

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA
MÉDICA

UNIDAD DE POST GRADO



**BENEFICIOS DE CESÁREA MISGAV LADACH COMPARADA CON CESÁREA
CONVENCIONAL, EN HOSPITAL MUNICIPAL LOS ANDES, 2012.**

Postulante: Teresa Pinaya Chambi.
Tutor: Dr. Ronald Gutiérrez Michel

**Tesis de Grado presentada para optar al Título de Magister Scientiarum en
Salud Pública mención Epidemiología**

La Paz – Bolivia
2013

DEDICATORIA

A la familia: Base fundamental de la sociedad, de ella depende el progreso de los pueblos.

A las autoridades del Hospital Municipal Los Andes.

AGRADECIMIENTOS

A: Dios por ser nuestro guía, al Arcángel Miguel por cuidarme siempre.

A: Mis maestros dadores de ciencia y fortaleza.

A: La Universidad Mayor de San Andrés por abrimos sus puertas dándonos la oportunidad de prepararnos como profesionales y como personas.

**BENEFICIOS DE CESÁREA MISGAV LADACH COMPARADA
CON CESÁREA CONVENCIONAL, EN HOSPITAL MUNICIPAL
LOS ANDES, 2012.**

INDICE

Página

| | |
|--|----|
| RESUMEN..... | 1 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| 2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN..... | 6 |
| 3. MARCO TEORICO..... | 8 |
| TIPOS DE INCISION..... | 16 |
| 4. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA..... | 22 |
| 5. PREGUNTA DE INVESTIGACION..... | 25 |
| 6. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA..... | 25 |
| 7. HIPÓTESIS..... | 31 |
| 8. OBJETIVOS..... | 31 |
| 8.1. OBJETIVO GENERAL..... | 31 |
| 8.2. OBJETIVO ESPECÍFICO..... | 31 |
| 9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | 32 |
| 9.1. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIONES..... | 32 |
| 9.2. MEDICIONES..... | 33 |
| 9.2.1 UNIDAD DE OBSERVACIÓN (POBLACIÓN)..... | 34 |
| CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | 34 |
| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN..... | 34 |
| 9.2.1.1. UNIDAD DE OBSERVACIÓN..... | 38 |
| 9.2.1.2. MARCO MUESTRAL (MUESTREO)..... | 38 |
| 9.2.1.3. PLAN DE ANÁLISIS..... | 39 |
| 9.2.1.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS..... | 39 |
| 10. CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 41 |
| 11. RESULTADOS..... | 41 |
| 12. DISCUSIÓN..... | 54 |
| 13. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS..... | 58 |
| 14. CONCLUSIONES..... | 59 |
| 15. RECOMENDACIONES..... | 60 |
| 16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 61 |
| 17. ANEXOS..... | 65 |

RESUMEN ESTRUCTURADO

La cesárea es un medio quirúrgico, seguro con índices bajos de mortalidad materna y fetal, es el más desarrollado de la medicina perinatal moderna. Los estudios reportan utilidades de la operación cesárea y muchos de ellos muestran los beneficios del “no cierre” del peritoneo en el procedimiento quirúrgico, con mejores resultados que la técnica habitual a corto plazo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.- Para el presente estudio se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Será que la cesárea con técnica Misgav Ladach es beneficiosa comparada con la técnica de cesárea convencional en la resolución de embarazo a término en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Los Andes, de la ciudad de El Alto, en la gestión 2012?.

OBJETIVO GENERAL.- Determinar si la cesárea con técnica Misgav Ladach es beneficiosa comparada con la técnica de cesárea convencional en la resolución de embarazo a término en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Los Andes, de la ciudad de El Alto, en la gestión 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la presencia de dolor postoperatorio posterior a 24 horas, referido por las puérperas quirúrgicas, en ambos procedimientos
- Conocer la dosis de analgésicos administrados en el postoperatorio inmediato en ambas técnicas
- Comparar el tiempo operatorio entre la técnica Cesárea con técnica Misgav Ladach frente a la cesárea convencional
- Medir la cantidad de hilos usados en ambas técnicas.

- Comparar los días de internación de la técnica Cesárea con técnica Misgav Ladach frente a la cesárea convencional.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.- El presente estudio corresponde a un estudio de cohorte retrospectiva.

CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIONES.- La intervención es en ambientes del servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Los Andes de la ciudad de enero a octubre de 2012.

POBLACIÓN.- Gestantes que ingresan al servicio de urgencias con embarazo a término con indicación de cesárea, sean estas programadas o por emergencias.

MARCO MUESTRAL.- Se realizó el trabajo previo cálculo de tamaño muestral en paquete epinfo 6.0, versión 3.2.2, las gestantes sometidas a cesárea con técnica Misgav Ladach: 153 (exposición), comparadas con el grupo de cesárea convencional: 153 (no expuestos), en mismo periodo de enero a octubre de 2012, hacen un Total de: 306 gestantes. Se utilizó muestreo sistemático de casos consecutivos para ambos casos.

Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS 15,0 se realizó estadística descriptiva y analítica, Chi 2, t de student, RR, RAR, RRR y NNT.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.- Se cumplió con los criterios éticos, de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, solicitándose autorización a las autoridades del Hospital Municipal Los Andes para revisar las historias clínicas.

RESULTADOS.- El dolor postoperatorio referido por las puérperas pasadas las 24 horas, registrado en historia, evidencia que la cesárea

con técnica Misgav Ladach tiene un RR: 0.06 con IC 95% (0.02 – 0.26), con valor de χ^2 : 29.78, valor $p < 0,000$ estadísticamente significativo. La RAR: 19,5 indicándonos que se evita en 19,5 casos la percepción dolorosa en el postoperatorio por cada 100 casos tratados, la RRR: nos indica que se reduce la percepción dolorosa en 94% en las post operadas con cesárea con técnica Misgav Ladach en comparación a la cesárea Convencional, el NNT: 5, nos indica que para prevenir un caso, es necesario tratar a 5 personas con el nuevo tratamiento.

Los analgésicos administrados en el postoperatorio inmediato fue: metamizol de 500mg en el 100% de los postoperatorios en 2 dosis y 3 dosis. Con el uso de metamizol (2 dosis) dio un RR: 0,05 con un IC 95% (0,02 – 0,10), el valor de χ^2 : dio 236, el valor $p < 0,000$ que es estadísticamente significativa. La RAR: 92 que nos indica que se reduce en 92 casos el uso de metamizol 500mg en 3 dosis por cada 100 casos tratados, la RRR: indica que se reduce en 95% el uso del medicamento en 3 dosis, El NNT: 1 indicándonos que necesitamos tratar a un paciente con el nuevo tratamiento.

Al comparar el tiempo operatorio dio un promedio de 26,79 minutos +/- 3,19 en cesárea con técnica Misgav Ladach y 40,84 minutos +/- 8,40 en cesárea convencional, con IC 95% (26,28 - 27,30) para cesárea con técnica Misgav Ladach y (39,49 - 42,18) para cesárea convencional. La T de Student tiene un valor de $p < 0,000$ existe diferencias estadísticamente significativas.

El promedio de hilos usados es de 3,18 hilos +/- 0,38 en cesárea con técnica Misgav Ladach y 5,07 hilos +/- 0,57 en cesárea convencional, el IC 95% de (3,12 - 3,24) en cesárea con técnica Misgav Ladach con (4,98 - 5,16) en cesárea convencional. La T de Student tiene un valor $p < 0,000$ diferencia estadísticamente significativa.

La estadía hospitalaria dio un promedio de 3,15 días +/- 0,54 en cesárea con técnica Misgav Ladach y un promedio de 3,54 días +/- 0,91 en cesárea convencional. El IC 95% es (3,06 - 3,24) en cesárea con técnica Misgav Ladach y (3,40 - 3,69) en cesárea convencional. La T de Student tiene un valor $p < 0,000$ existe diferencia estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES: Las gestantes sometidas a operación cesárea con técnica Misgav Ladach presentan disminución de la percepción dolorosa en el postoperatorio mediato con menor uso de analgésico en el postoperatorio inmediato, disminución del tiempo quirúrgico, uso de menor cantidad de hilos, al introducir menor cantidad de hilos al organismo ofrece menor morbilidad, además se evidencia menor estancia hospitalaria por las puérperas sometidas a cesárea con técnica Misgav Ladach, en relación a la cesárea Convencional, al englobar toda esa serie de factores que combinados repercuten en una atención con calidad a la paciente y contribuyen a disminuir los costos de operación quirúrgica, optimizando el uso de recursos destinados para una operación cesárea que se ofrece a una gestante en la resolución de un embarazo sin afectar la calidad del manejo, indirectamente apoya a la optimización de recursos humanos y materiales que es importante en centros hospitalarios de nuestro medio, tomando cuenta que nuestro país es considerado en vías de desarrollo, donde se tiene pocos recursos económicos destinados al área de salud.

PALABRAS CLAVE: Cesárea, Técnica, Misgav Ladach, Convencional, Beneficio.

1. INTRODUCCIÓN:

El concepto de nacimiento de un niño vivo a través de una incisión abdominal tiene comienzo en épocas prehistóricas. En el folclore y la mitología de las culturas oriental y occidental aparecen referencias sobre los partos milagrosos, estos informes sobre este modo de parto corresponde al nacimiento de héroes y dioses que marcaban sus características heroicas donde la madre solía morir o estaba muerta en el momento del parto (Thompson, 1955).

La cesárea es un medio quirúrgico, seguro con índices bajos de mortalidad materna y fetal, siendo uno de los más desarrollos de la medicina perinatal moderna. Los estudios reportan las utilidades ofrecidas por la operación cesárea y muchos de ellos muestran beneficios del “no cierre” del peritoneo en el procedimiento, con mejores resultados que la técnica habitual a corto y largo plazo.¹

En los últimos años el porcentaje de cesáreas sufre un aumento a nivel mundial y de acuerdo a normas y protocolos existentes solo deben realizarse las cesáreas que estén estrictamente indicadas, pues la morbilidad y mortalidad materna es 3 - 10 veces mayor que en el parto normal. La mortalidad es de 4 a 10/10000 en operación cesárea, frente a 1-2/10000 en parto normal y generalmente se debe a hemorragias, sepsis o tromboembolismos.²

En Bolivia las complicaciones referidas a los embarazos son el 45%, en relación al estándar internacional que es menor al 15%. El año 2000, el 37% de las muertes maternas ocurrieron en servicios de salud, 7 de cada 10 muertes de mujeres podrían ser evitadas con la atención calificada del parto, donde la mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados durante el embarazo, parto, posparto y neonatal.³

En la obstetricia moderna existe bastante literatura fundada en medicina basada en evidencia que hace énfasis en las múltiples ventajas de la cesárea con técnica Misgav Ladach frente a la tradicional con desenlace eficiente en la recuperación de la gestante, mismas que se investiga en un centro hospitalario de la ciudad de El alto, para poder comparar los beneficios de una técnica operatoria frente a otra y coadyuvar con la calidad de atención a la gestante optimizando el tiempo operatorio, los insumos hospitalarios y los recursos humanos, debido a que los recursos económicos destinados al sector de Salud son muy escasos en nuestro país, donde muchas veces se trabaja con recursos económicos de donación.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

En 1882, comenzó la era del parto por cesárea, cuando Max Saenger introdujo la técnica de sutura del útero. El año 1996 en Estados Unidos se efectuó cesárea en el 20,7%, esa fue la tasa más baja registrada en la última década (Ventura, 1998). En 1970 la tasa global de cesárea fue del 5,5%. En 1988, la tasa alcanzó un 24,7% (Centers for Disease Control, 1995). Comparaciones internacionales muestran que Brasil y los Estados Unidos poseen las tasas de cesárea más elevadas en contraposición esta Checoslovaquia, Austria y Bélgica que tienen las tasas más bajas (Notzon y col., 1987; Notzon, 1990).⁴

Las ventajas de la operación cesárea son cada vez más evidentes pero cada día son más frecuentes los casos en los cuales el médico debe estar seguro sobre cuál es la mejor forma de resolver un embarazo, tomando en cuenta el avance de la ciencia, la modernidad obstétrica como la aparición de nuevas técnicas de operación cesárea (como la cesárea con técnica Misgav Ladach) y los indicadores de alto riesgo obstétrico con los que cursa la gestante, válido durante el embarazo y el trabajo de parto.

