



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLIVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-10-2024-06

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. ERNESTO MATHINSON Prof. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO y Prof. ALVARO PETIT, Reunidos en: Salon Dra. Mercedes Guiraza, Escuela de Medicina,

a la hora: 10am

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

PREPARACIÓN QUIRÚRGICA EN EMBARAZADAS SOLICITADAS POR CESÁREA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ ESTADO BOLÍVAR

Del Bachiller **González Bravo Izamar María** C.I.: 25552257, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	<input checked="" type="checkbox"/> APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	-----------------------------	--

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 15 días del mes de Octubre de 2024

Prof. ERNESTO MATHINSON
 Miembro Tutor

Prof. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO
 Miembro Principal

Prof. ALVARO PETIT
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMATE RODRIGUEZ
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado



ORIGINAL DACE



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-10-2024-06

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. ERNESTO MATHINSON Prof. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO y Prof. ALVARO PETIT, Reunidos en: Salon Dra. Mercedes Quiroga, Escuela de Medicina

a la hora: 10 am

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

PREPARACIÓN QUIRÚRGICA EN EMBARAZADAS SOLICITADAS POR CESÁREA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ ESTADO BOLÍVAR

Del Bachiller Mota blanca mariangi Carolina C.I.: 24184038, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	X	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN
-----------	----------	-----------------------------	---	------------------------------

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 15 días del mes de Octubre de 2024

Prof. ERNESTO MATHINSON
 Miembro Tutor

Prof. CARLOS RODRIGUEZ SOTILLO
 Miembro Principal

Prof. ALVARO PETIT
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMARILLO RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado

ORIGINAL DACE





UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr.: Francisco Virgilio Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

**PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA EN EMBARAZADAS
SOLICITADAS POR CESÁREA. COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO
BOLÍVAR. JUNIO - SEPTIEMBRE, 2023.**

Tutor académico:

Dr. Ernesto Mathinson

Trabajo de Grado Presentado por:

Br: González Bravo, Izamar María

C.I: 25.552.257

Br: Mota Blanca, Mariangi Carolina

C.I: 24.184.038

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, Octubre 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA.....	vii
RESUMEN.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	13
OBJETIVOS.....	15
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos.....	15
METODOLOGÍA.....	16
Tipo de estudio.....	16
Población.....	17
Muestra.....	17
Criterios de inclusión.....	18
Criterios de exclusión.....	19
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	19
Procedimiento.....	20
Validación del instrumento.....	22
Plan de tabulación y análisis de resultados.....	22
RESULTADOS.....	23
Tabla N° 1.....	26
Tabla N° 2.....	27
Tabla N° 3.....	28
Tabla N° 4.....	29
Tabla N° 5.....	30
Tabla N° 6.....	31

Tabla N° 7	32
Tabla N° 8	33
Tabla N° 9	34
Tabla N° 10	35
Tabla N° 11	36
Tabla N° 12	37
Tabla N° 13	38
DISCUSIÓN.....	39
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
APÉNDICES	52
Apéndice A.....	53

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO, gracias por ser nuestro guía en todo momento.

A nuestros padres y familiares, que nos brindaron su apoyo incondicional para culminar nuestra carrera universitaria.

A los docentes, que han sido parte de nuestro camino desde los inicios de las etapas de preescolar, escolar, bachillerato y universitario, gracias por transmitirnos los conocimientos necesarios para hoy poder estar aquí. Gracias de todo corazón por las enseñanzas brindadas a lo largo de estos años, ya que sus conocimientos han sido fuente de inspiración para continuar aprendiendo.

A la Universidad de Oriente, que nos ha exigido tanto, pero al mismo tiempo nos ha permitido obtener tan anhelado título como Médicos Cirujanos. Gracias por abrirnos las puertas y brindarnos la oportunidad de formarnos como profesionales.

A nuestro tutor, Dr. Ernesto Mathinson, por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones no hubiésemos podido culminar esta meta tan anhelada. Gracias por todos sus consejos, transmitirnos sus conocimientos y dedicación, que fueron fundamentales para nuestra formación académica.

A todas las personas, que de alguna u otra manera, nos apoyaron en la culminación de esta meta.

¡Gracias a todos ustedes! Izamar y Mariangi.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO, por guiarme y orientarme todos los días de mi vida.

A mis padres, Ysabel Bravo y Simón González, por siempre mostrarme su amor incondicional en todo momento, estando presentes siempre que los necesito frente a las adversidades y por celebrar mis triunfos como si fuesen suyos. ¡Los amo!

A mis hermanos, Willy Bravo, Jony Bravo, Simón Bravo, Carlos Bravo, Daniel González y Johan González, que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos académicos. Ustedes son los que con mucho cariño y amor me han impulsado siempre a seguir mis metas y nunca abandonarlas.

A mi otra familia, Iván Pulido, Egglis Hernández, Lucrecia De Sánchez, Miguel Pulido y German Pulido, por apoyarme y formar parte de mi desarrollo profesional.

A mi familia González Bravo: tías, tíos, primas y primos por alentarme y formar parte de mi evolución como persona y profesional, lugar que se caracteriza como familia donde el amor comienza y nunca termina.

A todos mis compañeros, muchos de ustedes se han convertido en mis amigos, por todas las historias vividas y apoyarme para que todo este trayecto fuese mucho más fácil y llevadero: Ángeles Gil, Luis Rivero, Lismar Vera, mi grupito de Internado Rotatorio: Ángela Jaimes, Jorge Peña.

A mis primeras amigas de inicio universitario y mi roomie Nayulis Figueras, por permanecer y apoyarme siempre, a ustedes Wuinnielys Santamaria, Wuindielys

Santamaria, Andrickmar García y en especial a my besties Evimar Reyes, quienes son más que amigas, se convirtieron en cómplices y hermanas.

A mi compañera de tesis Mariangi Mota, por formar parte de este exitoso y bonito camino y ser una gran compañera. Te deseo el mayor de los éxitos para tu vida, que DIOS te siga acompañando y bendiciendo para que logres ser una grandiosa profesional. ¡Te quiero mucho!

Izamar María, González Bravo.

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO, por ser el inspirador y darme fuerzas para culminar esta maravillosa meta.

A mis padres, Luis Mota y Rosa Blanca, quienes hicieron posible este sueño, que junto a mí, caminaron en todo momento y siempre fueron apoyo y fortaleza, mis logros también son suyos.

A mis hermanos: Eliangi Mota, Aníbal Mota, José Páez y a mi sobrina: Eriana Mota, mi corazón se llena de gratitud al recordar todas las risas, cariño y apoyo recibido a lo largo de este trayecto.

A mi abuela, Elmida Páez y mi tía Maritza Mota, quienes desde el cielo me acompañaron durante toda mi carrera, y son motivo de fortaleza e inspiración para seguir adelante.

A mi familia Mota y mi familia Páez: tíos, tías, primos, primas, por sus mensajes de aliento y apoyo durante toda mi carrera. En especial, a mi tía Ysmaira Mota, quiero expresar mi más profunda gratitud por su constante apoyo y cariño. A mis primos Rafael Franco y Alvelit Franco, por estar presentes durante mi etapa universitaria, por su brindarme su tiempo, amor y comprensión.

A mis compañeros y amigos, por los buenos momentos compartidos, en especial un cariñoso reconocimiento, a los que me han demostrado su apoyo y brindado sus consejos, estando presentes en momentos académicos y sociales: Norialic Yépez, María Yépez, Eylen Marcano, y Rosybel Moya.

A mi compañera de tesis, Izamar González, quien es mi amiga y ha sido mi compañera durante todo este largo recorrido, por acompañarme y darme tu apoyo en los momentos complicados. Te deseo el mayor de los éxitos para tu vida, que DIOS te siga acompañando y bendiciendo para que logres ser la profesional que siempre has soñado.

Mariangi Carolina, Mota Blanca.

**PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA EN EMBARAZADAS
SOLICITADAS POR CESÁREA. COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.
JUNIO - SEPTIEMBRE, 2023.
Br. González Bravo, Izamar María.Br. Mota Blanca, Mariangi Carolina.**

RESUMEN

Una cesárea puede definirse como la extracción del feto, placenta y membranas a través de una incisión en la pared abdominal. Por ello, la preparación prequirúrgica permite diagnosticar el estado de salud de las gestantes, prepararlas para la cesárea y establecer las recomendaciones sobre el mejor manejo médico en el periodo perioperatorio. Por esta razón, esta investigación tuvo como finalidad aplicar la preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea que asistieron al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, durante el periodo de junio a septiembre del año 2023, Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Metodológicamente, se efectuó un estudio bajo la modalidad descriptiva, de campo y transversal. Los resultados arrojaron que: la edad más frecuente se ubicó entre 17 - 23 años en un 44 % y el estado civil soltera predominó en 68 %. El grado académico bachiller prevaleció en un 64 % y la ocupación ama de casa 90 %. La edad gestacional más predominante se basó en 38 semanas en un 30 %; número de gestas de 0 - 3 preponderó con un 76 % y el control prenatal entre 4 – 6 sobresalió en un 50 %. El estrato socioeconómico sobresaliente fue clase IV denominado estrato obrero en un 48 %. La principal indicación de cesárea fue Hipertensión arterial con un 46 %. El diagnóstico preoperatorio más frecuente en las gestantes fue la desproporción fetopélvica en un 30 %. Al comparar los exámenes de laboratorio solicitados con los presentados por las gestantes al acudir a emergencia, prevaleció la hematología completa, por electiva en 32 % y emergencia con 36 %. Al cotejar la preparación prequirúrgica por electiva, el ítem cumplimiento abarcó un 32 %, mientras que por emergencia, sobresalió el renglón incumplimiento en 58 %. Al relacionar el nivel socioeconómico de las gestantes con el número de controles prenatales, se evidenció que, predominó el estrato obrero en 48 % según el control prenatal de 4 a 6 con 50 %. En conclusión, la preparación prequirúrgica permite corroborar que las gestantes estén en las mejores condiciones antes de la intervención quirúrgica, garantizando seguridad y eficacia para que la cesárea se lleve a cabo con la menor cantidad de complicaciones operatorias y postoperatorias.

