.

Análisis de Resultados:

En la Tabla N° 4 acerca del tiempo promedio de duración de las cesáreas realizadas en el presente estudio, este osciló entre un promedio de 19 minutos el menor tiempo realizado, con un 8 % de los casos (n=12) hasta un total de 60 minutos el de mayor tiempo realizada en 2% de las pacientes (n=2), sin embargo el tiempo promedio más frecuente fue de 29 min tiempo realizado en el 25% (n=38).

DISCUSION

En este estudio, se evidencia que la frecuencia del parto por cesárea es mucho mayor que lo sugerido por los organismos de salud internacionales. Observándose que el mismo supera en más de un 25% lo recomendado por la OMS que es de un 15% y la ACOG quien sugiere un 15,5%, lo que se asemeja a los resultados obtenidos por otros investigadores (2,16).

En cuanto a las características epidemiológicas de la muestra estudiada se encontró que la mayoría estuvo entre el rango de 26 a 30 años, lo cual coincide con los resultados de otros estudios realizados, lo cual se podría explicar porque el servicio de obstetricia, presenta una mayor demanda de pacientes mayores de 20 años, quienes están en edad reproductiva fértil (17, 18, 19).

Con respecto a los Tipos de técnica quirúrgica, se encontraron solo dos tipos de técnicas: la más frecuentemente utilizada en este estudio fue la incisión transversal de Pfannenstiel con un 99% independientemente de si existía o no cesárea previa. Y solo se utilizó la longitudinal, mediana infraumbilical en una paciente con Cesárea previa, estos resultados difieren de los obtenidos por otros autores en cuyos estudios la incisión longitudinal, mediana infraumbilical fue la más frecuente con un 66% y un 99%, respectivamente (20, 21). La laparotomía media infraumbilical se prefiere porque permite una potencial ampliación de la laparotomía hacia la porción superior del abdomen, cuando existe una cicatriz previa o en situaciones de urgencia. Esto se explica, porque en décadas pasadas tenían menos experiencia en cuanto a este tipo de cesárea y en la actualidad el tipo Pfannenstiel es el más frecuente por presentar menos complicaciones (22). A pesar de que ésta última supone menor daño vascular y nervioso y permite ser ampliada, la incisión transversa ofrece mejor resultado estético al seguir las líneas de tensión de la piel, supone menor dolor postoperatorio y menor riesgo de eventración. (23)

Sobre los tipos de diéresis utilizadas, se evidencia que la diéresis manual o roma fue la más frecuentemente realizada, en tanto que la diéresis instrumental solo se utilizó en un pequeño porcentaje de los casos. Estos hallazgos son similares a los reportados por otros autores (24, 25). La apertura de los diferentes planos de la pared abdominal mediante disección roma se asocia a un menor tiempo operatorio y a una disminución de la morbilidad materna (menos fiebre puerperal) (26).

En cuanto a los tipos de esterilización quirúrgica utilizadas, se observó como la técnica más utilizada fue la Salpingectomía parcial tipo Pomeroy modificada, estos hallazgos son similares a lo obtenido por otro reporte (27). Grupos de expertos han recomendado la técnica de Pomeroy para ligadura tubárica, ya que es simple de efectuar; altamente eficaz (0 - 0,4 por ciento tasa de falla), posibilidad de efectuarla en el puerperio inmediato; puede efectuarse vía abdominal o vaginal, es potencialmente reversible y tiene una baja morbilidad (28, 29, 30, 31).

Acerca de los tipos de suturas utilizadas, se evidencia que en la mayoría de los casos las suturas utilizadas fueron inapropiadas en al menos un plano. Se han utilizado numerosas técnicas para el cierre de la pared uterina, según Schnapp C. y cols (2014) la técnica más frecuentemente utilizada es la sutura continua en uno o dos planos corridos o con vuelta atrás. También se puede realizar una sutura con puntos separados sin invaginar. El material de sutura puede ser catgut crómico o vycri# 0 ó #1. La fascia aponeurótica se cierra habitualmente con material reabsorbible (vycri# 0 con sutura corrida y el cierre del tejido celular subcutáneo con sutura corrida o puntos separados con material reabsorbible # 00. La piel puede afrontarse con sutura subdérmica o con puntos separados, esto difiere de nuestro estudio en cuanto a que no se utilizaron las suturas apropiadas según lo establecido en la literatura. (22)