En Bolivia, según Estadísticas del Sistema Nacional de Información en

Salud (SNIS) del Ministerio de Salud y Deportes revelan que de 2010 a 2011, los partos aumentaron en un 7,45% (4.182 nacimientos). El total de partos vaginales en el país en el 2011 fue de: 130.336 mujeres, frente a 60.278 por cesárea. Estadísticas del SNIS indican que en el departamento de La Paz de 2010 a 2011 los nacimientos naturales aumentaron en 920 casos (2,93%) y las cesáreas en 131 (1,27%); En el año 2011, el Hospital La Paz reportó que hubo 6.600 partos. De ellos 4.500 fueron por vía vaginal y 2100 por operación cesárea. En el Hospital Municipal Los Andes de la ciudad de El Alto, el año 2011 se atendieron 2739 (76.6%) partos por vía vaginal y 832 (23,4%) cesáreas, que hacen un total de 3571 (100%) casos.

En nuestro país existen pocos trabajos realizados, dentro de ellos está la del Dr. Carlos Loayza, quien indica: en su tesis realizada el 2004, en Hospital Materno Infantil de la ciudad de La Paz refiere que la incidencia de cesárea es de 31% y que la operación con cesárea simplificada es eficiente frente a la cesárea con técnica Munro Kerr, hace referencia de que la técnica simplificada se realizó inicialmente en el Hospital Corazón de Jesús de la ciudad de El Alto en el año 1997 con los Doctores Ampuero y Loayza, posteriormente en el Maternológico 18 de mayo dependiente de la Caja Nacional de Salud con los Doctores Mansilla y Loayza. De forma similar ocurre en el Hospital Municipal Los Andes, donde se realiza las diferentes técnicas de cesáreas por los profesionales que trabajan en dicho centro Hospitalario.

En el Hospital Municipal Los Andes situada en la ciudad de El Alto, el departamento de estadística, indica que el porcentaje de cesáreas alcanzó un 21,5 % para la gestión 2010, en la gestión 2011, alcanzó el 23,5%, resultado que probablemente sería mayor si en el Hospital se resolviese la totalidad de las cesáreas, la que es coartada por ser un Hospital de segundo nivel, ya que no posee la capacidad de manejo de patologías muy complejas que requieren manejo en Hospital de III nivel,

motivo por el que las patologías complejas son referidas a otro centro Hospitalario. Al momento no se tiene estudios en éste centro que nos indique los indicadores de alto riesgo obstétrico más frecuentemente asociados a la decisión de cesárea, ni cuál es la técnica operatoria que más se realiza al brindar una atención oportuna a las gestantes que se someten a operación cesárea y con el fin de contribuir con las políticas actuales de salud que se implementan como indica el Plan Estratégico Nacional Para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal 2009 – 2015, como son los ciclos cortos de mejora continua de atención de parto con estandarización de prácticas en Obstetricia, en el Centro Hospitalario Los Andes se trabaja en lo posible brindando una atención con calidad.

Con base científica sobre las ventajas de cesárea con técnica Misgav Ladach versus la cesárea con técnica convencional (Munro Kerr), donde la manipulación de tejidos es mínima, con menor sangrado, menor exposición a tiempo anestésico además de uso de menor cantidad de hilos, menor tiempo operatorio que obviamente repercuten en una recuperación efectiva de la puérpera y que es ofrecida para la resolución del embarazo por los obstetras, el presente estudio se realiza para determinar los beneficios que ofrece la cesárea con técnica Misgav Ladach para la puérpera quirúrgica, por tanto se tiene la finalidad de determinar la utilidad, los beneficios indirectos que representa para el centro hospitalario con cada una de las técnicas.

3. MARCO TEÓRICO

En Bolivia de acuerdo a la Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna (EPMM), el año 2000, el riesgo de morir por una causa vinculada con el embarazo, parto o postparto alcanza a 11 por cada 1000 mujeres en edad fértil, con extremos marcados, es así que en Potosí llega a 19 por cada 1000 mujeres, en Tarija a 6 por cada 1000, las disparidades entre áreas geográficas es de 1 a 5 (área urbana: 5/1000; área rural de 23/1000). Según esta misma encuesta, la Razón de Mortalidad Materna es de 230

por 100,000 nv. Indicador que refleja las condiciones de vida y salud de las mujeres; los resultados de ENDSA 2003 muestran que la tendencia se mantiene en un estancamiento muy alto, lo que traduce en que cada año todavía mueren aproximadamente 700 mujeres como consecuencias de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto, a pesar de los esfuerzos desarrollados. En orden de importancia las principales causas biológicas de la muerte materna son: las hemorragias 33%, infecciones 17% y aborto 9%.¹

El Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal, apoya el derecho a la vida y la integridad física de mujeres, recién nacidos y del niño para disfrutar una vida sin violencia, el derecho a la identidad, cuyas metas son: Reducir la razón de mortalidad materna y las tasas de mortalidad neonatal y perinatal en Bolivia, para mejorar la calidad de vida de las mujeres y recién nacidos y nacidas hasta el año 2015, según metas trazadas en los objetivos del milenio (ODM). Reducir la razón de mortalidad materna en 40 % hasta el 2015. Reducir la tasa de mortalidad perinatal en 20% hasta el 2015.¹

El origen del nombre de operación cesárea es antiguo. Plinio el Viejo (23-79) en su Historia Natural, enciclopedia del conocimiento en su época, dice que el primero de los Césares llevó su nombre por el útero escindido de su madre y deriva el nombre de la palabra caesius, que quiere decir cortado, su opinión se mantuvo durante siglos. Pero, parece que no se refiere al parto de Cayo Julio César (101- 44 a NE), el gran conquistador, pues la madre de éste vivía en la época en que su célebre hijo atemorizaba al mundo con campaña de las Galias. La operación cesárea en mujer viva era inconcebible.⁴

Otros autores opinan que el nombre de César fue dado a la dinastía de los Julias, porque uno de sus miembros había dado muerte a un elefante, César en lengua púnica significa elefante y ven confirmada su opinión en

la existencia de monedas que muestran en su anverso la efigie de César y en su reverso un elefante que pisa una serpiente. También se piensa que el nombre de César deriva de caesius, azul grisáceo, porque los ojos de uno de los Césares tenía ese color. Otros creen que deriva de caesaries, del sánscrito kesara, que significa largos cabellos, pues en tiempos antiguos un cabello abundante era considerado como signo de regia dignidad.^{2,4,5}

La operación cesárea en la mujer muerta estuvo influida por regulaciones legales y religiosas. La primera indicación en Europa documentada está en el Digesto, colección de leyes romanas del emperador Justiniano (527-565), que dice: "La Lex regia prohíbe enterrar a una mujer muerta y embarazada antes de extraerle el fruto por escisión del abdomen."^{4,6}

Según una leyenda esta ley se atribuye a Numa Pompilio (715-675 antes de NE) segundo rey de Roma, sucesor de Rómulo (siglo VIII a NE), con su gemelo Remo (siglo VIII a NE) fundadores de Eterna. Opinión que no parece ser cierta, pues existe el criterio de que el último párrafo, en el que se dice, "Quien obra en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente", influenciado por el Cristianismo y su doctrina de que el niño posee un alma en el momento de la concepción, reconociéndose al feto como un hombre.^{4,5}

El verdadero creador del nombre de la operación cesárea fue el médico francés Francois Rousset (1530-1603) en 1581 en su monografía sobre la intervención quirúrgica, habla de una section Caesarienne y afirma que la palabra Caesar (César) está relacionada etimológicamente con operación cesárea.⁴

De acuerdo a la OMS, no existen argumentos que justifiquen una tasa de cesárea superior al 15%, considerando que los porcentajes superiores a éste son un indicador de mala calidad de atención obstétrica. El embarazo

y el parto son responsables del 40% de las internaciones hospitalarias, por tanto los procedimientos obstétricos contribuyen en forma importante con los gastos en salud. La calidad de atención y el modo del parto son importantes para las usuarias, para los médicos, para el público y para los que se encargan de crear los protocolos y las normas de atención.⁴

Chile en 1994 mostró una incidencia de 37,2 %. En 1986 el Brasil, muestran cifras de 32 % y en ciertas unidades superó el 70 % (Souza, 1994). En Argentina: 1992, hospitales no públicos de 2 ciudades revelaron cifras de 35 y 32 %. Un Hospital público mostró incrementos desde 8,9 % en 1979 a 17 % en 1992. En 1987, el Hospital mexicano de seguridad social mostró Valores de 31,2 %. Reportes de Venezuela muestran valores de 44,8 % en el ámbito Hospitalario (Faneite-Antique, 1986).⁷

Definición.- La cesárea es un procedimiento quirúrgico, que tiene como resultado el nacimiento de un niño a través de la pared abdominal. Cuya etiología es variada, existen causas: maternas, fetales, ovulares.^{5,6,7}

Grupo I. Distocias que ocupan el 30 % de las cesáreas:

Distocias del canal óseo del parto o distocia mecánica: incluyen desproporción céfalo-pélvica, estrechez absoluta, tumores previos, situaciones viciosas del feto: transversa, oblicua, monstruosidades fetales (monstruos dobles), etc.

Distocias de la dinámica o actividad uterina: incluye disdinamias, inversión del triple gradiente descendente, rigidez del cuello uterino y parto demorado o detenido.

Distocias del canal blando del parto: incluye aglutinación cervical irreductible (no es frecuente); cicatrices por operaciones al solucionar fístulas recto-vaginales y vesico-vaginales, afectaciones vulvo-vaginales

de origen viral con lesiones activas severas (herpes genital recidivante y activo), condilomatosis vulvar, pacientes operadas de colpoperineorrafia anterior y posterior, pacientes con carcinoma cervical en estadio I o superiores.

Grupo II. Enfermedades maternas propias o asociadas al embarazo:

Estados hipertensivos del embarazo (Hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia), Diabetes mellitus descompensada, Cardiopatías, en estas de enfermedades médicas, no existe evidencia de que la realización de una cesárea para terminar el embarazo, mejore el pronóstico materno o neonatal. En el caso de cuadros clínicos agudos inestables, la primera indicación es la estabilización del cuadro materno y no la terminación de la gestación.

Nefropatías. Ninguna nefropatía, incluso en pacientes con trasplantes renales, es indicación de cesárea. En caso de Retinopatías: Se llegó a un acuerdo entre obstetras y oftalmólogos limitándose su indicación a catarata congénita, glaucoma.

Aneurisma cerebral, hipertensión neurocraneal, operadas de traumas cerebrales. En estas pacientes sí se debe indicar la cesárea y en la misma debe administrarse anestesia general endotraqueal. En caso de Estatus epiléptico, se intentará la estabilidad médica del cuadro clínico y posteriormente la inducción del parto, si estuviese indicado.

Grupo III. Causas fetales: Sufrimiento fetal agudo intraparto, sufrimiento fetal agudo anteparto: si el diagnóstico se hizo por la presencia de taquicardia fetal, acompañada de bradicardias intermitentes más la presencia de líquido amniótico meconial (LAM) espeso ó bien por una flujometría Doppler con un flujo reverso en arteria umbilical, considere realizar la cesárea.

Macrosomía fetal: indicación de cesárea en fetos con peso de 4 500 g o más. En fetos de 4 000 a 4 500 g se evaluará a cada paciente individualmente. Feto en presentación pelviana, con condiciones desfavorables para el parto transpélvico.

Embarazo múltiple: el embarazo gemelar no es indicación de cesárea. Se debe evaluar a cada paciente de manera individual y según peso fetal, situación y presentación de cada feto. Otro caso es la: Incompatibilidad por factor Rh con peligro de muerte inminente.

En casos de muerte materna con feto vivo (cesárea postmortem): El pronóstico de estos fetos es sumamente desfavorable y el momento de decidir la intervención requiere diagnósticos precisos y cautela profesional.

Malformaciones fetales mayores: Incompatibles con la vida: no es indicación médicamente justificada para realizar cesárea, salvo que la malformación genere distocia. Existen dos condiciones que aconsejan la cesárea: volumen o ubicación de la malformación que comprometa el mecanismo del parto y compromiso de la vitalidad fetal).