Palabras claves: Cesárea, Desproporción fetopélvica, Gestantes, Hipertensión arterial, Preparación prequirúrgica.

INTRODUCCIÓN

Una cesárea puede definirse como la extracción del feto, placenta y membranas a través de una incisión en la pared abdominal por laparotomía (se abre la piel con bisturí frío y luego con el eléctrico se disecciona hasta llegar la aponeurosis, se abre la pared según la técnica a utilizar y luego se secciona el peritoneo con tijera. Se posicionan compresas laterales para evitar que el intestino caiga sobre el útero) y uterina por histerotomía (se abre el peritoneo visceral con pinza y tijera, se separa el plano que une el útero y la vejiga y se procede a realizar la histerotomía con bisturí frío que se amplía con tijeras) (Ministerio de Salud de Chile, 2015). Etimológicamente proviene del latín caedere, que significa cortar (Martínez, et al., 2015) y por eso a los recién nacidos por esa vía se les llamaba cesones o caesares en la Roma Imperial (Arencibia, 2002).

Destacando que, en un período de la historia de la cesárea se toma conciencia de las causas de muerte en esta operación y de las técnicas que se deben realizar, donde se señala que es a partir de 1876 en que se hace énfasis en la infección como primera causa de muerte, aspecto señalado por Cavallini desde 1868. Con la sutura uterina que practica Wiel desde 1835, entra esta operación en una nueva era de progreso. Para ello, se hizo necesario buscar la solución a dos problemas fundamentales: el alivio del dolor en las cirugías y la prevención de las infecciones que casi en la totalidad de los casos conducían a la muerte. En 1847, el ginecólogo y obstetra inglés James Young decidió probar los efectos del cloroformo y lo suministró con éxito a la esposa de un colega durante el parto y la niña fue bautizada con el nombre Anaesthesia (Delgado, 1998).

Asimismo, el hecho de abolir los dolores del parto suscitó reparos morales y religiosos, pero todas las reservas se desvanecieron cuando el obstetra John Snow,

considerado el padre de la Epidemiología contemporánea, suministró cloroformo a la reina Victoria durante el nacimiento del príncipe Leopoldo en 1853, y la reina aprobó inmediatamente la aplicación del método (Crosby, 1998; Hugin, 1989). En 1847 y ante la Sociedad Médica de Viena, Ignác Fülöp Semmelweis, afirmó que la fiebre puerperal se transmitía por la falta de limpieza de las manos del personal que asistía el parto, siendo el primero en reconocer la principal causa de la mortalidad puerperal, que en aquella época ascendía a cifras elevadas comenzó a prescribir cuidadosos lavados de manos con cloruro de calcio, notando la rápida disminución de la mortalidad (Gortvay, 1968).

En la actualidad, las cesáreas se clasifican en: (1) Cesárea electiva: es aquella intervención programada que se realiza antes del inicio del parto en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Estas deberán programarse a partir de la semana 39 de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad respiratoria fetal. (2) Cesárea en curso de parto o de recurso: se realiza durante el curso del parto, por indicación materna, fetal o mixta. Se incluyen: desproporción pélvico-fetal, fracaso de inducción, distocia de dilatación o de descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni el feto. (3) Cesárea urgente: es aquella que se realiza como consecuencia de una patología de la madre o del feto, en la que se sospecha compromiso del bienestar fetal (Protocolo de Medicina Maternofetal, 2018).

Cabe destacar, que ante el caso de una cesárea urgente, el tiempo seguro entre el diagnóstico y el inicio de la cesárea no debe superar los 30 minutos (estándar internacional). En el momento en el que se realice la indicación de cesárea, se informará al Anestesiólogo y se avisará al equipo de Neonatología. Se activará el código de cesárea urgente. También se habla de otro tipo de cesárea conocida como emergente, hace referencia a aquella que se indicará en situaciones en las que exista un riesgo vital para la madre y el feto como rotura uterina, prolapso de cordón

umbilical, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, placenta previa con hemorragia que comprometa el estado hemodinámico de la paciente y embolia del líquido amniótico. La extracción fetal se realiza en un tiempo menor a 5 minutos (Protocolo de Medicina Maternofetal, 2018).

A tal efecto, una cesárea es una buena solución a algunos problemas del parto, pero posee complicaciones propias del procedimiento, entre las cuales se pueden mencionar: quirúrgicas: lesiones vasculares, del tracto urinario o de asas intestinales; infecciosas: infección de la herida operatoria (3-5 %), mayor frecuencia de endometritis puerperal (comparado al parto vaginal); hemorrágicas: mayor frecuencia de inercia uterina y hemorragia postparto; tromboembólicas: mayor frecuencia de enfermedad tromboembólica; fetales: riesgo de lesión quirúrgica fetal, mayor frecuencia de taquipnea transitoria; obstétricas: riesgo de rotura uterina en un siguiente embarazo, aumento del riesgo de placenta previa y acretismo placentario (Manual Obstetricia y Ginecología, 2022).

Para inicios del siglo XIX, la práctica de la cesárea era muy polémica. Para reglamentar su ejercicio, la iglesia en el año 1804 expidió un documento que contenía indicaciones estrictas que limitaban su realización en el Nuevo Reino de Granada (hoy región de países como Colombia y Venezuela). Las instrucciones señalaban la importancia del rol del párroco para verificar la muerte de la mujer antes de realización de la cesárea. Los registros revelan que la primera cesárea realizada en Latinoamérica fue en el año 1820 en Venezuela. La mujer a la que se practicó la operación murió luego de dos días y su hijo, se dice que vivió hasta el año 1900 (Sánchez, 1971) De estas primeras realizaciones de cesáreas de las que hay registro se señalan tres grandes riesgos para las mujeres gestantes: eran altas las probabilidades de morir por hemorragia; una posible causa de muerte era por infección, ya que no se tenían conocimientos profundos sobre el uso de antibióticos; no existían

procedimientos adecuados para el manejo del dolor de esta intervención (Martínez, et al., 2015).

Por esto, al tratarse de un procedimiento de cirugía mayor requiere una preparación preoperatoria, y a pesar de los avances, la morbilidad materna sigue siendo tres veces mayor que en un parto vaginal. Cabe destacar, que la cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal y sin beneficios para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Desde esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 1985, refiere que es ideal mantener una tasa de cesáreas entre el 10 % a 15 % del total de nacimientos (OMS, 2015).

Ahora bien, en Europa se reporta una incidencia de partos vía cesárea del 21 %, en Estados Unidos 26 %, en Australia 23 %; sin embargo, en Chile este alcanza un 76 % en el sistema privado y un 40,5 % en el sistema público. En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública reportó un índice de cesáreas en el 2014 de 41,2 % (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016). El Ministerio de Salud de Nicaragua, registró para el año 2013 un total de 108.547 partos institucionales; 36.551 cesáreas de las cuales el 64,03 % eran cesáreas primitivas y 35,90% iteradas (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2013). Para el año 2018, el país de la región con la tasa más alta fue República Dominicana con un 58,1 %; seguido de Brasil con una tasa de 55,5 % y Venezuela con 52,4 %, Colombia 45,9 %, Paraguay 45,9 %, México 40,7 % y Cuba con 40,4 % (Boerma, et al., 2018).

Anteriormente, la cesárea se realizaba como último recurso y como medida desesperada por el dolor insoportable que provocaba. Por ello, el uso de compuestos

químicos para inducir un estado de anestesia se convirtió en un avance científico importante desde el siglo XIX con el descubrimiento de la anestesia general, ya que ha permitido llevar a efecto este tipo de intervenciones en pacientes que antes estaban fuera del alcance quirúrgico; siendo la evaluación preoperatoria muy relevante en la última década, principalmente debido a los siguientes hechos: aumento de pacientes añosos; el desarrollo de tecnología, que permite realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos fuera de pabellón, que requieren sedación o anestesia y la necesidad de contención de costos médicos (Kunze, 2017).