En relación a las principales indicaciones para la realización de parto por cesárea se encontró que la principal indicación correspondió a cesáreas previas y a un porcentaje alto de pacientes se les realizó cesárea a pesar de no tener indicación quirúrgica

absoluta o relativa que justificara la misma, lo cual coincide con otros estudios realizados (19, 32, 33, 34). En este estudio difiere de los resultados obtenidos por otros investigadores donde las indicaciones más frecuentes fueron: sufrimiento fetal agudo y desproporción céfalo pélvica (35, 36, 37). La atención del parto por vía vaginal en mujeres con cesárea previa, ha descendido notablemente lo que es citado por muchos autores (38-47). Todo esto nos hace suponer que la cesárea previa en nuestro centro es una indicación casi absoluta para la realización de otra cesárea.

Con respecto a las complicaciones encontradas en nuestro estudio se evidenció que las complicaciones hemorrágicas ocuparon el primer lugar, lo cual es semejante a los resultados obtenidos por otros estudios (20, 48). Lo que podría explicarse porque las incisiones transversales tienen ciertas desventajas asociadas. Requieren algo más de tiempo y son relativamente más hemorrágicas. En ocasiones, se seccionan los nervios y la sección de múltiples planos de aponeurosis y de músculo pueden desencadenar la formación de espacios potenciales, con generación posterior de hematomas. Además, la mayoría de las incisiones transversales bajas impiden explorar la parte superior de la cavidad abdominal en forma adecuada. (49, 50, 51)

Acerca del tiempo promedio de duración de las cesáreas, este osciló entre un promedio de 19 a 60 minutos del total de la muestra analizada. En promedio tenemos que mediante la técnica de Pfannestiel existe una variación en la duración de la intervención que oscila en 39 ± 24 min, un tiempo relativamente corto a lo encontrado por otros autores que fueron en promedio de $62,5 \pm 12,9$ min y $60,8 \pm 15,2$ minutos, respectivamente. (52, 53) La reducción tanto del tiempo quirúrgico como del tiempo de extracción fetal es sumamente ventajosa en situaciones de urgencia y en las cirugías realizadas con anestesia general, pero la desventaja de la disminución del tiempo quirúrgico es que puede pasar desapercibido por los cirujanos daños menores de los vasos sanguíneos u otro tipo de lesión que pueden provocar complicaciones en la paciente. (55)

CONCLUSIONES

La prevalencia del parto por Cesárea en los últimos cinco años supera en más de 25% lo recomendado tanto por la OMS como por la ACOG.

En cuanto al grupo etario más frecuente en que se realizó parto por Cesárea fue en el correspondiente al rango entre los 26 y los 30 años de edad.

Las técnica quirúrgica más frecuentemente utilizada fue la incisión transversal de Pfannestiel independientemente de si existía o no cesárea previa.

La diéresis manual o roma fue la más frecuentemente utilizada, lo cual se asocia con tiempos operatorios más cortos.

La técnica quirúrgica más frecuentemente utilizada para la esterilización quirúrgica, fue la Salpingectomia parcial tipo Pomeroy modificada.

En la mayoría de los casos se utilizaron las suturas denominadas como inapropiadas a cada plano, según las recomendadas en muchas literaturas sobre el tema.

Las complicaciones más frecuentes fueron las hemorrágicas.

El tiempo promedio de duración de las cesáreas, en el presente estudio fue más corto que lo reportado en la mayoría de los estudios encontrados.