Grupo IV. Causas anexiales (placenta, cordón y membranas):

1.- Placenta previa: En presencia de una placenta oclusiva total, y en algunos casos con sangrado activo que requiera la inmediata interrupción.

2.- Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta con feto vivo, se indicará cesárea inmediata.

Cordón umbilical: Al diagnosticar procúbico y prociencia de cordón en feto vivo. En el caso de membranas: se hará cesárea en rotura prematura de las membranas después de la falla de inducción y en la infección

ovular con malas condiciones para el parto (efectuar técnica extraperitoneal o también de aislamiento con lavado de arrastre peritoneal^{2,7,8}

La clasificación de las cesáreas por el tipo de procedimiento son:

- 1.- Peritoneales: Clásica, simplificada, hemostática, segmento corporal, corporal.
- 2.- Extraperitoneales: Son: la vaginal y otras abandonadas.³

DECISIÓN DE TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA OPERACIÓN CESÁREA

Una vez que se programa para operación cesárea debemos decidir el tipo de incisión abdominal que se efectuara, para ello se deben considerar muchos requisitos importantes para la operación cesárea, como ser: la existencia de buena exposición quirúrgica, la resistencia de la cicatriz, la comodidad de la paciente en su posoperatorio, la sencillez, la rapidez y la pericia del cirujano en el procedimiento.

Existen otros factores que interfieren como las cicatrices quirúrgicas anteriores, la solicitud de las gestantes por el aspecto estético, lo fundamental es lograr una amplia visión de los órganos pélvicos, en presencia de otras enfermedades asociadas como tumores de útero o de ovario y cirugías previas de abdomen. Es indispensable que el obstetra tenga conocimientos sobre la anatomía vascular y muscular del abdomen, se debe conocer en detalle la localización y las funciones de los músculos oblicuos externo e interno, el músculo transverso y los músculos rectos del abdomen, que se constituyen en el soporte principal de la pared abdominal anterior, localizar las aponeurosis faciales del abdomen y la irrigación sanguínea que es excelente, salvo en la línea blanca, donde es limitada.⁸

Asimismo se debe tener conocimientos sobre los materiales de sutura que se utilizan ya que estos influyen en la cicatrización de los tejidos, mismos que se clasifican en dos categorías: absorbible y no absorbibles, la sutura absorbible es degradada por el tejido en el sitio donde se le coloca; encontramos suturas absorbibles sintéticas y no sintéticas. Las suturas absorbibles no sintéticas: son el catgut fabricado a partir de los intestinos de la vaca y la oveja y está hecha de colágeno; actualmente disponible en forma simple o crómica, se usa en tejidos que cicatrizan velozmente, el catgut crómico (tratado con sales crómicas), resiste la absorción un periodo más dilatado que el catgut simple, ambos tipos de catgut son reabsorbidos rápidamente en presencia de infección, su uso se contraindica en heridas contaminadas o pacientes debilitados.⁹

La sutura sintética absorbible ha suplido casi totalmente la utilización del catgut, sus ventajas son que producen menos reacción inflamatoria en relación al catgut, es más fácil de manejar y tiene mayor resistencia a la presión. Todas las suturas manifiestan cierto grado de respuesta inflamatoria; los materiales naturales son los más irritantes, en relación a los monofilamentos sintéticos que son los menos irritantes, los trenzados sintéticos, absorbibles y no absorbibles tienen una posición intermedia. El efecto irritante retarda la cicatrización y favorece la capacidad de infección de los agentes patógenos.⁹

En Bolivia de acuerdo a las Normas Nacionales de Atención clínica (NNAC) de 2011, indica que: en II y III nivel, se debe programar cesárea en los indicadores de alto riesgo, para ello se debe proceder a: Internación, evaluación clínico quirúrgica, obtención del consentimiento informado. Para el procedimiento recomienda: Selección del tipo de incisión, incisión cutánea mediana (línea media abdominal infraumbilical) o incisión supra púbica transversa (Pfannenstiel, Joel-Cohen, Pelosi, Mouchel o Cherney), disección quirúrgica de pared abdominal por planos hasta extracción del producto, extracción de placenta y cierre de pared

hasta piel. Realizar control postnatal en 7 días a menos que presente *signos de peligro*: como dolor o secreción purulenta en región de herida operatoria, edema, hematoma en herida operatoria, dehiscencia de sutura, fiebre local o general, dolor abdominal, cefalea intensa, loquios fétidos, hemorragia genital. Para reducir el riesgo de una infección sugiere un cuidadoso manejo de los tejidos y una buena técnica quirúrgica.¹⁰

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS: Inicialmente se realizará la preparación de la piel, limpieza mecánica de materiales extraños, aplicación de jabón para eliminar la suciedad y grasa, se aplica antiséptico tópico, el tiempo de lavado (variable 1-5 minutos). También se debe preparar vagina: con solución antiséptica o con solución salina.

TIPOS DE INCISIÓN.- Existen múltiples incisiones, entre las incisiones de piel se tiene:

VERTICALES: Las incisiones verticales conocidas son las siguientes:
Mediana infraumbilical: Cuyas ventajas son: Acceso rápido a la cavidad abdominal, menos pérdida sanguínea, posibilidad de extensión paraumbilical, acceso al abdomen superior. Sus desventajas son mayor riesgo de dehiscencia de herida operatoria, hernia incisional.

La incisión paramediana es reportada con mayor resistencia pero no tiene ninguna ventaja estética y no tiene la ventaja de la velocidad de acceso por lo que no se utiliza.

TRANSVERSAS: Entre las incisiones transversas que se realizan tenemos: La Pfannenstiel, Maylard Cherney, Joel Cohen. Sus ventajas son mejor resultado estético, menos riesgo de dehiscencia o de herniación, mejor visualización de cavidad pélvica.

Sus desventajas son mayor pérdida sanguínea, mayor tiempo quirúrgico,

dificultad para extensión.

INCISIÓN PFANNENSTIEL: Es a 2 dedos por arriba de la sínfisis del pubis, con una curvatura anatómica del pliegue y de una longitud de + - 15 cm, continua con profundización a todo lo largo del tejido subcutáneo hasta la fascia de los rectos, se realiza un ojal en la línea media y se incide transversalmente las dos hojas de la fascia con tijera de mayo y con pinza con diente, se levantan y se disecan las hojas de los rectos por medio de pinzas de Köcher luego de separan los músculos rectos con los dedos o tijeras de disección si fuera necesario y luego de igual manera en el peritoneo parietal.

INCISIÓN MAYLARD: Incisión inicial a tres cm de la sínfisis totalmente transversal recta. Los músculos rectos abdominales son divididos.

CHERNEY: Los músculos rectos son deflecionados desde la base en el pubis con doble ligadura.

INCISIÓN JOEL COHEN: La incisión es a tres cm de la sínfisis. Se incide inicialmente de manera cortante solo en la línea media y luego se separan los tejidos subcutáneos y musculares con los dedos en una disección roma.

INCISIÓN EN ÚTERO.- Se tiene:

Segmentaria (Kerr), menor riesgo de incidir en segmento superior, fácil apertura, menor pérdida sanguínea, menor disección de la vejiga, menor probabilidad de adherencias, menor probabilidad de ruptura uterina, se debe de separar el pliegue vesicouterino para bajar la vejiga y descubrir adecuadamente el segmento uterino, luego se debe de incidir el útero en su parte central 2 - 3 cm por debajo de la inserción del ligamento vesicouterino. Se puede extender la incisión con tijeras o digitalmente en forma curvilínea extendiéndose lateralmente y alejándose de los vasos

uterinos.

Incisión vertical baja y clásica: Pacientes sin trabajo de parto, en segmento estrecho, con feto en transversa o en podálica prematuro. En presencia de Miomas o malformaciones uterinas.

Extracción Fetal: Tras la apertura del útero se debe flexionar la cabeza fetal y elevarla en dirección de la incisión del útero y una vez que el occipucio fetal este en la incisión se debe realizar una moderada presión sobre el fondo uterino para favorecer la expulsión de la cabeza.

Extracción de placenta: Se realiza con tensión controlada del cordón umbilical que está asociada a menor pérdida sanguínea y menor riesgo de endometritis, revisar la cavidad uterina para comprobar el alumbramiento completo realizando una revisión digital no traumática y sin barrido agresivo para no lesionar la decidua.

Cierre Uterino: Segmentaria.- En dos planos con puntos hemostáticos y puntos invaginantes (Cushing Lembert), con sutura absorbible: Catgut o Vicryl. El cierre en 1 plano: según estudios de Hauthy et. al (906 casos) que comprueba que el cierre en 1 plano disminuye el tiempo operatorio a 39 minutos versus 45 minutos sin mayores complicaciones postoperatorias y con menos puntos hemostáticos adicionales.

Cierre de peritoneo: La evidencia actual sugiere que el cierre del peritoneo se da espontáneamente en 48 - 72 horas y está asociado con tiempos operatorios más cortos y menos morbilidad febril y menos dolor postoperatorio.

El cierre de la fascia de los rectos se realiza con sutura absorbible de alta resistencia como el vicryl o sutura no absorbible como prolene.

El tejido subcutáneo se debe de afrontar solo si se el grosor es de más de 2 cm. El cierre de la piel de debe dar a criterio del cirujano tomando en cuenta la importancia del afrontamiento de los bordes de la piel.^{4,11}

Técnica de cesárea simplificada, (Pelosi).- En 1995, en Estados Unidos el Doctor Marco A. Pelosi II, explica un novedoso método para realizar la cesárea, simplificando varios de los pasos que tradicionalmente eran practicados y logrando mejores resultados en cuanto a recuperación y tiempos operatorios. Se inicia con incisión de Pfannenstiel, luego apertura del peritoneo parietal efectuándose un ojal y tracción transversal con ambos dedos índices. Se abre el peritoneo visceral con un ojal y luego tracción delicada transversal con ambos dedos índices. Se efectúa histerotomía con un ojal con bisturí y luego se introducen ambos dedos índices y por divulsión hacia los costados se amplía la brecha (se puede realizar la ampliación con tijera de disección), en forma de arco de concavidad superior y sin alcanzar las grandes ramas de las uterinas, luego se efectúa la amniotomía por pinzamiento, se extrae el producto por polo de presentación, luego la placenta y limpieza de cavidad uterina con gasa, se procede a histerorrafia en un plano con sutura continua o puntos pasados, el peritoneo visceral y parietal no se suturan, los músculos rectos anteriores no se suturan, la aponeurosis se sutura en forma continua sin pasar; el tejido celular subcutáneo no requiere sutura, la piel se sutura en forma intradérmica o tradicional.¹²

Cesárea con Técnica Misgav Ladach.- El año 1983, el Doctor Michael Stark empezó un novedoso método de cesárea y comunicó sus resultados el año 1994 en Montreal y en Copenhague el año 1997, lo llamó técnica Misgav Ladach, (nombre del Hospital de Jerusalén) donde se inició la práctica del procedimiento. El método Misgav Ladach respeta las estructuras anatómicas, sigue principios del minimalismo quirúrgico, resultando en un procedimiento más fisiológico que el clásico. En los últimos tiempos el método Misgav Ladach está siendo probado en

ensayos controlados, en centros de Suecia, Italia y Kenya y en América Latina. Las ventajas del método de Misgav Ladach incluyen: recuperación postoperatoria rápida, menos reacción febril, menos necesidad de antibióticos y analgésicos, retorno rápido de la función intestinal, menos adherencias peritoneales y en capas abdominales, se lleva a cabo utilizando solo tres suturas (un catgut crómico 1-0, un vicryl 1-0 y un nylon 3-0), menor tiempo quirúrgico, menor sangrado y menor estancia hospitalaria; estas ventajas devienen en un menor costo para las instituciones donde se las practica, lo cual es de resaltar en países en vías de desarrollo.¹³ La técnica de Misgav Ladach se inicia con una incisión Joel Cohen, que es la base principal de esta técnica, tracción de los vasos sanguíneos y las fibras nerviosas que tienen cierta elasticidad, desplazándolas hacia un lado, evitando desgarros y conservando la integridad anatómica de los tejidos, se halla mínimo sangrado y menor traumatismo de tejidos, que influye directamente en la recuperación de la paciente, no se sutura el peritoneo y se plantea que la reformación del tejido peritoneal resulta de la transformación de fibroblastos subperitoneales en una capa mesotelial intacta, que se cumple dentro las primeras 48 a 72 horas posterior al daño. Al aproximar los bordes peritoneales con sutura aumenta la necrosis tisular y la reacción a cuerpo extraño puede retardar el proceso cicatrizal.¹³