Por consiguiente, la preparación prequirúrgica o preoperatorio se define como el periodo que comprende el estudio y preparación del enfermo para la intervención quirúrgica. El mismo empieza con la entrevista inicial del cirujano con su paciente, que viene a representar uno de los momentos estratégicos de la relación. Termina el preoperatorio al iniciarse la anestesia en la sala de operaciones, momento en el que se inicia el transoperatorio. El estudio del paciente quirúrgico tiene la finalidad de llegar a un diagnóstico integral, que incluye tanto el conocimiento exacto de la patología quirúrgica que será tratada mediante cirugía, como del estado clínico general del enfermo. El manejo preoperatorio parte de la historia clínica y exploración física donde el cirujano y el equipo deben obtener un interrogatorio apropiado de cada paciente (McAneny, 2018).

Por tal motivo, se incluyen detalles acerca de la enfermedad actual, incluso el establecimiento de la agudeza, urgencia o naturaleza crónica del problema. El interrogatorio sobre el padecimiento actual no se confina necesariamente a la entrevista del paciente. Los familiares o tutores proporcionan información útil, y los registros externos pueden ser indispensables. Los documentos podrían incluir resultados recientes de análisis de laboratorio o de estudios de imágenes que evitan la necesidad de pruebas repetitivas y costosas. El interrogatorio sobre los antecedentes personales patológicos debe incluir operaciones previas, en especial cuando se

relacionan con la situación actual, enfermedades médicas, eventos adversos durante la intervención quirúrgica o la anestesia, problemas de las vías respiratorias y lista de medicamentos activos (Valdés y Martínez, 2012).

Según lo establecido en el Manual de aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía 2009 de la Organización Mundial de la Salud, debe haber una única persona encargada de realizar los controles de seguridad de la lista de verificación durante una operación. Por lo general, ese coordinador de la lista será un enfermero circulante, pero también podría ser cualquier clínico que participe en la operación. Dicha lista divide la operación en tres fases, cada una correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: el periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica, y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano (OMS, 2009).

Por tanto, dentro de la preparación preoperatoria para una cesárea se enuncian los siguientes requerimientos: Obtención del consentimiento informado por escrito asumiendo la paciente los riesgos propios de la cirugía; visita preanestésica: lo ideal es que sea realizada por el anesthesiólogo y la enfermera en la víspera de la cirugía, con el fin de tranquilizar a la paciente, evaluar el estado físico, clarificar las dudas de última hora y además para cuando la paciente llegue al quirófano, encuentre a alguien conocido. En esta visita se formula la medicación preanestésica (premedicación), es decir, vía venosa e hidratación, la anestesia raquídea produce hipotensión, lo que es prevenible mediante hidratación (Correa y Restrepo, 1986); antibióticos profilácticos: deben administrarse una hora antes de la cesárea (Secretaría de Salud de México, 2013).

Desde esta perspectiva, la cesárea se asocia en menor riesgo a la endometritis o infección con microorganismos multiresistentes, por ello, entre los antibióticos profilácticos que se tienden a utilizar son Cefazolina 1 g EV en peso materno menor a 80 kg, sobre 80 kg se usan 2 g EV y sobre 120 kg la dosis es 3 g EV. Si la dosis se administra 30-60 minutos antes de la cesárea, con una dosis es suficiente. Si la primera dosis es concomitante con la cesárea (cesárea de urgencia), se usan tres dosis con 8 horas de diferencia cada una. Las pacientes con factores de riesgo para infección puerperal deberán permanecer internadas por 72 horas, vigilando signos vitales, síntomas, herida quirúrgica, loquios, miembros inferiores, micción, presencia de evacuación intestinal, y antes del egreso hospitalario deberá tener biometría hemática completa dentro de los límites normales (Secretaría de Salud de México, 2013).

Aunado a esto, se contemplan otros requerimientos como: Anestesia, esta puede ser regional epidural combinada o espinal. Los factores que deciden una u otra dependerán de políticas del centro y/o preferencias de los operadores. La anestesia general se utiliza cuando la situación clínica no permite el uso de analgesia regional ya sea por extrema urgencia o condiciones médicas de la paciente (trastornos de la coagulación o dificultad de acceso a espacios intervertebrales); instalación de catéter vesical, esto es muy importante pues la vejiga llena se encontrará justo en la zona donde se realizará la histerotomía; preparación abdominal: rasurado suprapúbico y aseo completo con solución antiséptica, con especial énfasis en la vulva y el perineo; instalación de campos quirúrgicos; disponibilidad de sangre segura y compatible (Schnapp, et al., 2014).

Algo semejante ocurre cuando se trata de una cesárea electiva, la preparación preoperatoria se basa en: ayuno de ocho horas; vía venosa permeable que permita el paso rápido de volumen. Lo habitual es generar una hidratación pre-anestésica de 1000 ml, usualmente cristaloides que permitan compensar los cambios

hemodinámicos observados durante el inicio de la anestesia regional que disminuye en forma brusca la resistencia vascular periférica; antibióticos profilácticos según protocolo local, usualmente cefalosporina de primera generación e/v en una dosis; tricotomía de vello púbico realizada momentos antes de la cirugía; sonda vesical, que se coloca en el cuerpo para drenar y recolectar orina de la vejiga; lavado quirúrgico del campo operatorio (Schnapp, et al., 2014).

Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud realizó un estudio transversal en 359 establecimientos de salud de 29 países. Se seleccionaron aleatoriamente los países, las provincias y los establecimientos de salud mediante una estrategia de muestreo por grupos seleccionados en varias etapas, con estratificación. Entre mayo del 2010 y diciembre del 2011, se reclutó para el estudio a 314.623 mujeres de África, Asia, Mediterráneo Oriental y América Latina (Souza, et al., 2013a). Los establecimientos de salud situados por debajo de estos valores (es decir, los establecimientos con menos de un 30 % de nacimientos por cesárea y menos de 6,8 muertes perinatales asociadas al período intraparto por 1000 nacimientos) constituyeron la población de referencia, formada por 42.637 mujeres de 66 establecimientos de salud de 22 países (Souza, et al., 2016b).

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud estima que un nivel aceptable de parto vía cesárea es de un 15 % del total. En Europa se reporta una incidencia del 21 %, en Estados Unidos 26 %, en Australia 23 %; sin embargo, en Chile este alcanza un 76 % en el sistema privado y un 40,5 % en el sistema público. En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública reportó un índice de cesáreas en el 2014 de 41,2 % (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016). El Ministerio de Salud de Nicaragua, registró para el año 2013 un total de 108.547 partos institucionales; 36.551 cesáreas de las cuales el 64,03 % eran cesáreas primitivas y 35,90% iteradas (Ministerio de Salud de Nicaragua, 2013). Actualmente, el país de la región con la

tasa más alta es República Dominicana con un 58,1 %; seguido de Brasil con una tasa de 55,5 % y Venezuela con 52,4 % .

En Perú, en el año 2020 se efectuó una indagación con el propósito de determinar la incidencia y las indicaciones de cesáreas en el Hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018. Se aplicó un estudio de tipo descriptivo, no experimental, retrospectivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 626 partos por cesárea y la muestra por 232. La incidencia de los partos por cesárea fue 37,21 %; las gestantes cesareadas tenían entre 20 a 35 años de edad (70,70 %); 74,10 % nivel secundario; 54,80 % de zona urbana y 81,20 % de estado civil conviviente. En las características obstétricas se encontró: 72 % de las mujeres cesareadas eran multigestas, con embarazo a término 87 %, menos de 6 atenciones prenatales 38,1 % y el tipo de cesárea fue de emergencia en un 45,6%. La indicación materna fue Hipertensión inducida por el embarazo 35,1 %; la indicación fetal 38,90 % sufrimiento fetal agudo y la indicación ovular 41 % por ruptura prematura de membrana (Ramos, 2020).

En Quito-Ecuador, en el año 2019, se realizó una exploración para determinar el nivel de cumplimiento de la guía del Ministerio de Salud Pública “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. 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). El nivel de cumplimiento de la guía en los hospitales fue del 76 % de forma global. Por categorías fue del 99,50 % en información a embarazadas y familiares; 83,50 % exámenes preoperatorios y preparación para la cesárea; 68,90 % a técnicas de cesárea y con mayor incumplimiento en primer lugar fue la medición del pH arterial (100%), (Buitrón y Galarza, 2019).

En Honduras, en el año 2018, se elaboró un estudio con la finalidad de clasificar las cesáreas según el modelo de Robson en la unidad obstétrica de un hospital de nivel medio de complejidad. Se basó en una investigación descriptiva y transversal. Se seleccionaron 89 de 477 historias clínicas de pacientes sometidas a cesáreas electivas o de emergencia en el periodo del estudio mediante selección aleatoria probabilística. Se obtuvieron los siguientes resultados: de 797 partos 477 fueron por cesárea (59,8 %; IC 95 %: 56,3-63,3 %). Se clasificaron como embarazo sin riesgo 48 de las 89 cesáreas estudiadas (53,9 %) que hacen parte de las categorías 1 a 4; la indicación más frecuente en este grupo fue baja reserva fetal (45,8 %) y desproporción céfalo-pélvica (33,3 %). En el grupo de riesgo (categorías 5-10) en (46,1 %) las indicaciones fueron desproporción céfalo-pélvica y presentación pélvica (19,5%) respectivamente (Zúñiga, 2018).