RECOMENDACIONES

- ✓ En vista de la alta prevalencia de cesáreas en este centro, se recomienda realizar un estudio donde se evalúe cuáles son las causas que contribuyen al aumento del parto por Cesárea en nuestro hospital.
- ✓ Promover una investigación que determine si el tiempo quirúrgico durante el parto por cesárea no es realmente una amenaza que influya en la calidad de la cesárea.
- ✓ Motivar estudios que evalúen el parto vaginal después de una cesárea.
- ✓ Se sugieren realizar estudios aleatorizados que comparen la disección digital con la cortante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Uzcategui O. Estado actual de la Cesárea. Gac Med Caracas. 2008; 116 (4):280-286.
2. Morales Gómez P, Hernández Martínez J, García Rojas J, Islas López E. Cesárea: beneficios y riesgos. Rev Invest Med Sur Mex. 2009; 8 (4): 181-184
3. Toledo S, Simões R, Bernardo L, Bernardo W, Salomão A, Baracat E, et al. Cesarea non request. Rev Assoc Med Bras. 2015; 61(4):296-307
4. Bamigboye A, Hofmeyr G. Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section: short- and long-term outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2014; (8): 1-79.
5. Ruiz-Sánchez J, Espino y Sosa S, Vallejos-Parés A, Durán-Arenas L. Cesárea: tendencias y resultados. Perinatol Reprod Hum. 2014; 28 (1): 33-40.
6. Torloni MR, Campos Mansilla B, Merialdi M, Betrán AP. What do popular Spanish women's magazines say about caesarean section? A 21-year survey. BJOG. 2014; 121(5):548-555.
7. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. Reprod Health. 2015; 12-57.
8. Mylonas I, Friesse K. Indications for and risks of elective cesarean section. Dtsch Arztebl Int. 2015; 112(29-30):489-495
9. Febrasgo, Simões R, Valadares Neto J, Bernardo W, Salomão A, Baracat E. Elective cesarean section for term breech delivery. Rev Assoc Med Bras. 2015; 61(5):391-402

10. Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gülmezoglu A, Torloni M. A systematic review of the Robson classification for caesarean section: what works, doesn't work and how to improve it. *PLoS One*. 2014; 9(6): 1-10.
11. Quinlan JD, Murphy NJ. Cesarean delivery: counseling issues and complication management. *Am Fam Physician*. 2015;91(3):178-184.
12. Visser GH. Women are designed to deliver vaginally and not by cesarean section: an obstetrician's view. *Neonatology*. 2015; 107(1):8-13.
13. O'Neill S, Kearney P, Kenny L, Henriksen T, Lutonski J, Greene R, et al. Caesarean delivery and subsequent pregnancy interval: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13:165.
14. Spong CY. Prevention of the first cesarean delivery. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2015; 42(2):377-380.
15. Maaloe N, Sorensen BL, Onesmo R, Secher NJ, Bygbjerg IC. Prolonged labour as indication for cesarean section: A quality assurance analysis by criterion based audit at two Tanzanian rural hospitals. *BJOG*. 2012; 119:605–613.
16. García E. Evolución del nacimiento por cesárea: El caso de México. *Dilemata*. 2015; 18: 27-43.
17. Astudillo D, Guillen C, Gayborg M. Prevalencia del parto por cesárea e identificación de su etiología en un Hospital de nivel III del Instituto Ecuatoriano de seguridad social. *Rev Med HJCA*. 2013; 5(1): 12-16.
18. Gelaw K, Aweke A, Astawesegn F, Demissie B, Zeleke L. Surgical site infection and its associated factors following cesarean section: a cross sectional study from a public hospital in Ethiopia. *Patient Safety in Surgery*. 2017; 11(18): 1-7.

19. Bustamante J, Vera O, Limo J, Patazca J. Frecuencia E Indicación De Cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque 2010- 2011. Rev. Cuerpo méd. HNAAA. Perú. 2014; 7(1): 6-12.
20. Clavijo I, Sánchez R. Incisión De Pfannenstiel En La Cesárea Primitiva. MEDISAN 1999; 3(1):36-41.
21. Godofredo C., Frecuencia e indicación de la cesárea en el Hospital De Tingo María. Ginecol Obstet. (Perú) 1999; 39 (17): 73-77
22. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert J. Operación Cesárea. Rev. Med. Clin. Condes. 2014; 25(6): 987-992
23. Rock J, Jones W. Te linde. Ginecología Quirúrgica Tomo I. 9na ed. Caracas. Editorial: Panamericana. 2006.
24. Magann Ef, Chauhan Sp, Bufkin L, Field K, Roberts We, Martin Jn. Intra-Operative Haemorrhage By Blunt Versus Sharp Expansion Of The Uterine Incision At Cesarean Section. Bjog 2002; 109: 448-452.
25. Smaill F, Hofmeyr Jg. Antibiotic Prophylaxis for Cesarean Section. Cochrane data Base Syst Rev 2 (2006).
26. Berghella V, Baxter, Chauhan S. Cesárea, técnica quirúrgica basada en la evidencia. Rev. Obstet. Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis TisnéBrousse. 2007; 2 (1): 79-85.
27. Shinar S, Blecher Y, Alpern S. et al. Arch Gynecol Obstet. Total bilateral salpingectomy versus partial bilateral salpingectomy for permanent sterilization during cesarean delivery 2017; 295: 1185-1189.
28. Bishop E, Nelms W. A simple metho of tubal sterilization. New York State Journal of Medicine. 1930: 39(4): 214-216.