Una vez que se incide piel se procede a incisión del tejido subcutáneo en una extensión de 3 a 5 cm, hasta llegar a la aponeurosis que cubre los músculos rectos, luego se realiza incisión en dirección de la aponeurosis, en misma extensión, desprendiéndola del rafe medio se procede a divulsión y tracción de la aponeurosis junto con los músculos rectos, paralela a la incisión de la piel, la apertura del peritoneo parietal es con los dedos, incisión del segmento uterino a 1 cm por encima del repliegue vesicouterino, se procede a extracción fetal en cefálica o podálica, la extracción de la placenta es por tracción continua, se procede a escobillonaje de la cavidad uterina con gasa, histerorrafia en un plano con

sutura continua y cruzada con catgut crómico 1, el cierre de aponeurosis con sutura continua sin cruzar con vicryl 1-0, el Afronte del tejido celular subcutáneo solo si la profundidad es mayor de 2 cm, con catgut simple 2-0, el cierre de piel con sutura subcuticular, empleando nylon 3-0.¹⁴

Técnica clásica (Munro Kerr).- La técnica se inicia con una incisión transversa superficial, a 1 o 2 cm por encima de la sínfisis púbica, con una ligera concavidad craneal, mide en promedio 14 cm, luego se procede a la incisión del tejido subcutáneo y divulsión roma del tejido graso, hasta visualizar toda la aponeurosis en la misma extensión que la incisión de piel. Incisión en la misma dirección de la aponeurosis anterior del estuche de los rectos, hasta visualizar los músculos en toda su extensión, extensión del corte con tijera, divulsión roma de los músculos en dirección cráneo caudal y en dirección paralela a la incisión, se procede a la apertura del peritoneo parietal con tijera efectuándose un ojal, luego sección con tijera en forma longitudinal, incisión del peritoneo visceral procediéndose a rechazar la vejiga e incisión del segmento uterino en el área que ocupaba el peritoneo visceral y se efectúa un ojal con ampliación lateral con tijera de disección. La histerotomía se realiza con un ojal con bisturí y luego se introducen ambos dedos índices y por divulsión hacia los costados se amplía la brecha, se puede realizar la ampliación con tijera de disección, en forma de arco de concavidad superior y sin alcanzar las grandes ramas de las uterinas, se efectúa amniotomía por pinzamiento, se procede a extracción fetal en cefálica o en podálico, extracción de la placenta por tracción continua. Se realiza escobillonaje de la cavidad uterina con gasa. La histerorrafia con un punto hemostático en ambos extremos de la incisión, en un plano con sutura continua y cruzada, el segundo plano es invaginante con catgut crómico 1. Cierre del peritoneo visceral y parietal con catgut crómico 2-0, los músculos rectos anteriores se suturan con puntos simples, cierre de aponeurosis con sutura continúa cruzada con vicryl 1-0. Afronte del tejido celular subcutáneo empleando catgut simple 2-0. Cierre de piel con

sutura intradérmica o tradicional empleando nylon 3-0.¹⁵

En nuestro medio se practican muchos tipos de cesárea dentro de estas: La técnica Pelosi, denominada comúnmente cesárea simplificada, técnica Misgav Ladach (conocida también como cesárea simplificada) y otros con técnica Munro Kerr denominada cesárea convencional.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS en 2009, en la Encuesta global, muestran un incremento variable de cesáreas. El incremento en el número de cesáreas se debe fundamentalmente a la valoración de riesgo obstétrico existente en la gestante al momento de decidir una operación cesárea, los criterios de riesgo se siguen aplicando, sin embargo estos vienen modificándose en base a la medicina basada en evidencia. El incremento de cesáreas ha creado la imperiosa necesidad de mejorar y estudiar cuáles son sus posibles beneficios tanto para la madre como para su neonato.

Para evidenciar las ventajas de una vía de parto, el obstetra antes de programar el parto lleva a cabo un análisis individual de cada gestante en particular valorando el beneficio para la madre y para su producto, con base sólida en los conocimientos sobre las causas biológicas de morbilidad, mortalidad materna, perinatal y neonatal, que se producirían en ausencia de intervenciones obstétricas de emergencia e imprescindibles para el binomio madre niño, en respuesta a ello surge la operación cesárea, que en los últimos años 1994 - 1996 sufrió algunos cambios, los doctores Pelosi M, Pelosi M III, Gliblin S y Stark M, introducen novedades elementales a las técnicas de cesáreas, como la de Misgav Ladach, cuya base fundamental está en el no cierre peritoneal y una manipulación mínima de los tejidos. Ellos cambiaron el enfoque tradicional innovando y ensayando alternativas con método invasivo mínimo, seguro y efectivo para la realización de la operación cesárea; la medicina basada en evidencia muestra que el no cierre de peritoneo

favorece a la paciente, debido a que el peritoneo tiene la capacidad de regenerarse a partir de los fibroblastos sub peritoneales en las primeras 48 a 72 horas post agresión y que la sutura del peritoneo causa atrición de tejido, con la consecuente necrosis que dificulta la regeneración del tejido, asociado a la reacción del organismo a cuerpo extraño que produce el uso de hilos como el catgut dificultando la regeneración del peritoneo e incrementa la probabilidad de adherencias.

Los factores asociados a la decisión de la realización de cesáreas muchas veces están influenciados por las características socio demográficas de la paciente, del médico que atiende, de acuerdo a su formación, actualización y pericia. Con el advenimiento de nuevas técnicas para la operación cesárea se debe proporcionar una mejor calidad de atención a la gestante, con manipulación mínima de tejidos que repercuten directamente en la pronta recuperación de la puérpera quirúrgica.

Frente a la realidad actual del Hospital Municipal Los Andes, ubicado en la ciudad de El Alto, en su calidad de Hospital de segundo nivel, es un centro de referencia de las áreas de su jurisdicción para resolución de complicaciones obstétricas y que solo cuenta con 34 camas disponibles en salas de internación, debido a la afluencia de muchos pacientes que alcanzan hasta 48 pacientes internados por día, lo que obliga a que algunas de las pacientes estén internadas en sillas de ruedas y camillas, se trabaja con sobresaturación de pacientes internadas y requiere de más camas disponibles para ofrecer a las pacientes, mismos con los que no cuenta, a ello se asocia que nuestro país es un país en vías de desarrollo con una asignación escasa de recursos económicos al sector salud y por ende a los centros hospitalarios, donde muchas veces se trabaja con recursos económicos de donación de instituciones no gubernamentales y de iglesias.

Las pacientes sometidas a cesárea con técnica convencional refieren en el posoperatorio mediano dolor en herida operatoria lo que implica mayor uso de analgésicos administrados, además el tiempo operatorio a la que se somete la gestante es mayor, así como es mayor la cantidad de hilos usados por el mayor número de planos que se sutura al cerrar la pared del abdomen, asociado a más días de internación que requieren las puérperas de cesárea convencional, hechos que dificultan la atención con calidad a las puérperas, también repercute en el mayor costo de recursos económicos del Hospital, mismos que plantean la búsqueda de nuevas técnicas que mejoren resultados en beneficio de la paciente para brindar atención con calidad y una mejor utilización de recursos humanos y económicos del centro Hospitalario, en respuesta a ello surge la cesárea con técnica Misgav Ladach con mejores beneficios como una menor estadía hospitalaria de las pacientes, menor tiempo operatorio, menor dolor en el postoperatorio, medidas que pueden paliar las necesidades urgentes del centro hospitalario, sin poner en riesgo la atención con calidad de la gestante.

En conocimiento de la vivencia de la puérpera quirúrgica, de las características socio demográficas de la población de la ciudad de El Alto y del centro hospitalario, con base en la literatura de medicina basada en evidencia, es que se plantea el presente trabajo donde se investiga los beneficios que proporciona cesárea con técnica Misgav Ladach comparada a la técnica de cesárea convencional, procedimientos que son ofrecidos en diagnóstico de alto riesgo obstétrico a la gestante como parte de la resolución del embarazo a término en el Hospital Municipal Los Andes, procedimientos que se realizan ya desde hace algunos años atrás, para ello se estudia a las gestantes que fueron sometidas a cesárea sea esta de emergencia o programadas entre los meses de enero a octubre de 2012.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Será que la cesárea con técnica Misgav Ladach es beneficiosa comparada con la técnica de cesárea convencional en la resolución de embarazo a término en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Los Andes, de la ciudad de El Alto, en la gestión 2012?.

6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Técnicas y materiales para el cierre de la pared abdominal en la cesárea, Anderson ER, Gates S. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Disponible en: <http://www.update-software.com>. En una cesárea, se utilizan diferentes técnicas y materiales de sutura para el cierre de la vaina del músculo recto del abdomen, se incluyeron siete estudios con 2056 mujeres. El riesgo de hematomas o seromas se redujo con el cierre del tejido adiposo, en comparación con el no cierre ([RR] 0,52; [IC] del 95%: 0,33 a 0,82), y también se redujo el riesgo de "complicación de la herida" (hematomas, seromas, infección de la herida o dehiscencia de la herida) (RR 0,68; IC del 95%: 0,52 a 0,88). Conclusión: El cierre del tejido adiposo subcutáneo puede reducir las complicaciones de la herida, pero no está claro en qué medida estas diferencias afectan el bienestar y la satisfacción de las mujeres involucradas.¹⁶

Técnicas para la cesárea. Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah A, Novikova N. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: <http://www.update-software.com>. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008. Los ensayos sugieren que las técnicas basadas en Joel-Cohen (Joel-Cohen, Misgav-Ladach) tienen ventajas a corto plazo por encima de los métodos Pfannenstiel (11 ensayos) y la tradicional. Reduce la pérdida de sangre, el tiempo de operación, el tiempo desde la incisión cutánea al nacimiento del bebé, el uso de calmantes, el tiempo para la ingesta oral, la función intestinal y la fiebre. La cesárea de Joel-Cohen en comparación con

Pfannenstiel se asoció con: menor pérdida sanguínea, (5 ensayos, 481 mujeres; diferencia de medias ponderada [DMP -64,45 ml; IC 95%: 91,34 a -37,56 m); tiempo de operación más corto (5 ensayos, 581 mujeres; DMP -18,65; IC del 95%: -24,84 a -12,45 minutos); menos fiebre [8 ensayos, 412 mujeres; (RR) 0,47; IC del 95%: 0,28 a 0,81); duración breve del dolor postoperatorio (dos comparaciones de un ensayo, 172 mujeres; DMP -14,18 horas; IC 95%: -18,31 a -10,04 horas); menos inyecciones de fármacos analgésicos (2 ensayos, 151 mujeres; DMP -0,92; IC del 95%: -1,20 a -0,63) y tiempo más corto desde la incisión cutánea al nacimiento del bebé (cinco ensayos, 575 mujeres; DMP -3,84 minutos; IC del 95%: -5,41 a -2,27 minutos) y menor duración de la estancia hospitalaria postoperatoria para la madre (339 mujeres; DMP -0,82; IC 95%: -1,08 a -0,56 días), son ahorros para los sistemas de salud pero se necesitan datos sólidos sobre las medidas de resultado a largo plazo.¹⁷

Técnicas quirúrgicas para la incisión y el cierre uterino en el momento de la cesárea Dodd Jodie M, Anderson E R, Gates S. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Disponible en: <http://www.update-software.com>. Publicado en línea: January 21, 2009. Se incluyeron 15 estudios (3972 mujeres). 10 ensayos compararon el cierre uterino en capa única con cierre uterino en dos capas, 2 ensayos compararon la disección roma con la disección aguda en el momento de la incisión uterina. La disección roma se asoció con reducción de la pérdida sanguínea comparada con la disección aguda de la incisión uterina (un estudio, 945 mujeres, diferencia de medias [DM] -43,00; IC 95%: -66,12 a -19,88). El cierre en capa única comparado con el cierre en dos capas se asoció con una reducción de la pérdida sanguínea (3 estudios, 527 mujeres, DM -70,11; IC 95%: -101,61 a -38,60); la duración del procedimiento operatorio (4 estudios, 645 mujeres, DM -7,43; IC 95%: -8,41 a -6,46); y la presencia de dolor posoperatorio (un estudio, 158 mujeres, CR 0,69; IC 95%: 0,52 a 0,91). Conclusión: Aunque la cesárea

es un procedimiento que se realiza con frecuencia a las mujeres en todo el mundo, hay poca información disponible con respecto a qué técnica quirúrgica es más apropiado adoptar.¹⁸