En Paraguay, en el año 2017, se llevó a cabo una investigación con el objetivo de determinar las características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuentes en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Coronel Oviedo. Este estudio fue de tipo observacional descriptivo, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. La población estuvo conformada por 224 cesareadas. Obteniendo como resultados: la mediana de edad fue de 26 años, el rango etario más frecuente fue entre 20 a 24 años; de unión libre, de procedencia urbana, con estudios primarios, edad gestacional de término, nulíparas, que presentaron controles prenatales la mayoría, con diagnóstico preoperatorio ecográfico más frecuentes de desproporción cefalopélvica, con antecedente quirúrgico obstétrico de cesárea por primera vez (Burgos, 2017).

En Venezuela, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), expresa en su artículo 83 que, la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. Por lo tanto, el Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de

vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. En otras palabras, la salud y seguridad social es responsabilidad institucional del Poder Ejecutivo, a través de la planificación, diseño, organización, ejecución y control de las políticas de salud y seguridad social y de la supervisión y control de los entes adscritos bajo su jurisdicción, estableciendo características y principios que deben estar presentes en el Sistema Público Nacional de Salud intersectorial, descentralizado y participativo (CRBV, 1999).

Simultáneamente en Venezuela, los cambios y progresos tecnológicos: la medicina, al igual que otras ciencias y ramas del saber, se ha beneficiado con los cambios y progresos tecnológicos como son: la técnica quirúrgica, anestesia, antibióticos, transfusiones sanguíneas y asistencia médica en general. Todo ello ha traído como consecuencia una disminución de la morbilidad materna y la cesárea se ha convertido en una intervención muy segura (Nygaard y Cruikshank, 2003).

Seguido por el hecho de que las mujeres se sienten amparadas por las leyes que el gobierno sanciona y pone en vigencia, según el artículo 51 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, se establece que son actos de violencia obstétrica practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario (Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007).

La cesárea ha tenido un incremento que ha sido progresivo y acentuado a medida que transcurre el paso de los años, el cual se ha evidenciado en numerosos países, incluyendo a Venezuela. En Ciudad Bolívar, capital del estado Bolívar, aproximadamente en el tercer trimestre del año 2023, se llevaron a cabo 634 cesáreas electivas y de emergencia, cifra alarmante en comparación a los 765 partos que ocurrieron para el mismo periodo, representando un 45,31 % de las intervenciones

quirúrgicas efectuadas en esta capital, según datos suministrados por el Departamento de Registros Estadísticos del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez.

En función de lo planteado anteriormente expuesto, surgió la inquietud de desarrollar esta investigación con el propósito de verificar la aplicación de la preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea que asistieron al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, localizado en Ciudad Bolívar, estado Bolívar, durante junio - septiembre 2023; dado que, así se pueden establecer lineamientos para comprobar la ejecución de las fases preoperatorias, antes de continuar con el procedimiento quirúrgico y familiarizar esta práctica en los profesionales de la salud, integrando controles esquematizados de trabajo habituales y el pronunciamiento en voz fuerte, clara y audible de la ejecución de cada uno de esos pasos sin necesidad de intervención explícita por parte del coordinador de la lista de verificación maximizando la eficiencia de este procedimiento.

JUSTIFICACIÓN

En toda paciente embarazada, se debe realizar una valoración preoperatoria considerando todos los cambios fisiológicos del embarazo y el riesgo intrínseco del feto, como el aborto, óbito fetal y parto prematuro. Destacando que, el mayor riesgo de afectación fetal puede ocurrir durante el primer trimestre. Por lo que, es en esta etapa que se debe poner en perspectiva el riesgo operatorio de la madre con el riesgo del feto, así como las implicaciones de la intervención quirúrgica en la salud de la madre, durante el resto del embarazo. Por esta razón, el aumento de las tasas de cesárea constituye en la actualidad un motivo de preocupación en el ámbito de la salud pública, debido a los posibles riesgos maternos y perinatales asociados con este aumento.

Cabe destacar, que las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos, solamente, cuando son necesarias por motivos médicos. Principalmente, porque pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura, y para tratar los inconvenientes quirúrgicos.

Por esta razón, el manejo preoperatorio de cualquier paciente forma parte de un cuidado continuo que se extiende desde la consulta inicial del cirujano hasta su recuperación completa. Esto incluye una cultura de cuidados de calidad por parte de los profesionales de la salud, con estándares altos, dado que una operación exitosa depende de la comprensión del cirujano de los aspectos de la intervención (McAneny, 2018).

Desde esta perspectiva, esta indagación se planteó como un aporte al conocimiento, ya que a través del establecimiento y cumplimiento de la preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea justificada desde el punto de vista médico, se puede asegurar la realización de una intervención quirúrgica segura, principalmente porque la inequidad en el acceso a los servicios de salud y los altos costos de realización, son un obstáculo al momento de prevenir la morbimortalidad materna y perinatal, evitando así la afectación de la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro.

OBJETIVOS

Objetivo General

Aplicar la preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea que asistieron al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, durante el periodo de junio a septiembre del año 2023, Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Objetivos Específicos

1. Clasificar a la población objeto de estudio según edad y estado civil.
2. Detallar el grado académico y ocupación en las embarazadas.
3. Indagar sobre la edad gestacional, número de gestas y control prenatal de las embarazadas.
4. Señalar el estrato socioeconómico al que pertenecen las embarazadas.
5. Identificar las principales indicaciones de cesárea.
6. Establecer los diagnósticos preoperatorios más frecuentes en las gestantes.
7. Cotejar la preparación prequirúrgica por electiva y emergencia.
8. Comparar los exámenes de laboratorio solicitados con los presentados por las gestantes al acudir a emergencia.
9. Relacionar el nivel socioeconómico de las gestantes con el número de controles prenatales.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Esta investigación se efectuó bajo la modalidad descriptiva, de campo y transversal.

En este orden de ideas, se utilizó una investigación descriptiva, puesto que esta se encargó de puntualizar las características de la población a estudiar; principalmente, en la preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea que asistieron al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez como método de investigación observacional porque ninguna de las variables que forman parte del estudio estuvieron influenciadas. También describen tendencias de un grupo o población (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Asimismo, se aplicó una investigación de campo, dado que los datos fueron recogidos de forma directa de las embarazadas solicitadas por cesárea que asistieron al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Por esta razón, dicha indagación es definida como un análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo (Manual de trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales, 2014).

En este caso, se empleó una investigación transversal, ya que los datos se obtuvieron durante junio – septiembre del año 2023. Por lo tanto, se habla de una investigación transversal o transeccional porque involucra la observación o

evaluación de un fenómeno en un único punto temporal (Manual de Metodología de Investigación, 2021).

Población

La población de esta indagación estuvo formada por (634) cesáreas, las cuales fueron realizadas durante el periodo de cuatro meses (junio, julio, agosto y septiembre), en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez; la información fue extraída del departamento de estadística medica de la institución.

Muestra

La muestra representa una parte de la población. Con respecto a la muestra, estuvo constituida por (52) embarazadas solicitadas para cesáreas, pero solo (50) cumplían con los criterios de inclusión, mientras que las otras (02), no. Este estudio fue basado en la cantidad de muestras que pudimos constatar directamente en el horario de atención, el cual estaba pautado desde las 7: 00 am hasta la 1:00 pm, de lunes a viernes.

Si bien, parece insignificante, con respecto a la cantidad de cesáreas que se realizan en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, realmente no lo es, ya que se pudo evidenciar que (50) embarazadas, aun cuando es un número muy pequeño, es una representación válida para analizar. Esta es la muestra que se calificó, en ese horario y días, donde logramos observar de forma adecuada el grado de preparación quirúrgica de las pacientes, puesto que en ese horario se encuentran, en su mayoría, los especialistas y se solicita las intervenciones de electivas, funcionando un área en 3er piso exclusivamente para estas.

Sin embargo, se certificó que ese número íntimo sí corresponde a lo que sucede con la realidad de nuestro Complejo Hospitalario. Aunado a esto, se obtuvo que menos del 8,3% de las cesáreas solicitadas ocurren en horas de la mañana, dejando el resto en la tarde y noche, todas son solicitadas de emergencia. No obstante, se ha demostrado que las cesáreas solicitadas en horario matutino son electivas, haciendo la salvedad de que no son muy constantes, mientras que las de emergencia tienen mayor incidencia; por lo tanto, el uso del quirófano es limitado.

Ahora bien, en el itinerario antes mencionado se trabajó con un total de 480 horas, donde logramos tener contacto directo y aleatorio con 52 pacientes de cesáreas; esto es simplemente un 8,3% de la población. En este sentido, se destaca que restan 552 horas que abarcan el turno de la tarde, noche y fines de semana, en el cual se realizaron 582 cesáreas, equivalente a 91,7%, dándonos así un 100%. Es importante realzar que un aspecto que limitó la investigación fue la aprobación por parte de los representantes de las pacientes menores de edad, dado que muchos de estos no dieron su consentimiento para que ellas formaran parte del estudio, y otras no deseaban participar.