29. Free M, Duncan G. New technology for voluntary sterilization. In: Benjamin B, Cox p, Peel J., eds Population and the new Biology. Proceedings of the Tenth Annual Symposium, of the Eugenics Society. London, 1973. New York Academic Press, 1974; 65-82.
30. Merz W. Sterilization. In: International Planned Parenthood Federation (IPPF). Preventive medicine and family planning. (Proceedings of the six conference of the Europe and Middle East Region of IPPF, Copenhagen, July 1966) London, IPPF, 1967; 80-92.
31. Poulson A, Analysis of female sterilization techniques Obstetrics and Gynecology. 1973;42(1): 131_135.
32. Barriga A, Bautista J, Navarro J. Indicación de cesárea en el Instituto Materno Infantil (IMI) Bogotá- Colombia. Serie de sasos. Rev FacMed. 2012; 60:111-115.
33. Liu Y, Wang X, Zou L, Ruan Y, Zhang W. An analysis of variations of indications and maternal-fetal prognosis for caesarean section in a tertiary hospital of Beijing. Medicine. Beijing. 2017; 96(7): 1-7.
34. Jáuregui M, Tapia I, Duque S, Gárate G, Montesdeoca G, Gaybor M. Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero–Diciembre de 2011. Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo. Ecuador. Rev. Méd HJCA 2014; 6 (1): 46-50
35. Barber E, Lundsberg L, Belanger K, Pettker C, Funai E, et al. Contributing Indications to the Rising Cesarean Delivery Rate. Obstet Gynecol. 2011; 118(1): 29–38.
36. Lepore G, Sampor, C, Storni M, Pardo P. Incidencia e Indicaciones De Cesáreas. Rev de Postg de la VIa Cát de Medicina. 2005;150:9-12

37. Pavón P, Gogiascoechea M, Ramírez M, Landa Victor. Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. *Revi Méd de la Univ Veracz*. 2002; 2 (2): 13-18.
38. Njim T, Choukem S, Mbu R. Cesarean sections in a secondary level care hospital of Cameroon: an analysis of their six-year trends and adverse neonatal outcomes *BMC Res Notes*. 2017; 10 (430): 1-5.
39. Farr SL, Jamieson DJ, Vásquez RH, Ahmed Y, HeiligMCh. Risks factors for cesarean delivey among Puerto Rican women. *Obstet Gynecol*. 2007; 109:1351-1357.
40. Li T, Rhoads GG, Smulian J, Demissie K, Wartenberg D, Kruse L. Physician cesarean delivery rate and risk -adjusted perinatol outcomes. *Obstet Gynecol*. 2003; 101:1204-1212.
41. Menacker R, Declerq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: Background, trends, and epidemiology. *Sem Perinatol*. 2006; 30:235-241.
42. Salinas P H, Carmona G S, Albornoz V J, Veloz R P, Terra V R, Marchant G R, et al. ¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2004;69:8-15.
43. Häger R, Oian P, Nilsen ST, Holm HÁ, Berg AB. The breakthrough series on cesarean section. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2006;126:173-175.
44. Farah N, Geary M, Connolly G, McKenna P. The caesarean rate in the Republic of Ireland in 1998. *Ir Med J*. 2003; 96:242-243.
45. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, Hauth JC, Bloom S, Varner MW, et al. The MFMU cesarean registry: Factor affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery? *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:1016-1023.

46. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Failed vaginal birth after a cesarean section: How risky is it? I. Maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184:1 365-1371.
47. Agüero O. Cesárea anterior y parto vaginal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1992; 52:135-139.
48. Anaya R, Madrigal S, Reveles J, Ramírez É, Frías G, Godínez J. Morbilidad materna asociada a operación cesárea. *Cir Ciruj.* 2008; 76 (6):467-472
49. Rock, Jones III. Histerectomía. Te Linde. *Ginecología Quirúrgica.* 10^a Edición. Editorial Panamericana. 12: 279-317
50. Drenzo GC, Rosati A, Cutuli A, Gerli S, Burnelli L, Liotta L, et al. A prospective trial of two procedures for performing cesarean section. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2001;185(1):124.
51. Saetta JP, Abel KP. The use of the Pfannenstiel incision in the female with presumed appendicitis. *Br J Clin Pract* 1990;44: 145–147.
52. Martínez D, Barrios E, Martínez D. Cesárea Misgav Ladach modificada en un hospital de tercer nivel. *Ginecol. Obstet. Mex.* 2012; 80(8):501-508.
53. Clavijo I, Sánchez R. Incisión de Pfannenstiel en la Cesárea Primitiva. *MEDISAN* 1999;3(1):36-41
54. Abalos E, Addo V, Brocklehurst P, El Sheikh M, Farrell B, Gray S, et al. Caesarean section surgical techniques (CORONIS): a fractional, factorial, unmasked, randomized controlled trial. *Lancet.* 2013; 382(9888):234-248.
55. Escribano J. Comparación de costes de la cesárea mediante técnicas de MisgavLdach y convencional con incisión de Pfannestiel. *Prog Obstet Ginecol.* 2004; 47(7):323-9.

APENDICE
APENDICE 1

**ESTADO ACTUAL DEL PARTO POR CESAREA EN EL SERVICIO DE
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO
DE ALCALA” (HUAPA)
CUMANA – SUCRE. 2017**

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre		Edad		TLF:	
Antecedentes personales			Antecedentes Ginecoobstetricos		
Embarazo actual. Diagnóstico.					
Diagnostico Ingreso.		Indicación			
		Asepsia correcta:_____			
		Lavado de manos_____			
Aasepsia y antisept. Pac_____					
Duración: H.I: H.F:		Tipo de anestesia: General_____ Peridural_____ Raquidea_____		Tipo de incisión abdominal: Fannestiel: Media infraumbilical: Otra:	
				Inc. Uterina: Kerr: Corporal: Otra:	

Esterilización Quirúrgica: Pomeroy Modificado: Fimbriectomia: Otra:		Oxitocina: Intramural_____ Ev_____.	Profilaxis antib. Antes corte de CU?____ Posterior?_____
Suturas adecuadas?_____ No adecuadas_____ Específique_____	Acceso a planos: Romo(manual): Instrumental:	Feto: Vivo: Lado materno:_____ Cuidados Intensivos _____ Muerto:	
Complic. Inmediatas	Complicaciones Mediatas	Complicaciones Tardías	

APENDICE 2

ESTADO ACTUAL DEL PARTO POR CESAREA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALA” (HUAPA) CUMANA – SUCRE. 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, C.I. _____;
Nacionalidad: _____; de _____ Años; domiciliado
en: _____, en pleno uso de mis
facultades mentales y por voluntad propia afirmo que se ha hecho de mi
conocimiento de un trabajo de investigación que se llevara cabo en el Servicio de
Obstetricia del HUAPA el cual lleva por nombre. **ESTADO ACTUAL DEL
PARTO POR CESAREA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALA”
(HUAPA) CUMANA – SUCRE. 2017**

Igualmente se ha solicitado mi colaboración para recabar información en un
formulario el cual es el instrumento de trabajo donde se recoge la información para
dicho estudio.

Además se me informo que no se me realizará ningún procedimiento médico o
exámen paraclínico, que este mismo no pone en riesgo mi salud e identidad, así
mismo estoy de acuerdo con contribuir con este estudio que tiene fines académicos
para lo cual no daré ni recibiré ningún beneficio económico.

Firma: _____

C.I.: _____

Fecha: _____

APENDICE 3

ESTADO ACTUAL DEL PARTO POR CESAREA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “ANTONIO PATRICIO DE ALCALA” (HUAPA) CUMANA – SUCRE. 2017

NOTA QUIRURGICA.