Técnicas quirúrgicas para la cesárea, Abalos E. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Comentario de la BSR (Revisión: 1 de mayo de 2009). En revisión de 14 estudios clínicos (2950 mujeres sometidas a cesárea). Los autores clasificaron los métodos de Joel-Cohen, Misgav Ladach y Misgav Ladach modificado, como subgrupos de las técnicas basadas en Joel-Cohen. Los métodos basados en Joel-Cohen se asociaron con menos pérdida de sangre (5 estudios, 481 mujeres, diferencia de medias ponderadas: -64,45 ml, IC 95%: -91,34 ml a -37,56 ml). Se asociaron con menor duración de la cirugía (5 estudios, 581 mujeres, DPM: -18,65; IC 95%: -24,84 a -12,45 minutos), menos fiebre (8 estudios, 1412 mujeres, [RR]: 0,47; IC 95%: 0,28 a 0,81) y menor tiempo desde la incisión en la piel hasta el parto (5 estudios clínicos, 575 mujeres, DMP: -3,84 minutos, IC 95%: -5,41 a -2,27 minutos). El método de Misgav Ladach se asoció con disminución de la pérdida de sangre (DMP: -93,00; IC 95%: -132,72 ml a -53,28 ml), menor duración de la cirugía (DMP: -7,30; IC 95%: -8,32 a -6,28 minutos), menor tiempo hasta la movilización (DMP: -16,06; IC 95%: -18,22 a -13,90 horas) y reducción de la duración de la hospitalización postoperatoria para la madre (DMP: -0,82; IC 95%: -1,08 a -0,56 días). Las técnicas basadas en Joel-Cohen para la cesárea incluyen la separación roma de tejidos a lo largo de los planos tisulares con una mínima disección cortante y sin el cierre de peritoneo, con ventajas sobre las técnicas de cesárea de Pfannenstiel y la tradicional corto plazo.¹⁹

Técnica Misgav Ladach, comparados con la cesárea clásica de Kerr, Walter R. Ventura Laveriano. Instituto. Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú. An. Fac. Med. V. 70 n.3. Lima sep. 2009. 2012 UNMSM. Facultad de Medicina. La técnica de cesárea Misgav Ladach es una técnica minimalista y usada cada vez más en diferentes partes del mundo, en

estudio retrospectivo, comparativo, en Huamanga, Ayacucho, muestra que los tiempos operatorios promedio fueron de 25 vs. 38 minutos, en la técnica Misgav Ladach Vs. Kerr, Los tiempos de extracción fetal fueron 79 vs. 139 segundos, con diferencia significativa. La media de hemoglobina fue de 1,2 g/dL en el grupo de casos y 1,47 g/dL en el grupo control, mostrando diferencia significativa. El grupo Misgav Ladach requirió menor analgesia postoperatoria, mostrando mejores beneficios con respecto a la cesárea clásica, lo cual debe ser confirmado mediante estudios prospectivos aleatorios.¹⁴

Morbilidad infecciosa asociada a la operación cesárea Hospital Universitario Gineco-Obstétrico “Mariana Grajales”, Vivian Cairo González, Yoany Marín Tápanes, Clara Sofía Roche Caso Acta Médica del Centro, Vol. 5, No. 1, 2011. En la operación cesárea, el nacimiento por esta vía se asoció a complicaciones infecciosas hasta 15%. En estudio retrospectivo de tipo caso-control en Hospital Universitario Gineco-Obstétrico “Mariana Grajales” en los años 2008-2010, compuesta por 94 casos de sepsis post cesárea y por 94 sin sepsis (control). Se realizó 6033 cesáreas; de los que 94 casos presentaron infección, para un índice de 1.55%; la edad promedio fue de 31.7±4.2 años; los tactos vaginales múltiples y la rotura de las membranas de más de 24 horas constituyeron factores de importancia relacionadas con infección puerperal, las intervenidas por cesárea previa y desproporción céfalo pélvica fue 2 veces más frecuente el riesgo de infección; en herida quirúrgica (53.2%) y la endometritis (32%), el *staphylococcus aureus* (34%) y la *escherichia coli* (17%) fueron los gérmenes más frecuentes.²⁰

“Cesáreas iterativas” - Experiencia en el Hospital Materno Infantil German Urquidi de Cochabamba 2006 - 2007 – 2008 Camacho Claros C, Brañez García CA, Pardo Novak A, Ordoñez Maygua J. Gaceta Médica Boliviana, ISSN 1012-2966 versión impresa. Gaceta Médica Boliviana; Aceptado: 07-09-2010. En estudio descriptivo, retrospectivo, con muestra

de 1802 pacientes del 2006 al 2008, Las edades de las pacientes fue de 25 a 30 años, procediendo en su mayoría del sector rural con 62,3%; se considera a la cesárea previa como indicación de cesárea de repetición la más frecuente, con las consiguientes complicaciones post cesárea, deducibles como ser infecciones, hemorragias, histerectomías obstétricas, en especial por acretismo placentario, con manejo de pacientes con hemoderivados y de terapia intensiva materna. Las complicaciones frecuentes lo ocupan las infecciosas, como ser abscesos de pared y endometritis con 1,28% y 0,94% respectivamente.²¹

Administración de cefazolina antes de la incisión en piel es superior que al momento de pinzar el cordón umbilical para prevenir infecciones post-cesárea. Sullivan SA, Smith T, Chang E, Hulsey T, Vandorsten JP, Soper D. Am J Obstet Gynecol. 2007 May; 196(5):455. Encuentra que la infección tras la operación cesárea tiene entre 5 y 20 veces mayores posibilidades de infectarse que el parto vaginal, comentan que la endometritis posparto y la infección de la herida quirúrgica no son complicaciones poco comunes luego de la cesárea, especialmente si se realiza luego del inicio del trabajo de parto y con ruptura de membranas mayor de seis horas, los gérmenes encontrados son los mismos señalados por otros autores.²²

Comentario: Los estudios prospectivos aleatorios revisados como pruebas disponibles en la literatura moderna al momento sugieren que la cesárea con técnica de Misgav-Ladach tiene ventajas a corto plazo en relación a los de cesárea tradicional, como ser la reducción de la pérdida de sangre, el tiempo operatorio total, el tiempo desde la incisión cutánea al nacimiento del bebé que es más corta, menor cantidad de uso de hilos, duración más breve del dolor postoperatorio con menos inyecciones de fármacos analgésicos y de antibióticos, menor estadía postoperatoria y con una recuperación más rápida en el postoperatorio que repercute en una reducción de la duración de estancia hospitalaria postoperatoria para

la madre. Con el uso de los métodos basados en Misgav – Ladach se obtiene resultados a corto plazo mejorados y ahorros para los sistemas de salud pero se necesitan datos sólidos sobre las medidas de resultado a largo plazo. Por tanto la cesárea Misgav Ladach muestra mejores beneficios con respecto a la cesárea clásica para la gestante que requiere de una operación cesárea.

En revisiones bibliográficas nacionales, las edades de las pacientes en su mayoría corresponden al rango de 25 a 30 años, procediendo en su mayoría del sector rural con 62,3%; las complicaciones post cesárea, deducibles como ser infecciones, hemorragias, histerectomías obstétricas, en especial por acretismo placentario, los estudios disponibles es de incidencias de cesáreas.

En nuestro medio no se cuentan con estudios de éste tipo que nos indiquen que la cesárea con técnica de Misgav-Ladach tenga ventajas en relación a la cesárea convencional a corto plazo ni a largo plazo, como indica la bibliografía internacional revisada, por tanto es importante realizar estudios y generar conocimientos en nuestro medio, mismos que aporten beneficios para las gestantes y se pueda tomar cuenta debido a que nuestro país es considerado como un país en vías de desarrollo donde se requiere acciones con menor costo y mayor beneficio para la mujer gestante y para el sistema en general. Al realizar el presente estudio se pretende demostrar los beneficios que presenta la operación cesárea con técnica Misgav Ladach: como ser la reducción del tiempo operatorio, menor cantidad de uso de hilos, duración más breve del dolor postoperatorio con menor administración de analgésicos y una reducción de la duración de estancia hospitalaria postoperatoria para la madre, beneficios que muestran en la literatura internacional.

7. HIPÓTESIS

Hipótesis Alterna: Ha

La cesárea con técnica Misgav Ladach es beneficiosa comparada con la técnica de cesárea convencional en la resolución de embarazo a término en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Los Andes, de la ciudad de El Alto, en la gestión 2012.

Hipótesis Nula: Ho

La cesárea con técnica Misgav Ladach No es beneficiosa comparada con la técnica de cesárea convencional en la resolución de embarazo a término en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Los Andes, de la ciudad de El Alto, en gestión 2012.

8. OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar si la cesárea con técnica Misgav Ladach es beneficiosa comparada con la técnica de cesárea convencional en la resolución de embarazo a término en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Los Andes, de la ciudad de El Alto, en gestión 2012.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la presencia de dolor postoperatorio posterior a 24 horas, referido por las puérperas quirúrgicas, en ambos procedimientos..
- Conocer la dosis de analgésicos administrados en el postoperatorio inmediato en ambas técnicas

- Comparar el tiempo operatorio entre la técnica Cesárea con técnica Misgav Ladach frente a la cesárea convencional
- Medir la cantidad de hilos usados en ambas técnicas.
- Comparar los días de internación de la técnica Cesárea con técnica Misgav Ladach frente a la cesárea convencional.

9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio corresponde a un estudio de cohorte retrospectiva.

El estudio de cohorte es un diseño epidemiológico observacional y analítico. Es el que mayor valor o cercanía tiene en lo referente a la búsqueda de asociaciones causales.

La estrategia principal en los estudios de cohorte es que las personas se identifican en función de la presencia o ausencia de exposición a un factor de riesgo de interés; en ese momento todas ellas se deben encontrar libres de la enfermedad a serán seguidas durante un periodo determinado.

Con los diseños de evolución de grupo se examinan cambios a través del tiempo en subpoblaciones o grupos específicos. La palabra cohorte se usa para designar a un grupo de sujetos que tienen una característica o un conjunto de características en común (exposición a un factor de estudio). Según la cronología entre el inicio del estudio y el desarrollo de la enfermedad de interés, los estudios de cohortes se pueden clasificar en prospectivos, retrospectivos o ambispectivo o mixtos.

Retrospectiva. Cuando la exposición como la enfermedad ya han ocurrido cuando se lleva a cabo el estudio.^{23,24,25,26}

9.1 CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIONES

El lugar de intervención es en los ambientes del servicio de Obstetricia,

(sala de admisión, sala de prepartos y sala de partos, quirófanos y salas de internación) del Hospital Municipal Los Andes de la ciudad de El Alto, del departamento de La Paz, del estado plurinacional de Bolivia, entre los meses de enero a octubre de la gestión 2012.

9.2 MEDICIONES

Instrumentos para medir variables: Elaboración de un instrumento (ficha) de recolección de datos, el que fue aplicado.

RECOLECCIÓN DE DATOS.- Para la recolección de datos inicialmente se asigna de forma sistemática simple todas las historias clínicas de las gestantes por el tipo de técnica que se realizó en cada embarazada de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo datos de los mismos, como ser insumos, medicamentos que se utilizaron en cada técnica. Para la valoración del dolor se revisó la solicitud de analgésico realizada por la paciente, registrado en la hoja de enfermería y en hoja de evolución e indicaciones médicas del expediente clínico.

TABULACIÓN.- Se revisaron todas las fichas de recolección de datos a fin de no tener preguntas sin respuestas o algún error que se pudiese cometer.