Criterios de inclusión

- Embarazadas con edades comprendidas entre 10 a 50 años que asistieron al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, durante junio – septiembre del año 2023; con criterios de cesárea.
- Embarazadas menores de edad cuyos representantes legales firmen el consentimiento informado para participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Embarazadas con criterios de parto vaginal. Casos contraindicados para la anestesia regional.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para obtener toda la información que sirvió para analizar y realizar las conclusiones y recomendaciones de esta investigación, se utilizó un instrumento de recolección de datos (APÉNDICE C) que estuvo constituido por dos (02) partes: la primera, recabó los datos sociodemográficos: edad, estado civil, grado académico, ocupación, edad gestacional, número de gestas, control prenatal y la segunda sobre preparación prequirúrgica, la cual fue extraída del Protocolo de Medicina Materno fetal del año 2018, con su respectivo listado de verificación prequirúrgica.

De igual manera, se manejó el Método Graffar Modificado (ANEXO 1); cuya finalidad consiste en conocer el estrato social al que pertenecen las embarazadas. Cabe destacar, que este método corresponde a una estratificación de la población a partir de las variables: profesión del jefe de la familia; nivel de instrucción del familiar y/o representante; fuente de ingreso y condición de la vivienda y así realizar la evaluación de las potencialidades que tiene la población para cubrir sus necesidades y para el desarrollo de sus capacidades (Méndez, 2016). Para ello, se aplicó la siguiente escala de medición:

PUNTAJE	CLASE	DENOMINACIÓN
4-6	I	Estrato Alto
7-9	II	Estrato Medio Alto
10-12	III	Estrato Medio Bajo

13-16	IV	Estrato Obrero
17-20	V	Estrato Pobreza Extrema

Procedimiento

- Para desarrollar esta investigación se realizaron las siguientes actividades:
- Informar mediante oficio a la Directiva del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, sobre la investigación a desarrollar en la Sala de Parto.
- Comunicar a todos los profesionales que ejercen labores en la Sala de Parto y a las embarazadas el objetivo general de la investigación.
- Solicitar consentimiento escrito a los representantes de las embarazadas menores de edad que deseen participar en esta indagación.
- Aplicar el instrumento a las embarazadas que asistieron a la Sala de Parto del Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez, en un lapso de 30 minutos.
- Organizar las jornadas de trabajo de lunes a viernes, en el turno de la mañana.
- Descripción del protocolo de preparación prequirúrgica

En el preoperatorio, se recomendó a las gestantes: la abstinencia de alcohol y suspensión del hábito de fumar durante 4 semanas o más, antes de la cirugía. Se llevó a cabo una evaluación nutricional preoperatoria de rutina, a fin de comprobar mediante la evaluación si el paciente estaba desnutrido. Se le realizaron exámenes para la detección sistemática del virus de inmunodeficiencia humana. en las mujeres susceptibles de realización de cesárea electiva se realizó una visita preoperatoria con el equipo de anestesiología.

En caso de patología materna, esta visita se debe realizar entre las semanas 30 y 34 de gestación y en el resto entre las semanas 36-39. Se dispuso de analítica realizada en el tercer trimestre que incluyó: hemoglobina basal o hematocrito, recuento de plaquetas y pruebas de coagulación para así identificar factores de riesgo anestésico, valorar la vía aérea, evaluar el tratamiento habitual, prescribir una adecuada premedicación, informar a la gestante del procedimiento anestésico y cuidados anestésicos periparto y obtener el consentimiento informado anestésico.

En la aplicación de las medidas preoperatorias a la admisión de la paciente, se llevó a cabo la monitorización fetal: auscultación FCF o RCTG fetal 20 minutos previa a la entrada a quirófano de la paciente. Se comprobó el ayuno de 6 a 8 horas. se colocó la vía venosa periférica. Se verificó si existe indicación de reserva de sangre. se llevó a cabo una presentación fetal y localización placentaria a través de una ecografía para conocer la estática fetal y la localización placentaria siendo recomendable en situaciones especiales como placenta previa, situación transversa, presentación podálica, gestaciones múltiples, útero polimiomatoso.

Se aplicó la profilaxis antibiótica para reducir significativamente la incidencia de fiebre postoperatoria, endometritis, infección de herida quirúrgica e infección de orina. La paciente obstétrica presenta un riesgo incrementado de broncoaspiración de contenido gástrico, especialmente en casos de vía aérea difícil que requieren ventilación manual. Las recomendaciones de ayuno preoperatorio en cesáreas programadas son: dos horas para líquidos claros, seis horas para sólidos y ocho horas para alimentos grasos. Como profilaxis farmacológica de la aspiración ácida se administró de forma combinada: un antagonista de receptores H2 (Ranitidina 50 mg IV) una hora antes de la intervención y antiácidos no particulados (citrato sódico 30 ml, VO) justo antes de iniciar la intervención. El citrato sódico aumenta el pH del estómago inmediatamente y durante aproximadamente una hora, mientras que los antagonistas de los receptores H2 requieren 30-40 min para ser efectivos. Se llevó a

cabo el recorte del vello antes de la cirugía mediante afeitadora intentando no lesionar la piel.

Validación del instrumento

El instrumento para determinar los datos sociodemográficos de las embarazadas solicitadas por cesárea que asistieron al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, durante junio – septiembre del año 2023, Ciudad Bolívar, estado Bolívar; fue validado por tres (03) profesionales de la salud especializados en Anestesiología, a fin de comprobar la relación entre las variables en estudio con los objetivos y los ítems descritos en el instrumento.

Plan de tabulación y análisis de resultados

Para llevar a cabo la tabulación y análisis de los resultados se procedió a organizar la información en tablas simples y de asociación para efectuar el análisis a través de porcentajes (%) absolutos y relativos.

RESULTADOS

En la tabla N° 1, se observó que las edades de las gestantes se distribuyeron principalmente de la siguiente manera: 17 - 23 años un 44 % (n = 22); 24 - 30 años con un 24 % (n = 12); 31 - 37 años en un 20 % (n = 10) y 38 - 44 años en 12 % (n = 6).

En la tabla N° 2, se registró el estado civil de las gestantes representado de la siguiente forma: soltera en un 68 % (n = 34); seguido por casada con un 28 % (n = 14) y por último, concubina en 4 % (n = 2).

En la tabla N° 3, se evidenció el grado académico de las gestantes, distribuido así: primaria en un 14 % (n = 7); bachiller en un 64 % (n = 32); técnico superior universitario en 2 % (n = 1), y universitario con un 20 % (n = 10).

En la tabla N° 4, se mostró que la ocupación de las gestantes se fraccionó de la siguiente manera: ama de casa con un 90 % (n = 45); farmacéuta un 2 % (n = 1); docente en un 4 % (n = 2); secretaria en 2 % (n = 1) y repostera con 2 % (n = 1).

En la tabla N° 5, se manifestó la edad gestacional de las embarazadas de la siguiente forma: 31 semanas un 2 % (n = 1); 32 semanas 2 % (n = 1); 33 semanas 4 % (n = 2); 34 semanas 4 % (n = 2); 35 semanas 8 % (n = 4); 36 semanas 2 % (n = 1); 37 semanas 12 % (n = 6); 38 semanas 30 % (n = 15); 39 semanas 22 % (n = 11); 40 semanas 10 % (n = 5) y 42 semanas 4 % (n = 2).

En la tabla N° 6, se indicó el número de gestas de las embarazadas caracterizado así: 0- 3 en un 76 % (n = 38); 4 - 6 con un 14 % (n = 7); 7 - 9 en un 8 % (n = 4); y por último, 13- 15 en 2 % (n = 1).

En la tabla N° 7, se indagó sobre el control prenatal de las embarazadas, por ello, se desglosó así: 0 - 3 en 22 % (n = 11); 4 - 6 con un 50 % (n = 25); y por último, 7 - 9 en un 28% (n = 14).

En la tabla N° 8, se señaló el estrato socioeconómico al que pertenecen las embarazadas: I Estrato Alto 6 % (n = 3); II Estrato Medio Alto en 12 % (n = 6); III Estrato Medio Bajo con un 32 % (n = 16); IV Estrato Obrero en un 48 % (n = 24); y V Estrato Pobreza Extrema con 2 % (n = 1).

En la tabla N° 9, se identificaron las principales indicaciones de cesárea para las embarazadas: hipertensión arterial 46 % (n = 23); ruptura de membrana 16 % (n = 8); contracción uterina dolorosa 14 % (n = 7); dolor abdominal 4 % (n = 2); alteración del estado de conciencia 2 % (n = 1); sangrado 10 % (n = 5) y sangrado y dolor pélvico 8 % (n = 4).

En la tabla N° 10, se estableció el diagnóstico preoperatorio más frecuente en las gestantes: desprendimiento prematuro de placenta 12 % (n = 9); desproporción fetopélvica 30 % (n = 15); eclampsia 20 % (n = 10); malformación congénita 2 % (n = 1); preeclampsia 28 % (n = 14); ruptura de membrana 2 % (n = 1).

En la tabla N° 11, se cotejó la preparación prequirúrgica por electiva y emergencia, destacando que el renglón cumplimiento se posicionó con un 32 % por electiva, mientras que por emergencia, sobresalió el renglón incumplimiento en 58 %. En este orden de ideas, el preoperatorio por electivas es mucho más factible porque permite comenzar con la revisión de las indicaciones médicas, seguido de un proceso de entrevista al paciente valorando experiencias previas, alergias y la capacidad o necesidades del paciente, también permite aplicar una mejor preparación psicológica al paciente, pues se puede facilitar la información sobre lo que va experimentar para poder reducir la ansiedad que provoca la cesárea.