Bajo anestesia Raquídea, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles, se realiza incisión tipo Pfannenstiel (a dos traveses de dedo por encima de la sínfisis del pubis y de concavidad superior, de 12 o 15 cm), diéresis por planos, separación de músculos rectos anteriores, apertura de peritoneo parietal. Hallazgos: Útero grávido, segmento inferior formado, anexos dentro de límites normales. Se procede a realizar histerotomía arciforme tipo Kerr, previa disección del pliegue besico-uterino. Se obtiene RNAT/AEG, vivo de sexo_____ Apgar_____ y _____ puntos. Alumbramiento manual extrayendo placenta y anexos completos. Revisión y limpieza de cavidad uterina, histerorrafia en dos planos con Crómico 1. Revisión y limpieza de cavidad abdominal. Constatación de hemostasia. Cuenta completa de material médico quirúrgico. Salpingectomía parcial bilateral por técnica de Pomeroy modificada con crómico 0. Cierre de pared por planos: Miorrafia: crómico 0, aponeurosis: Vycril 1, subcutáneo Crómico 2-0, Piel: Nylon 2-0. Asepsia final.

Cirujano Obstetra:_____

1er Ayudante:_____

Monitor:_____

Anestesiólogo:_____

Instrumentista:_____

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Dr. Ángel R. Mota S.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Dra.Lilibet M. Rodríguez	CVLAC	10291046
	e-mail	lilibet1702@yahoo.es
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

Parto por Cesárea, Complicaciones, Indicaciones de cesárea, técnica quirúrgica.
Cesarean Delivery, Complications, Caesarean indications, surgical technique.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Postgrado de Ginecología y Obstetricia	Ginecología y Obstetricia

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el estado actual del parto por Cesárea en el Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario “Antonio Patricio de Alcalá”.

Material y Método: Se trató de un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, de corte transversal que analizó el estado actual del parto por cesáreas realizadas durante el periodo de estudio. La muestra estuvo representada por 150 gestantes con terminación de su embarazo por cesárea.

Resultados: La prevalencia de cesáreas en este estudio fue en promedio de 50,2% desde 2012 al 2016. La edad promedio de las pacientes estudiadas fue de 25,5 años. La incisión más utilizada fue la transversal de Pfannestiel. La diéresis manual fue la más reportada en un 75%. En el 97% de los casos las suturas utilizadas fueron inapropiadas en al menos un plano. La cesárea previa fue la indicación más frecuente. Las principales complicaciones fueron las hemorrágicas. En promedio tenemos que mediante la técnica de Pfannestiel la duración de la intervención oscila en 39 ± 24 min.

SUMMARY

Objective: To evaluate the current status of Cesarean delivery in the Obstetrics Service of the University Hospital "Antonio Patricio de Alcalá".

Material and Method: It was a descriptive, prospective, observational, cross-sectional study that analyzed the current state of delivery by caesarean sections performed during the study period. The sample was represented by 150 pregnant women with termination of their pregnancy by caesarean section.

Results: The prevalence of caesarean sections in this study was on average 50.2% from 2012 to 2016. The average age of the patients studied was 25.5 years. The most used incision was the cross section of Pfannestiel. The manual umlaut was the most reported in 75%. In 97% of the cases the sutures used were inappropriate in at least one plane. Previous caesarean section was the most frequent indication. The main complications were hemorrhagic. On average we have that by means of the technique of Pfannestiel the duration of the intervention oscillates in 39 ± 24 min.

Conclusions: The prevalence of Cesarean delivery in this hospital exceeds that recommended by WHO and ACOG.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Dra. Angel Mota	ROL	C A ☐ A S ☒ T U ☐ J U ☐
	CVLAC	11375581
	e-mail	amota@gmail.com
	e-mail	
Dra Karla Rivero	ROL	C A ☐ A S ☐ T U ☐ J U ☒
	CVLAC	14125656
	e-mail	
	e-mail	
Dr: Venencio Carrera	ROL	C A ☐ A S ☐ T U ☐ J U ☒
	CVLAC	8442251
	e-mail	
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año Mes Día

2017	12	15
------	----	----

Lenguaje: **SPA** _____

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
Especialista-rodriguezl.doc	Application/word

Alcance:

Espacial: _____ (Opcional)

Temporal: _____ (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo: Especialista en Ginecología y Obstetricia

Nivel Asociado con el Trabajo: Especialista

Área de Estudio: Ginecología y Obstetricia

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *Martínez*
FECHA *5/8/09* HORA *5:30*
Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,
Juan A. Bolanos Currelo
JUAN A. BOLANOS CURRELO
Secretario

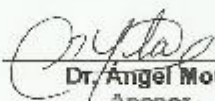
C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) : "Los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización".


Lilibet Rodríguez
Autor 1


Dr. Angel Mota
Asesor