PROCESAMIENTO DE DATOS.- Los datos son introducidos en la base de datos de paquete estadístico: SPSS 15.0, también se usó el paquete Excel para realizar los gráficos.

ANÁLISIS DE DATOS.- Uso de instrumentos para medir las variables. Se usa una ficha a fin de obtener los datos de Historias Clínicas, como el CLAP, protocolos operatorios, hojas de registro de anestesia, registro de enfermería, cuadernos de quirófanos. Correspondientes a las gestantes en quienes la resolución del embarazo fue por cesárea. Los resultados se

presentan como tablas de distribución de frecuencias, figuras, tablas de contingencia.

SEGUIMIENTO: Al ser un estudio retrospectivo, se ordenó las historias clínicas de las puérperas de forma que se pudo organizar la información logrando recopilar los datos de hasta 10 días post cesárea, debido a que el día 10 post cesárea, es donde se realiza el retiro de puntos y antes del alta quirúrgica.

9.2.1 UNIDAD DE OBSERVACIÓN (POBLACIÓN):

Las gestantes que ingresan al servicio de urgencias con embarazo a término con indicación de cesárea, sean estas programadas o por emergencias.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Gestante de 18 a 40 años. (Grupo etareo donde es mayor el porcentaje de embarazadas)

Paciente con embarazo a término (de 37 a 40 semanas), con indicación de cesárea, de emergencia o programada.

Sin cirugía abdominal previa.(una cirugía previa puede tener mayor adherencia de tejidos que interfieran en el tiempo quirúrgico)

Examen de laboratorio hemograma (serie roja y blanca dentro de parámetros normales), coagulograma dentro de parámetros normales. (para evitar complicaciones secundarias que sean confundentes de complicaciones inherentes al tipo de técnica).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Toda gestante sometida a cesárea con complicación transoperatoria (histerectomía, lesión vesical o intestinal), implica

(mayor tiempo operatorio, mayor cantidad de uso de hilos, más días de internación).

Gestante con antecedente de Cesáreas previas.

Gestante con diagnóstico de feto muerto. (muchas veces implica infección o complicaciones de CID)

Corioamnionitis.

Gestantes con patología infecciosa al momento de la intervención quirúrgica.

Expediente clínico con registros incompletos.

Los médicos gineco-obstetras realizan las cesáreas de acuerdo a su formación, experiencia y su pericia, indistintamente en diferentes técnicas de cesáreas.

A toda gestante que va a ser sometida a operación cesárea de inicio se dio información del estado de salud del binomio madre hijo, a la gestante y a sus familiares, posteriormente ellos dieron por escrito la autorización correspondiente para la operación cesárea (paciente y un familiar o responsable), instrumento jurídico que se encuentra en cada caso en la Historia Clínica respectiva.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA | INSTRUMENTO |
|------------------|---|-------------------------|---------------|--|
| Edad de gestante | Edad en años cumplidos de la gestante al momento de la atención | Cuantitativa, Continua | Años | Historia clínica: Indicaciones médicas y reporte de enfermería. |

| | | | | |
|------------------|-------------------------------------|---------------------------|----------------------|------------------|
| Procedencia | Área de procedencia de la gestante. | Cualitativa Dicotómica | Rural Urbana | Historia Clínica |
| Edad gestacional | Edad en semanas del feto | Cuantitativa Continua | Semanas de gestación | Historia Clínica |

VARIABLE DE EXPOSICIÓN

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA | INSTRUMENTO |
|----------------------------|---|------------------------|----------|---|
| Tipo de técnica de cesárea | <p>Técnica de operación cesárea con técnica Misgav Ladach Consiste en incisión transversa superficial de piel, a 2 o 3 cm por encima de la sínfisis púbica, se procede a divulsión y tracción de la aponeurosis junto con los músculos rectos, hasta llegar a cavidad peritoneal, la histerorrafia se realiza en un plano continuo, sin cierre del peritoneo visceral ni parietal, cierre de fascia de rectos con surget continua, afrontamiento de celular subcutáneo, solo si es mayor a 2cm de grosor y cierre de piel.</p> <p>Técnica de cesárea convencional (Munro Kerr), consiste en histerorrafia en dos planos surget anclado el primero e invaginante el segundo plano, cierre de peritoneos visceral y parietal, afrontamiento de rectos abdominales con puntos separados, cierre de fascia de rectos con surget anclado, cierre de celular subcutáneo y cierre de piel.</p> | Cualitativa Nominal | Si No | Historia Clínica. Protocolo operatorio |

VARIABLE RESULTADO

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA | INSTRUMENTO |
|---|---|------------------------|-------------------------------|--|
| Dolor post operatorio | Percepción de dolor por la puérpera pasadas las 24 hrs. Con solicitud de analgésico | Cualitativa dicotómica | Si – No | Historia Clínica Indicaciones médicas y reporte de enfermería |
| Analgésico | Uso de analgésico administrados por norma en el postoperatorio inmediato | Cualitativa Ordinal | Número de dosis (2 y 3 dosis) | Historia Clínica |
| Tiempo operatorio | Tiempo total de la duración de la cirugía en minutos | Cuantitativa | Minutos de cirugía | Historia Clínica Hoja de anestesia |
| Cantidad de material de sutura empleado | Nº de hilos usados en cada tipo de cesárea | Cuantitativa | Cantidad de hilos: 3,4,5,6,7 | Historia Clínica. Cuaderno de insumos de quirófano |
| Días de internación | Cantidad de días de internación, desde su postoperatorio hasta el momento del alta hospitalaria | Cuantitativa | Número de días: 3 a 8 | Historia Clínica. |

9.2.1.1. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Gestantes con embarazo a término que acuden al servicio de Obstetricia con y sin trabajo de parto, con indicación de resolución del mismo por operación cesárea. A través de su Historia Clínica.

9.2.1.2. MARCO MUESTRAL (MUESTREO)

Para la gestión 2012, la población asignada al Hospital Municipal Los Andes es de: 42512 habitantes, de las cuales las mujeres en edad fértil (MEF) son: 12077 mujeres, los embarazos esperados para la presente gestión es de: 1331 gestantes, los partos esperados son: 1184, los nacimientos esperados es: 1180 recién nacidos (Fuente: Departamento de estadística del Hospital municipal Los Andes. POA: 2012). La prevalencia de operación cesárea es de 23,5 % para el 2011. La OMS considera un 15% para operación cesárea.

En este diseño de cohorte retrospectiva se calculó el tamaño muestral con un nivel de confianza de 95% y un poder de 80%, la relación de no expuestos y expuestos es de 1:1, la frecuencia esperada de resultado en grupo no expuesto es de 15 %, un Riesgo Relativo de 2, lo que nos da un tamaño muestral de no expuestos representados por gestantes sometidas a cesárea convencional que es de: 153 controles y los expuestos corresponde a la gestantes sometidas a operación cesárea con técnica Misgav Ladach es de: 153 casos, dando un total de 306 gestantes. Este tamaño de muestra fue calculado por el paquete EPINFO 6.0, versión 3.2.2.

Se fijó un 80% de Poder porque la magnitud de asociación es fuerte esto representa una potencia igual a 0.80, es decir existe una probabilidad del 80% de detectar una asociación en este tamaño muestral entre los factores de exposición (cesárea con técnica Misgav Ladach) y la variable

resultado (menor dolor post operatorio, menor cantidad en uso de analgésicos, disminución en la cantidad de hilos y tiempo operatorio), de aceptar un 20% de probabilidad de no detectar asociación.

Para la selección de las 306 post operadas por cesáreas con las dos técnicas operatorias se utilizó el muestreo sistemático de casos consecutivos para expuestas y no expuestas que llegaron al servicio de urgencias de Obstetricia del Hospital Municipal Los Andes para la resolución del embarazo a término por operación cesárea.

9.2.1.3. PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis de los datos del presente trabajo se utilizó el paquete estadístico, SPSS 15.0, se realizaron tablas de contingencia, Se estudia con χ^2 , para comparación de medias T de student. Así como las medidas de efecto como ser: riesgo relativo (RR). Reducción de Riesgo atribuible (RAR), Reducción de riesgo relativo (RRR) y número necesario a tratar (NNT) de acuerdo a variable que se analiza.^{26,27}

9.2.1.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Análisis Univariado:

| Variables | Estadística Descriptiva |
|-----------------------------|--|
| Grupo etareo de la gestante | Distribución de frecuencias absolutas y relativas |
| Edad Materna | Medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión |
| Estado Civil | Frecuencia absoluta y relativa |
| Procedencia | Frecuencia absoluta y relativa |
| Edad Gestacional | Frecuencia absoluta y relativa, medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión |

| Variable Dependiente | Estadística Analítica |
|--|---|
| Percepción de dolor postoperatorio | Distribución de frecuencias, tablas de contingencia, chi2. |
| Uso de analgésico en 1ras 24 horas del post operatorio | Distribución de frecuencias, tablas de contingencia, chi2. |
| Tiempo quirúrgico por técnica de cesárea | Medidas de tendencia central (media) tablas de contingencia, chi2, comparación de medias. T de student. |
| Cantidad de hilos de sutura por técnica de cesárea | Medidas de tendencia central (media) tablas de contingencia, chi2, comparación de medias. T de student. |
| Días de internación postoperatoria | Medidas de tendencia central (media) tablas de contingencia, comparación de medias. T de student. |

Análisis Bivariado para medir asociación

| Variable Independiente | Variable Dependiente | Estadística Analítica |
|--|--|------------------------------|
| Técnica de operación cesárea: Misgav Ladach / Convencional | Presencia de dolor postoperatorio por técnica. | Riesgo Relativo, |
| | Uso de analgésico en postoperatorio inmediato. | RAR, RRR, NNT |
| | Tiempo quirúrgico por técnica. | Tablas de contingencia |
| | Número de hilos por técnica. | |

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el presente estudio se cumple con los criterios éticos, considerando los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, se solicitó la autorización a las diferentes instancias de las autoridades del Hospital Municipal Los Andes para poder revisar las historias clínicas a: Dirección de Hospital, Jefatura de servicio, departamento de archivos. Estos se evidencian en el presente trabajo en la sección correspondiente a anexos, se los identifica signados con las páginas 1 a 4 respectivamente.

11. RESULTADOS

Al realizar el análisis del presente estudio se observa que la edad de las gestantes está contemplada desde 18 a 40 años de acuerdo a criterios de inclusión, se evidencia que tienen una distribución mesocurtica en ambos grupos de cesárea (ver anexo: figura 1 y 2).

Cuadro 1

Distribución de Edad materna según grupo etareo por técnica de cesárea. Hospital Municipal Los Andes, El Alto – Bolivia, 2012.

| Edad Materna / Grupo etareo | Cesárea Misgav Ladach | | Cesárea Convencional | |
|--------------------------------|-----------------------|------------|----------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| <= 20 | 10 | 6,5 | 16 | 10,5 |
| 21 – 25 | 30 | 19,6 | 46 | 30,1 |
| 26 – 30 | 59 | 38,6 | 45 | 29,4 |
| 31 – 35 | 45 | 29,4 | 31 | 20,3 |
| 36+ | 9 | 5,9 | 15 | 9,8 |
| Total | 153 | 100,0 | 153 | 100,0 |

Fuente: Historias clínicas (Elaboración propia)

Con el fin de observar los mismos se realizan la distribución por grupos en intervalos de 4 años, el análisis se realiza en los dos grupos de cesáreas: técnica de cesárea con técnica Misgav Ladach con un total de 153 casos y en técnica de cesárea convencional con 153 gestantes, se compararon por estadística descriptiva obteniéndose una frecuencia absoluta y porcentual en ambos procedimientos.

Cuadro 2

Valor de la media de edad en años cumplidos de la gestante por técnica de cesárea. Hospital Municipal Los Andes, El Alto - Bolivia, 2012.

| Técnica de cesárea | Valor de la media de edad materna en años cumplidos | | | |
|--------------------|---|-------|---|----------|
| | N | Media | 95% Intervalo de Confianza para la diferencia | |
| | | | Inferior | Superior |
| Misgav Ladach | 153 | 28,40 | 27,61 | 29,18 |
| Convencional | 153 | 27,54 | 26,65 | 28,43 |

Fuente: Cuadro 1, (Elaboración propia)

En relación a la edad materna como se evidencia en el cuadro 2, el promedio es de 28,40 +/- 4,9 en el grupo de cesárea con técnica Misgav Ladach con un 95% de Intervalo de Confianza para la diferencia entre 27,61 a 29,18 y un promedio de 27,54 años +/- 5,5 en el grupo de cesárea convencional con un 95% de Intervalo de Confianza para la diferencia entre 26,65 a 28,43.