En la tabla N° 12, se compararon los exámenes de laboratorio solicitados con los presentados por las gestantes al acudir a emergencia, prevaleciendo la hematología completa, por electiva en 32 % y emergencia con 36 %, destacando que dicho examen es realizado dentro de la institución a través del servicio de laboratorio. Para solicitar este examen se tomaron en cuenta características clínicas como el tipo e invasividad de la cirugía, en este caso la cesárea, edades extremas, enfermedad hepática, historia de anemia o sangrado.

En la tabla N° 13, se mostró la relación del nivel socioeconómico de las gestantes con el número de controles prenatales, por lo que, se observó que, predominó el IV Estrato Obrero en 48 % según control prenatal de 4 a 6 con 50 %, principalmente porque la asistencia médica impartida en el centro hospitalario es gratuita.

Tabla N° 1

Preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, según grupo etario. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Junio 2023 – Septiembre 2023.

Edad(años)	Total	
	Fr.	%
17 – 23	22	44
24 – 30	12	24
31 – 37	10	20
38 - 44	6	12
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (2023).

Tabla N° 2

Preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, según estado civil. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Junio 2023 – Septiembre 2023.

Estado civil	Total	
	Fr.	%
Soltera	34	68
Casada	14	28
Concubina	2	4
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (2023).

Tabla N° 3

Preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, según gradoacadémico. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Junio 2023 – Septiembre 2023.

Grado académico	Total	
	Fr.	%
Primaria	7	14
Bachiller	32	64
Técnico Superior Universitario	1	2
Universitario	10	20
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (2023).

Tabla N° 4

Preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, según ocupación. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Junio 2023 – Septiembre 2023.

Ocupación	Total	
	Fr.	%
Ama de casa	45	90
Farmacéuta	1	2
Docente	2	4
Secretaria	1	2
Repostera	1	2
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (2023).

Tabla N° 5

Preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, según edad gestacional. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Junio 2023 – Septiembre 2023.

Edad gestacional (semanas)	Total	
	Fr.	%
31	1	2
32	1	2
33	2	4
34	2	4
35	4	8
36	1	2
37	6	12
38	15	30
39	11	22
40	5	10
42	2	4
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (2023).

Tabla N° 6

Preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, según número de gestas. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Junio 2023 – Septiembre 2023.

Número de gestas	Total	
	Fr.	%
0 – 3	38	76
4 – 6	7	14
7 – 9	4	8
13 - 15	1	2
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (2023).

Tabla N° 7

Preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, según control prenatal. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Junio 2023 – Septiembre 2023.

Control prenatal	Total	
	Fr.	%
0 – 3	11	22
4 – 6	25	50
7 - 9	14	28
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (2023).

Tabla N° 8

Preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, según estratosocioeconómico. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Junio 2023 – Septiembre 2023.

Estrato socioeconómico	Total	
	Fr.	%
I Estrato Alto	3	6
II Estrato Medio Alto	6	12
III Estrato Medio Bajo	16	32
IV Estrato Obrero	24	48
V Estrato Pobreza Extrema	1	2
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (2023).

Tabla N° 9

Preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, según principales indicaciones. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Junio 2023 – Septiembre 2023.

Principales indicaciones	Total	
	Fr.	%
Hipertensión arterial	23	46
Ruptura de membrana	8	16
Contracción uterina dolorosa	7	14
Dolor abdominal	2	4
Alteración del estado de conciencia	1	2
Sangrado	5	10
Sangrado y dolor pélvico	4	8
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (2023).

Tabla N° 10

Preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, según diagnósticos preoperatorios más frecuentes. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Junio 2023 – Septiembre 2023.

Diagnósticos preoperatorios	Total	
	Fr.	%
Desprendimiento prematuro de placenta	9	12
Desproporción fetopélvica	15	30
Eclampsia	10	20
Malformación congénita	1	2
Preeclampsia	14	28
Ruptura de membrana	1	2
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (2023).

Tabla N° 11

Preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, según electiva y emergencia. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Junio 2023 – Septiembre 2023.

Preparación prequirúrgica	Por electiva		Emergencia		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Cumplimiento	16	32	5	10	21	42
Incumplimiento	0	0	29	58	29	58
Total	16	32	34	68	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (2023).

Tabla N° 12

Preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, según exámenes de laboratorio solicitados con los presentados por las gestantes al acudir a emergencia. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Junio 2023 – Septiembre 2023.

Exámenes de laboratorio solicitados	Exámenes de laboratorio presentados				Total	
	Por electiva		Emergencia		Fr	%
	Fr	%	Fr	%		
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Hematología completa	16	32	18	36	34	68
Uroanálisis	16	32	12	24	28	56
HIV	16	32	10	20	26	52
VDRL	16	32	8	16	24	48
PT	16	32	7	14	23	46
PTT	16	32	5	10	21	42
Total	16	32	34	68	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (2023).

Tabla N° 13

Preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, según estratosocioeconómico y número de controles prenatales. Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Junio 2023 – Septiembre 2023.

Control prenatal	Total							
	0 - 3		4 - 6		7 - 9			
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
I Estrato Alto	3	6	0	0	0	0	3	6
II Estrato Medio Alto	0	0	3	6	3	6	6	12
III Estrato Medio Bajo	2	4	8	16	6	12	16	32
IV Estrato Obrero	5	10	14	28	5	10	24	48
V Estrato Pobreza Extrema	1	2	0	0	0	0	1	2
Total	11	22	25	50	14	28	50	100

Fuente: Instrumento aplicado (2023).

DISCUSIÓN

Este estudio se llevó a cabo en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, ubicado en Ciudad Bolívar, estado Bolívar; con el objeto de aplicar la preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea.

Cabe destacar, que la preparación prequirúrgica se considera el conjunto de acciones realizadas al paciente previo al acto quirúrgico, con el propósito de garantizar condiciones óptimas de seguridad, confort e higiene; y a su vez, prevenir posibles complicaciones postoperatorias. Por lo que, se procede a informar al paciente y familiares del procedimiento a realizar, fomentando la colaboración del paciente según sus posibilidades, para así, preservar la intimidad y confidencialidad. Se basa en un estudio clínico exhaustivo junto con la evaluación anestésica, que permite que el paciente esté en las mejores condiciones, tanto físicas como psicológicas, para poder enfrentarse a la operación, por ello, se considera muy importante.

En este orden de ideas, la edad más frecuente se ubicó entre 17 - 23 años en un 44 %; el estado civil soltera predominó en la muestra con un 68 % y el grado académico que poseían las embarazadas fue bachiller en un 64 %; contrastando con la investigación llevada a cabo por Burgos (2017), en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo; donde los resultados arrojaron que: el rango etario de las gestantes más frecuente fue entre 20 a 24 años; de unión libre y con estudios primarios.

Además, la ocupación ama de casa prevaleció con un 90 %; la edad gestacional más predominante se basó en 38 semanas en un 30 %; número de gestas de 0 - 3 preponderó con un 38 % y el control prenatal entre 4 – 6 sobresalió en un 50 %; coincidiendo con el estudio efectuado por Ramos (2020), en el Hospital Iquitos César

Garayar García; cuyos resultados en la muestra, determinaron que las características obstétricas fueron: 72 % de las mujeres cesareadas eran multigestas; con embarazo a término 87 %; menos de 6 atenciones prenatales 38,1 % y el tipo de cesárea fue de emergencia en un 45,6%.

Adicionalmente, el estrato socioeconómico sobresaliente fue clase IV denominado estrato obrero en un 48 % y al identificar la principal indicación de cesárea se halló la Hipertensión arterial con un 46 %; divergiendo con la publicación formalizada por Ramos (2020), en el Hospital Iquitos César Garayar García; donde el 54,80 % procedía de la zona urbana y a su vez, correspondiendo con la indicación materna Hipertensión inducida por el embarazo en un 35,1 %.

A tal efecto, la desproporción fetopélvica se utiliza para describir una disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis materna, lo que se traduce en un enlentecimiento o detención de la dilatación cervical y el descenso de la cabeza fetal a pesar de la presencia de contracciones uterinas adecuadas, lo que impide el parto por vía vaginal (Cunningham, et al., 1998). Por ello, se ha convertido en la causa más importante de parto por cesárea en el mundo y en los países no desarrollados constituyendo un serio problema para la salud de la madre y el niño por nacer, principalmente porque los factores que participan en esta complicación del parto es el tamaño del feto, el tamaño de la pelvis materna y la naturaleza de la contracción uterina (Konje y Ladipo, 2000), debido a que el tamaño del feto es además influenciado por la talla de madre (Kwawukume, et al., 1993).

Aunado a esto, el diagnóstico preoperatorio más frecuente en las gestantes hace referencia a la desproporción fetopélvica en un 30 %; concordando con la indagación elaborada por Zuñiga (2018), en la unidad obstétrica de un hospital de nivel medio de complejidad; obteniendo en sus resultados que: la indicación más frecuente en este grupo fue baja reserva fetal (45,8 %) y desproporción céfalo-pélvica (33,3 %) y en el

grupo de riesgo (categorías 5-10) en 46,1 %, las indicaciones fueron desproporción céfalo-pélvica.