Cuadro 3
Valor de la prueba T para igualdad de medias de muestras independientes de la edad en años cumplidos de la gestante por técnica de cesárea. Hospital Municipal Los Andes, El Alto - Bolivia, 2012

| Prueba de Levene para igualdad de varianzas | | | Prueba T para igualdad de medias de muestras independientes de edad en años de la gestante / técnica de cesárea | | | | | |
|---|-------|------|---|---------|------------------|----------------|---------------------------|----------|
| Igualdad de varianzas | F | Sig. | T | Gl | Sig. (bilateral) | Dif. de medias | 95% IC para la diferencia | |
| | | | | | | | Superior | Inferior |
| Se asumió igualdad | 3,922 | ,049 | 1,436 | 304 | ,152 | ,863 | -,320 | 2,045 |
| No se asumió igualdad | | | 1,436 | 299,292 | ,152 | ,863 | -,320 | 2,045 |

Fuente: Cuadro 2, (Elaboración propia)

El valor de la prueba t para la igualdad de medias de muestras independientes de edad gestacional en años cumplidos de la gestante por técnica de cesárea que se realizó dio un valor de: ,152. No existe diferencia estadística, son muestras iguales.

Cuadro 4
Distribución de Estado civil de las gestantes por técnica de cesárea Hospital Municipal Los Andes, El Alto - Bolivia, 2012.

| Estado Civil | Cesárea Misgav Ladach | | Cesárea Convencional | |
|---------------|-----------------------|------------|----------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Soltera | 22 | 14 | 12 | 7,8 |
| Casada | 75 | 49 | 73 | 47,7 |
| Unión Estable | 56 | 36,6 | 68 | 44,4 |
| Total | 153 | 100 | 153 | 100 |

Fuente: Historias clínicas (Elaboración propia).

Con el fin de describir la situación y las características de la población se analizó el estado civil y la procedencia de las gestantes, evidenciándose

que el estado civil más frecuente es el de casada con un 49 % en cesárea con técnica Misgav Ladach, y 47,7% en el caso de cesárea con técnica convencional. (Ver anexos: figura 3).

Cuadro 5

Distribución por área de procedencia de las gestantes por técnica de Cesárea. Hospital Municipal Los Andes, El Alto - Bolivia, 2012.

| Área | Cesárea Misgav Ladach | | Cesárea Convencional | |
|--------|-----------------------|------------|----------------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Urbana | 63 | 41,2 | 53 | 34,6 |
| Rural | 90 | 58,8 | 100 | 65,4 |
| Total | 153 | 100,0 | 153 | 100,0 |

Fuente: Historias clínicas (Elaboración propia)

Con respecto al área de procedencia de las gestantes que acudieron al servicio de urgencias de obstetricia y tuvieron operación cesárea, la más frecuente fue la procedencia de área rural, con un 58,8% en caso de cesárea con técnica Misgav Ladach y 65,4% para la cesárea convencional. (Ver anexos: figura 4)

Cuadro 6

Valor de la media de Edad Gestacional en Semanas por técnica de Cesárea, Hospital Municipal Los Andes. El Alto – Bolivia, 2012.

| Técnica de cesárea | Valor de la media de edad gestacional en semanas | | | |
|--------------------|--|-------|---|----------|
| | n | Media | 95% Intervalo de Confianza para la diferencia | |
| | | | Inferior | Superior |
| Misgav Ladach | 153 | 38,88 | 38,71 | 39,04 |
| Convencional | 153 | 38,79 | 38,64 | 38,94 |

Fuente: Historias clínicas, (Elaboración Propia)

En lo referente a la edad gestacional al momento del ingreso a la operación cesárea, se observó que está distribuida entre 37 y 40 semanas, con un promedio de 38,88 semanas +/- 1,03 con un 95% de Intervalo de Confianza para la diferencia entre 38,71 a 39,04 en el grupo de cesárea con técnica Misgav Ladach y un promedio de 38,79 semanas +/- 0,92 con un 95% de Intervalo de Confianza para la diferencia entre 38,64 a 38,94 en el grupo de cesárea convencional. También se realizó una descripción por frecuencias absolutas y porcentajes de acuerdo a técnica (Ver anexo: figura 5).

Cuadro 7

Valor de la prueba T para igualdad de medias de muestras independientes de la edad gestacional por técnica de cesárea. Hospital Municipal Los Andes, El Alto - Bolivia, 2012

| Prueba de Levene para la igualdad de varianzas | | | Prueba T para igualdad de medias de muestras independientes de la edad gestacional por técnica de cesárea | | | | | |
|--|------|------|---|---------|------------------|----------------|---------------------------|----------|
| Igualdad de varianzas | F | Sig. | t | Gl | Sig. (bilateral) | Dif. de medias | 95% IC para la diferencia | |
| | | | | | | | Superior | Inferior |
| Se asumió igualdad | ,239 | ,625 | ,758 | 304 | ,449 | ,085 | -,136 | ,305 |
| No se asumió igualdad | | | ,758 | 300,088 | ,449 | ,085 | -,136 | ,305 |

Fuente: Cuadro 6, (Elaboración propia)

El valor de la prueba t para la igualdad de medias de muestras independientes de la edad gestacional en semanas por técnica de cesárea que se empleó dio un valor de ,449 que no es estadísticamente significativa, siendo muestras iguales.

Una vez realizado las consideraciones generales del tipo de población con la que se trabaja en el presente trabajo se procedió a analizar los resultados por objetivos planteados para el presente estudio.

Cuadro 8

Tabla de contingencia de dolor referido en puérpera posterior a 24 hrs por técnica de cesárea. Hospital Municipal Los Andes, El Alto - Bolivia, 2012.

| Técnica de cesárea | Dolor Referido | | Total |
|--------------------|----------------|------------|------------|
| | Si | No | |
| Misgav Ladach | 2 | 151 | 153 |
| Convencional | 32 | 121 | 153 |
| Total | 34 | 272 | 306 |

Fuente: Historias clínicas (Elaboración propia)

Con respecto al primer objetivo que es el de conocer la presencia de dolor postoperatorio referido por las puérperas quirúrgicas, registrado en historia, en ambos procedimientos se evidencia que el dolor referido por las puérperas, corresponde a 2 casos que representa el 1,3% y las que no refieren dolor es de 151 que representa un 98,7% en las sometidas a cesárea con técnica Misgav Ladach. En comparación al dolor referido por las puérperas que fue de 32 casos un 20,9% y las que no refieren dolor un 121 representando un 79,1% para las puérperas sometidas a cesárea convencional.

La asociación de cesárea con técnica Misgav Ladach con la percepción dolorosa en el postoperatorio por las puérperas pasadas las 24 horas, recabada de las historias clínicas, nos dio un RR de 0.06, indica que la percepción dolorosa en la cesárea Misgav Ladach es 0,06 veces a la observada en cesárea convencional, con un IC 95% (0.02 – 0.26) que es estadísticamente significativa, constituyéndose en un factor protector para la paciente, ya que tiene menos probabilidad de percepción dolorosa pasadas las 24 horas del postoperatorio con un valor de χ^2 29.78 y un valor $p < 0,000$.

También se realizó el cálculo de otras medidas de efecto como es la reducción absoluta de riesgo (RAR) que es de: 19,5 lo que significa que

con el tratamiento de cesárea con técnica Misgav Ladach se puede evitar en 19,5 casos la percepción dolorosa en el postoperatorio por cada 100 personas tratadas. La reducción relativa de riesgo (RRR) que se consigue con el tratamiento es de 94%, resultado que indica que el tratamiento con cesárea Misgav Ladach reduce en un 94% el riesgo de percepción dolorosa. El número necesario a tratar (NNT) dio 5, indica que para evitar una percepción dolorosa en el postoperatorio pasadas las 24 horas, necesitamos tratar 5 pacientes con el nuevo tratamiento.

Cuadro 9

Tabla de contingencia del uso de analgésico en postoperatorio inmediato por técnica de Cesárea. Hospital Municipal Los Andes, El Alto - Bolivia, 2012.

| Tipo de Cesárea | Uso de Analgésico (Metamizol 500 mg) en Postoperatorio Inmediato (24 Horas) | | |
|-----------------|---|------------|------------|
| | 3 dosis | 2 dosis | Total |
| Misgav Ladach | 7 | 146 | 153 |
| Convencional | 149 | 4 | 153 |
| Total | 156 | 150 | 306 |

Fuente: Historias clínicas (Elaboración propia)

En lo referente al segundo objetivo específico como se evidencia en el presente cuadro, los analgésicos administrados en el postoperatorio inmediato fue en el 100 % de las cesáreas el fármaco usado es el Metamizol 500mg, la diferencia es la dosis en ambos grupos, en 2 dosis en 146 casos (95,42%) y 3 dosis en 7 puérperas (4,58%) para cesárea con técnica Misgav Ladach, comparada a 2 dosis en 4 puérperas (2.61%) y 3 dosis en 149 puérperas que corresponde a un (97,39%) para cesárea convencional del total que corresponde al 100%.

En el postoperatorio inmediato la administración de metamizol 500 mg en 2 dosis nos da un riesgo relativo (RR) de 0,05 indicándonos que la incidencia es de 0,05 veces en la cesárea simplificada a la observada en cesárea convencional con un IC 95% (0,02 – 0,10), al no alcanzar el valor

de uno nos indica que en un factor protector, con un valor de Chi^2 de 236 y un valor $p < 0,000$ que es estadísticamente significativa.

Se realizó el cálculo otras medidas de efecto como: La reducción absoluta de riesgo (RAR) que es de 92, lo que significa que el tratamiento de cesárea con técnica Misgav Ladach puede evitar en 92 casos el uso de analgésico: metamizol 500mg en 3 dosis, por cada 100 pacientes tratadas por cesárea. La reducción relativa de riesgo (RRR) que se consigue con el tratamiento es de 95%, resultado que indica que el tratamiento con cesárea con técnica Misgav Ladach reduce en un 95% el riesgo en el uso de metamizol 500mg en 3 dosis. El número necesario a tratar (NNT) da un valor de 1, ésta cifra indica que para evitar en un caso el uso de metamizol 500mg en 3 dosis, necesitamos tratar a 1 paciente con la cesárea con técnica de Misgav Ladach.

Cuadro 10

Valor de la media de Tiempo quirúrgico en minutos por Técnica de cesárea. Hospital Municipal Los Andes. El Alto - Bolivia, 2012.

| Tipo de cesárea | Valor de la media de tiempo quirúrgico | | | |
|-----------------|--|-------|---|----------|
| | n | Media | 95% Intervalo de Confianza para la diferencia | |
| | | | Inferior | Superior |
| Misgav Ladach | 153 | 26,79 | 26,28 | 27,30 |
| Convencional | 153 | 40,84 | 39,49 | 42,18 |

Fuente: Elaboración propia.

Como se evidencia en el presente cuadro con respecto al tercer objetivo que es el comparar el tiempo operatorio entre la técnica Cesárea Misgav Ladach frente a la cesárea convencional, realizado el análisis de acuerdo a técnica, el tiempo operatorio muestra 20 minutos como mínimo y 35 minutos como máximo con un promedio de 26,79 minutos +/- 3,19 con un 95% de Intervalo de Confianza para la diferencia con valor inferior de 26,28 y un valor superior de 27,30 en cesárea con técnica Misgav Ladach de

igual forma se evidencia el empleo de tiempo con un mínimo de 25 minutos y un máximo de 56 minutos, un promedio de 40,84 minutos +/- 8,40 con un 95% de Intervalo de Confianza para la diferencia con valor inferior de 39,49 y un valor superior de 42,18 en la técnica de cesárea convencional.