Al comparar los exámenes de laboratorio solicitados con los presentados por las gestantes al acudir a emergencia, prevaleció solo la hematología completa, por electiva y emergencia con 32 % y 36 %, respectivamente; difiriendo con la exploración de Buitrón y Galarza (2019) cuyo objetivo era determinar el nivel de cumplimiento de la guía del Ministerio de Salud Pública “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, donde los resultados arrojaron que el 83,50 % presentaron exámenes preoperatorios y preparación para la cesárea.

Además, al cotejar la preparación prequirúrgica por electiva, el ítem cumplimiento abarcó un 32 %, mientras que por emergencia, sobresalió el renglón incumplimiento en 58%; diferenciándose con la exploración de Buitrón y Galarza (2019) donde el nivel de cumplimiento de la guía en los hospitales fue del 76 % de forma global; 83,50 % exámenes preoperatorios y preparación para la cesárea; 68,90 % a técnicas de cesárea.

Asimismo, la relación del nivel socioeconómico de las gestantes con el número de controles prenatales, evidenció que, predominó clase IV denominado estrato obrero en 48 % según control prenatal de 4 a 6 con 50 %; coincidiendo con la pesquisa de Ramos (2020), realizado en el Hospital Iquitos César Garayar García, donde se encontró: 54,80 % de zona urbana y en las características obstétricas se encontró: 72 % de las mujeres cesareadas eran multigestas, con embarazo a término 87 % y menos de 6 atenciones prenatales 38,1 %.

CONCLUSIONES

- La edad más frecuente se ubicó entre 17 - 23 años en un 44 % y el estado civil soltera predominó en 68 %.
- El grado académico bachiller prevaleció en un 64 % y la ocupación ama de casa 90 %.
- La edad gestacional más predominante se basó en 38 semanas en un 30 %; número de gestas de 0 - 3 preponderó con un 76 % y el control prenatal entre 4 – 6 sobresalió en un 50 %.
- El estrato socioeconómico sobresaliente fue clase IV denominado estrato obrero en un 48 %.
- La principal indicación de cesárea fue Hipertensión arterial con un 46%.
- El diagnóstico preoperatorio más frecuente en las gestantes fue la desproporción fetopélvica en un 30 %.
- Al comparar los exámenes de laboratorio solicitados con los presentados por las gestantes al acudir a emergencia, prevaleció la hematología completa, por electiva en 32 % y emergencia con 36 %.
- Al cotejar la preparación prequirúrgica por electiva, el ítem cumplimiento abarcó un 32 %, mientras que por emergencia, sobresalió el renglón incumplimiento en 58 %.

RECOMENDACIONES

Aplicar la preparación prequirúrgica en las gestantes para así identificar los factores que potencialmente puedan poner en riesgo la vida de la paciente y/o el feto o bien que puedan condicionar efectos comórbidos y complicar el periodo postoperatorio.

Establecer que la preparación prequirúrgica se basará en proporcionar a las gestantes un plan quirúrgico personalizado para minimizar los riesgos quirúrgicos y las complicaciones postoperatorias.

Manifiestar a las gestantes que la preparación prequirúrgica debe ser de carácter obligatorio, dado que, las cesáreas son operaciones que requieren estancia hospitalaria postoperatoria.

Especificar a las gestantes que toda preparación prequirúrgica comienza con la entrevista con el cirujano, la valoración del estado de salud general a través de su historial, una exploración y una serie de pruebas clínicas y termina con el inicio de la anestesia en quirófano.

Explicar a las gestantes que la preparación prequirúrgica se realiza con el fin de minimizar los riesgos mediante la identificación de alteraciones corregibles y determinar si se requiere monitorización y tratamiento preoperatorio adicional.

Considerar en todo momento de la preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea, los cambios fisiológicos del embarazo y el riesgo intrínseco del feto, como el aborto, óbito fetal y parto prematuro, así como el riesgo de afectación fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arencibia, J. 2002. Operación Cesárea: Recuento Histórico. Rev Sal Púb. 4(2):170-85 [Serie en línea]. Disponible: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp> [Marzo, 2023].
- Boerma, T., Ronsmans, C., Dessalegn, Y., Melesse, D., Barros, A., Barros, F., Juan, L., et al. 2018. Epidemiología global del uso y disparidades en las cesáreas. Rev. Lancet. 392(10155):1341-1348. [Documento en Línea]. Disponible: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31928-7/fulltext?utm_campaign=tlcsec18&utm_content=78355997&utm_medium=social&utm_source=twitter#secestitle30](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/fulltext?utm_campaign=tlcsec18&utm_content=78355997&utm_medium=social&utm_source=twitter#secestitle30)
- Buitrón, T. y Galarza, D. 2019. Cumplimiento de la guía del Ministerio de Salud Pública “Atención del parto por cesárea” en los Hospitales de Especialidades de las FFAA N° 1 de Quito y Luis Gabriel Dávila de Tulcán durante el año 2017. Pontifica Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina. Ecuador. (Tesis de grado). pp. 125. Disponible: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16820/TESIS%20GALARZA%20%26%20BUITRON%202019.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Marzo, 2023].
- Burgos, D. 2017. Características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuentes en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Universidad Nacional de Caaguazú. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina. (Tesis de Grado). Paraguay. [Documento en Línea]. Disponible: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021633/caracteristicas-clinicas-en-gestantes-cesareadas-y-hallazgos-t_hQqYL0t.pdf [Marzo, 2023].

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV). 1999. Publicada en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860 de fecha 30 de diciembre de 1999 [Documento en Línea]. Disponible: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/ven/sp_ven-int-const.html&ved=2ahUKEwjzr8jy1KvaAhXhc98KHX1hC4cQFjAEegQIAhAB&usg=AovVaw1Iuf7EZ_cFFJxH9KHk7pdA [Marzo, 2023].

Correa, M., y Restrepo, N. 1986. Atención de enfermería en el pre, trans y postoperatorio. *Rev. Inv. y Educ. en Enf.* 4(1):93-119. Medellín.

Crosby, W.M. 1998. Cesarean sections rise to respectability. *Contemp Obstet Gynecol* (5):32-49.

Cunningham, F., McDonald, P., Gant, N., Leveno, K., Gilstrap, L., Hankins, G. y Clark. S. 1998. *Williams Obstetricia*. 20ª edición. Editorial Panamericana. Buenos Aires.

Delgado, G. 1998. Algunos aspectos históricos de la operación cesárea. *Cuad Hist Salud Pub.*84:14-26.

Gortvay, Z. 1968. *Semmelweis: his life and work*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. 2010. Metodología de la investigación. Cuarta edición. Editorial McGraw-Hill. México, D.F.
- Hugin, W. 1989. Anestesia: descubrimientos, avances, hitos históricos. Basilea: Roche.
- Konje, J. y Ladipo, O. 2000. Nutrición y obstrucción. Clin Nutrición. 72;291S-297S.
- Kunze, S. 2017. Evaluación preoperatoria en el siglo XXI. Rev. Méd. Clín. Las Condes. 28(5):661-670. [Documento en Línea]. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-evaluacion-preoperatoria-en-el-siglo-S0716864017301207> [Marzo, 2023].
- Kwawukume, E., Ghosh, T., Wilson. J. 1993. La altura materna como predictor del parto vaginal. Int J Gynaecol Obstet. 41:27-30.
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. 2007. Publicada en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Ordinaria N° 38.668 de fecha 23 de abril de 2007. Caracas. [Documento en Línea]. Disponible: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf [Marzo, 2023].
- Manual de Metodología de Investigación. 2021. Diseños de investigación. Universidad del Desarrollo. Facultad de Psicología. Chile. [Documento en línea]. Disponible: <https://psicologia.udd.cl/files/2021/04/Metodolog%C3%ADa-PsicologiaUDD-2-1.pdf> [Marzo, 2023].

Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. 2014. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Vicerrectorado de Investigación y Postgrado. Venezuela: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. p. 238.

Manual Obstetricia y Ginecología. 2022. Marzo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Decimotercera edición. [Documento en línea] Disponible: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2022/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2022_compressed.pdf [Marzo, 2023].

Martínez, G., Grimaldo, P., Vázquez, G., Reyes, C., Torres, G., Escudero, G. 2015. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Revista Médica IMSS. 53(5). [Documento en línea]. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf>

Martínez, G., Grimaldo-Valenzuela, P., Vázquez, G., Reyes-Segovia, C., Torres-Luna, G., Escudero-Lourdes, G. 2015. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc; 53(5):608-15 [Documento en línea]. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf> [Marzo, 2023].

McAneny, D. 2018. Preparación preoperatoria. Doherty G.M. (Ed.). Diagnóstico y tratamientos quirúrgicos. Decima cuarta edición. Editorial

McGraw Hill. México, D.F. [Documento en línea]. Disponible: <https://accessmedicina.mhmedical.com/cont>[Marzo, 2023].

Méndez, H. 2016. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos para las variables a utilizar para la obtención de la estratificación social son: Profesión del jefe del hogar. Nivel de instrucción de la esposa(o) o cónyuge del jefe del hogar. [En línea]. Disponible: www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&id=156&Itemid=38...3SOCIALES [Marzo, 2023].

Ministerio de Salud de Chile. 2015. Guía perinatal. Subsecretaría de Salud Pública. División Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Ciclo Vital. Programa Nacional Salud de la Mujer. Chile. Pp. 456. [Documento en línea] Disponible: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf [Marzo, 2023].

Ministerio de Salud de Nicaragua. 2013. Indicadores Básicos de Salud 2005-2013. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para las Américas. Organización Panamericana de la Salud. [Documento en línea]. Disponible: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52690/IndBasicoMatagalpa2015_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Marzo, 2023].

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2016. Boletín Nacimientos por Cesáreas 2013- 2016. Dirección Nacional de Estadísticas. Análisis de la Información de Salud. Ecuador. [Documento en línea].

Disponible: <https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2015/01/Boletin-Nacimientos-por-Cesáreas-2012-2016.pdf>
[Marzo, 2023].

Nygaard, I., Cruikshank, D. 2003. Should all women be offered elective cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 102:217-219.

Organización Mundial de la Salud. 2009a. Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de seguridad de la cirugía 2009: La cirugía segura salva vidas. Primera edición. Ginebra, Suiza. [Documento en línea] Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44233/9789243598598_spa.pdf;jsessionid=0CB84E1B85713EE4B3E53C56CFF4A357?sequence=1
[Marzo, 2023].

Organización Mundial de la Salud. 2015b. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Documento en línea] Disponible: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/#.VTQrx-M7A4Sk.email [Marzo, 2023].

Protocolo de Medicina Maternofetal. 2018. Protocolo: Cesárea. Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. España. Pp. 26. [Documento en línea]. Disponible: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf> [Marzo, 2023].

- Ramos, I. 2020. Incidencia e indicaciones de cesáreas en el hospital Iquitos César Garayar García de julio a diciembre 2018. Universidad Científica del Perú. Facultad de Ciencias de la Salud. Programa Académico de Obstetricia. (Tesis de Grado). Perú. . [Documento en línea]. Disponible: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1250/IBIS%20ADRIANA%20RAMOS%20GUERRA%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Marzo, 2023].
- Sánchez, F. 1971. La operación cesárea en Colombia. Recuento histórico. Rev. Colom. de Obst. y Ginec. 22(2):101-110. [Documento en línea]. Disponible: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/1306>
- Schnapp, C., Sepúlveda, E., Robert, J. 2014. Operación cesárea. Rev Méd Clín Las Condes, 25(5):987-992. [Serie en línea]. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706480> [Marzo, 2023].
- Secretaría de Salud de México. 2013. Cesárea segura: Lineamiento técnico. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Segunda edición. [Documento en línea] Disponible: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11089/Cesarea_Segura_2014.pdf [Marzo, 2023].
- Souza, J., Betrán, A., Dumont, A., de Muncio, B., Gibbs, C., Deneux- Tharaux, C., et al. 2016b. A global reference for caesarean section rates (C-

Model): a multicountry cross- sectional study. *BJOG*. 123:427–436.

Souza, J., Gülmezoglu, A., Vogel, J., Carroli, G., Lumbiganon, P., Qureshi, Z., et al. 2013a. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality. WHO. (Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross- sectional study. *Lancet*. 18(38):1747- 1755.

Valdés, R. y Martínez, S. 2012. Preoperatorio. Martínez, S. (Ed.). *Cirugía bases del conocimiento quirúrgico y apoyo en trauma*. Quinta edición. Editorial McGraw Hill. [Documento en línea]. Disponible: https://accessmedicina.mhmedical.com/content.a_spx?bookid=1466§ionid=101739402 [Marzo, 2023].

Zúñiga, A. 2018. Clasificación de cesáreas según el Modelo de Robson, Unidad Obstétrica, Hospital General San Felipe, Honduras, Abril-Junio 2017. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 70(1):19-26. (Tesis de Grado). Honduras. [Serie en línea]. Disponible: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v70n1/es_2463-0225-rcog-70-01-00019.pdf [Marzo, 2023].

APÉNDICES

Apéndice A**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE
PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA EN EMBARAZADAS SOLICITADAS
POR CESÁREA****I PARTE. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Edad: _____

Estado civil: _____

Grado académico: _____

Ocupación: _____

Edad gestacional: _____

Número de gestas: _____

Número de controles prenatales: _____

Paciente propuesta para cesárea por: _____

¿Fue evaluada previamente por el Servicio de Anestesia?

¿Qué exámenes de laboratorios solicitaron?_____
¿Posee enfermedades coexistentes o del embarazo?_____
¿Solicitaron otros exámenes o evaluaciones previos a la Cesárea?_____
¿Solicitaron algún material o medicamento para la realización de la Cesárea?_____
¿Cuánto tiempo transcurrió desde el ingreso hasta la Cesárea?

HOJAS DE METADATOS

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

Título	PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA EN EMBARAZADAS SOLICITADAS POR CESÁREA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR. JUNIO - SEPTIEMBRE, 2023.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
González Bravo, Izamar María	ORCID	
	e-mail:	izagonzalezb96@gmail.com
Mota Blanca, Mariangi Carolina	ORCID	
	e-mail:	mariangimota8@gmail.com

Palabras o frases claves:

Cesárea
Desproporción fetopélvica
Gestantes
Hipertensión arterial
Preparación prequirúrgica

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

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Departamento Servicio de Anestesiología	Ginecología
Línea de Investigación:	

Resumen (abstract):

Una cesárea puede definirse como la extracción del feto, placenta y membranas a través de una incisión en la pared abdominal. Por ello, la preparación prequirúrgica permite diagnosticar el estado de salud de las gestantes, prepararlas para la cesárea y establecer las recomendaciones sobre el mejor manejo médico en el periodo perioperatorio. Por esta razón, esta investigación tuvo como finalidad aplicar la preparación prequirúrgica en embarazadas solicitadas por cesárea que asistieron al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez, durante el periodo de junio a septiembre del año 2023, Ciudad Bolívar, estado Bolívar. Metodológicamente, se efectuó un estudio bajo la modalidad descriptiva, de campo y transversal. Los resultados arrojaron que: la edad más frecuente se ubicó entre 17 - 23 años en un 44 % y el estado civil soltera predominó en 68 %. El grado académico bachiller prevaleció en un 64 % y la ocupación ama de casa 90 %. La edad gestacional más predominante se basó en 38 semanas en un 30 %; número de gestas de 0 - 3 preponderó con un 76 % y el control prenatal entre 4 - 6 sobresalió en un 50 %. El estrato socioeconómico sobresaliente fue clase IV denominado estrato obrero en un 48 %. La principal indicación de cesárea fue Hipertensión arterial con un 46 %. El diagnóstico preoperatorio más frecuente en las gestantes fue la desproporción fetopélvica en un 30 %. Al comparar los exámenes de laboratorio solicitados con los presentados por las gestantes al acudir a emergencia, prevaleció la hematología completa, por electiva en 32 % y emergencia con 36 %. Al cotejar la preparación prequirúrgica por electiva, el ítem cumplimiento abarcó un 32 %, mientras que por emergencia, sobresalió el renglón incumplimiento en 58 %. Al relacionar el nivel socioeconómico de las gestantes con el número de controles prenatales, se evidenció que, predominó el estrato obrero en 48 % según el control prenatal de 4 a 6 con 50 %. En conclusión, la preparación prequirúrgica permite corroborar que las gestantes estén en las mejores condiciones antes de la intervención quirúrgica, garantizando seguridad y eficacia para que la cesárea se lleve a cabo con la menor cantidad de complicaciones operatorias y postoperatorias.

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

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dr. Ernesto Mathinson	ORCID				
	e-mail	manthinsone@ gmail.com			
	e-mail				
Dr. Alvaro Pettit	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	alvaropetit07@hotmail.com			
	e-mail				
Dr. Carlos Rodríguez	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	ORCID				
	e-mail	crr506@gmail.com			
	e-mail				

Fecha de discusión y aprobación:

2024	10	15
Año	Mes	Día

Lenguaje: español

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

Archivo(s):

Nombre de archivo
Preparación Prequirúrgica en Embarazadas Solicitadas por Cesárea. CHURYP. Cdad Bol Edo Bol. Junio - Septiembre 2023

Alcance:

Espacial:

Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, Estado Bolívar

Temporal:

Junio - Septiembre 2023

Título o Grado asociado con el trabajo:

Médico Cirujano

Nivel Asociado con el Trabajo:

Pregrado

Área de Estudio:

Dpto. de Medicina

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

CU N° 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.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Signature]
JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO
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

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.

AUTOR(ES)

Mariangi Mota

Br.Mota blanca mariangi Carolina
C.I.24184038
AUTOR

Izamar González

Br.González Bravo Izamar María
C.I.25552257
AUTOR

JURADOS

[Signature]

TUTOR: Prof. ERNESTO MATHINSON
C.I.N. _____

EMAIL: _____

[Signature]
JURADO Prof. CARLOS RODRIGUEZ
SOTILLO

C.I.N. 8088170

EMAIL: cvrs06@ymail.com

[Signature]

JURADO Prof. ALVARO PETIT
C.I.N. 12.191.555

EMAIL: alvaropetit07@hotmail.com



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Méndez c/c Columbo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
Teléfono (0285) 6324976