Cuadro 11

Valor de la prueba T para igualdad de medias de muestras independientes del tiempo quirúrgico empleado por técnica de cesárea. Hospital Municipal Los Andes, El Alto - Bolivia, 2012

| Prueba de Levene para la igualdad de varianzas | | | Prueba T para la igualdad de medias de muestras independientes del tiempo quirúrgico en minutos por técnica de cesárea | | | | | |
|--|--------|------|--|---------|------------------|----------------|---------------------------|----------|
| Igualdad de varianzas | F | Sig. | t | Gl | Sig. (bilateral) | Dif. de medias | 95% IC para la diferencia | |
| | | | | | | | Superior | Inferior |
| Se asumió igualdad | 74,842 | ,000 | -19,334 | 304 | ,000 | -14,046 | -15,475 | -12,616 |
| No se asumió igualdad | | | -19,334 | 194,957 | ,000 | -14,046 | -15,479 | -12,613 |

Fuente: Cuadro 10, (Elaboración propia)

El valor de la prueba t para la igualdad de medias de muestras independientes del tiempo quirúrgico en minutos por técnica de cesárea que se empleó, tiene un valor de $p < 0,000$ que es estadísticamente significativa.

Cuadro 12

Tabla de contingencia de la Técnica de cesárea por tiempo quirúrgico. Hospital Municipal Los Andes, El Alto - Bolivia, 2012.

| Cesárea | Tiempo Quirúrgico en minutos | | Total |
|---------------|------------------------------|--------|-------|
| | 28 y + | 27 o - | |
| Misgav Ladach | 66 | 87 | 153 |
| Convencional | 141 | 12 | 153 |
| Total | 207 | 99 | 306 |

Fuente: Historias clínicas (Elaboración propia)

A fin de someter a más pruebas los resultados se procedió a realizar más cálculos de los datos obtenidos con respecto al tiempo quirúrgico empleado, se evidencia que en 66 casos se empleó 28 y más minutos y en 87 casos se usó un tiempo hasta 27 minutos en cesárea Misgav Ladach y en 141 casos se usó 28 y más minutos y en 12 casos se empleó un tiempo de hasta 27 minutos en la cesárea convencional. La asociación del tiempo operatorio con cesárea con técnica Misgav Ladach nos da un RR de 0.47 con un IC 95% (0.39– 0.56) significando que la incidencia de empleo de tiempo operatorio en el grupo de cesárea simplificada es de 0,47 veces a la observada en relación al grupo de cesárea convencional, con un valor de χ^2 83,99 y un valor $p < 0,000$ estadísticamente significativo, la cesárea Misgav Ladach se constituye en un factor protector para la paciente en relación a una que fue sometida a cesárea convencional; La reducción absoluta de riesgo (RAR) es de 49 lo que significa que con el tratamiento de cesárea con técnica Misgav Ladach se puede reducir en 49 casos empleo de mayor tiempo operatorio por cada 100 personas tratadas. La reducción relativa de riesgo (RRR) que se consigue con el tratamiento es de 53%, ésta prueba que el tratamiento con cesárea con técnica Misgav Ladach reduce en un 53% el empleo de tiempo quirúrgico. El número necesario a tratar (NNT) da un valor de 2, ésta cifra indica que para evitar el uso de mayor tiempo quirúrgico necesitamos tratar 2 pacientes con el nuevo tratamiento.

Cuadro 13

Valor de la media de uso de número de hilos por técnica de cesárea.

Hospital Municipal Los Andes, El Alto - Bolivia, 2012.

| Técnica de Cesárea | Valor de la media de uso de número de hilos | | | |
|--------------------|---|-------|---|----------|
| | n | Media | 95% Intervalo de Confianza para la diferencia | |
| | | | Inferior | Superior |
| Misgav Ladach | 153 | 3,18 | 3,12 | 3,24 |
| Convencional | 153 | 5,03 | 4,92 | 5,13 |

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al cuarto objetivo específico que es el medir la cantidad de hilos usados en ambas técnicas, vemos que se usó entre 3 y 4 hilos con un promedio de 3,18 hilos +/- 0,38 y una sumatoria de 486 hilos en cesárea con técnica Misgav Ladach, en relación a 3 y 6 hilos con un promedio de 5,03 hilos +/- 0,66 y una sumatoria de 769 hilos usados en la cesárea convencional, que nos muestra que la cantidad de hilo usado es menor en el grupo de cesárea Misgav Ladach. El intervalo de confianza para la diferencia al 95% es de: 3,12 como valor inferior y 3,24 como valor superior en la cesárea con técnica Misgav Ladach en contraposición a 4,92 como valor inferior y 5,13 como valor superior en la cesárea convencional.

Cuadro 14

Valor de la prueba T para igualdad de medias de muestras independientes de número de hilos por técnica de cesárea. Hospital Municipal Los Andes, El Alto - Bolivia, 2012

| Prueba de Levene para la igualdad de varianzas | | | Prueba T para la igualdad de medias de Número de hilos usados por técnica de cesárea | | | | | |
|--|-------|------|--|---------|------------------|----------------|---------------------------|----------|
| Igualdad de varianzas | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) | Dif. de medias | 95% IC para la diferencia | |
| | | | | | | | Superior | Inferior |
| Se asumió igualdad | 4,710 | ,031 | -29,712 | 304 | ,000 | -1,850 | -1,972 | -1,727 |
| No se asumió igualdad | | | -29,712 | 241,914 | ,000 | -1,850 | -1,972 | -1,727 |

Fuente: Cuadro 13, (Elaboración Propia)

El valor de la prueba t para la igualdad de medias de muestras independientes del número de hilos usados por tipo de técnica de cesárea que se realizó tiene un valor de $p < 0,000$ que es estadísticamente significativa.

Cuadro 15
Tabla de contingencia de número de hilos por técnica de cesárea.
Hospital Municipal Los Andes, El Alto - Bolivia, 2012.

| Técnica de cesárea | Número de hilos | | Total |
|--------------------|-----------------|------------|------------|
| | 4 y + | 3 o - | |
| Misgav Ladach | 27 | 126 | 153 |
| Convencional | 148 | 5 | 153 |
| Total | 175 | 131 | 306 |

Fuente: Historias clínicas (Elaboración propia)

Con respecto a la cantidad de hilos empleados, se evidencia que en 27 casos se empleó 4 hilos y en 126 casos se usó 3 hilos en cesárea Misgav Ladach, además en 148 casos se usó 4 y más hilos y en 5 casos se empleó 3 hilos en la cesárea convencional. La asociación del empleo de hilos en cesárea con técnica Misgav Ladach nos da un RR de 0.18 con un IC 95% (0.13– 0.26), que significa que la incidencia de empleo de hilos en el grupo de cesárea Misgav Ladach es de 0,18 veces la observada en relación al grupo de cesárea convencional con un valor de $\chi^2 = 83,99$ y un valor $p < 0,000$ estadísticamente significativo, se constituye en un factor protector para la paciente con menor empleo de hilos, la reducción absoluta de riesgo (RAR) es de 79 lo que significa que con el tratamiento de cesárea con técnica Misgav Ladach se puede reducir en 79 casos el empleo de mayor número de hilos por cada 100 personas tratadas en relación a la cesárea convencional; La reducción relativa de riesgo (RRR) que se consigue con el tratamiento es de 82%, indicándonos que el tratamiento con cesárea con técnica Misgav Ladach reduce en un 82% el empleo de mayor cantidad de hilos. El número necesario a tratar (NNT) da un valor de 1, indica que para evitar un caso necesitamos tratar 1 paciente con el nuevo tratamiento.

Cuadro 16
Valor de la media de días de internación en postoperatorio por
Técnica de cesárea. Hospital Municipal Los Andes,
El Alto - Bolivia, 2012.

| Técnica de Cesárea | Valor de la media de días de internación en post operatorio | | | |
|--------------------|---|-------|---|----------|
| | n | Media | 95% Intervalo de Confianza para la diferencia | |
| | | | Inferior | Superior |
| Misgav Ladach | 153 | 3,15 | 3,06 | 3,24 |
| Convencional | 153 | 3,54 | 3,40 | 3,69 |

Fuente: Elaboración propia.

Como se indica en el presente cuadro, la estadía hospitalaria es de 2 a 5 días con un promedio de 3,15 días y una desviación típica de +/- 0,54 en cesárea con técnica Misgav Ladach, en comparación a 3 a 8 días con un promedio de 3,54 días y una desviación típica de +/- 0,91 en el grupo de cesárea convencional, que comparativamente muestra una disminución en días de internación. El intervalo de confianza para la diferencia al 95% es de: 3,06 como valor inferior y 3,24 como valor superior en la cesárea con técnica Misgav Ladach y de: 3,40 como valor inferior a 3,69 en su valor superior en la cesárea convencional.

Cuadro 17
Valor de la prueba T para igualdad de medias de muestras
independientes de los días de internación por técnica de cesárea.
Hospital Municipal Los Andes, El Alto - Bolivia, 2012

| Prueba de Levene para la igualdad de varianzas | | | Prueba T para la igualdad de medias de los días de internación postoperatoria por técnica de cesárea | | | | | |
|--|--------|------|--|---------|------------------|----------------|---------------------------|-------|
| Igualdad de varianzas | F | Sig. | t | gl | Sig. (bilateral) | Dif. de medias | 95% IC para la diferencia | |
| | | | | | | | Sup. | Inf. |
| Se asumió igualdad | 50,962 | ,000 | -4,566 | 304 | ,000 | -,392 | -,561 | -,223 |
| No se asumió igualdad | | | -4,566 | 249,199 | ,000 | -,392 | -,561 | -,223 |

Fuente: Cuadro 16, (Elaboración Propia)

El valor de la prueba t para la igualdad de medias de muestras independientes de días de internación postoperatoria por técnica de cesárea empleada en las gestantes tiene un valor de $p < 0,000$ que es estadísticamente significativa.

En el estudio también se halló complicaciones postoperatorias en la cesárea convencional en relación al grupo de Cesárea con técnica Misgav Ladach donde no se tuvo ninguna complicación.

Por los resultados encontrados en el presente estudio se rechaza la Hipótesis nula y se acepta la Hipótesis Alternativa propuesta en el presente trabajo que es: “La cesárea con técnica Misgav Ladach es beneficiosa comparada con la técnica de cesárea convencional en la resolución de embarazo a término en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Los Andes, de la ciudad de El Alto, en la gestión 2012”.

12. DISCUSIÓN

En relación a la edad materna se evidencia un promedio de 27,54 y 28,40 años, con una desviación típica de 5,576 y 4,91 respectivamente, similar situación ocurre en la literatura como se indica en artículos revisados^{18,21}, con respecto al estado civil se evidencia que es más frecuente el de casada con 49 % para el grupo de cesárea con técnica Misgav Ladach y 47,7% para el grupo de cesárea convencional. El área de procedencia más frecuente de las gestantes que acudieron al servicio y tuvieron operación cesárea, fue las de área rural, con un 58,8% y 65,4% para cesárea con técnica Misgav Ladach y cesárea convencional respectivamente, similar a otros estudios a nivel nacional.²¹ La edad gestacional al ingreso a operación cesárea tuvo un promedio de 38,88 semanas de gestación en cesárea Misgav Ladach y 38,79 semanas de gestación en cesárea convencional y una desviación típica de 1,034 y

0,922 respectivamente para ambos grupos de cesárea, similar a otros estudios^{14,18,21}.

Con respecto a los objetivos del presente estudio se evidencia que la presencia de dolor postoperatorio referido por las puérperas quirúrgicas, los resultados muestran que el 98,7% en las sometidas a cesárea con técnica Misgav Ladach no refirieron dolor en el postoperatorio mediato, en comparación al 20,9% de dolor referido por la puérpera quirúrgica sometidas a cesárea convencional. La asociación de la cesárea con técnica Misgav Ladach en la percepción dolorosa por las puérperas quirúrgicas pasadas las 24 horas en el postoperatorio, dio RR de 0.06 con un IC 95% (0.02 – 0.26) indica que tiene menos probabilidad de percibir dolor pasadas las 24 horas con un valor de χ^2 29,78 y un valor P 0,000, resultados similares se obtuvieron en la bibliografía revisada.^{18,19,20,21} La RAR nos indica que la cesárea con técnica Misgav Ladach evita en 19,5 casos la percepción dolorosa por cada 100 pacientes tratadas, la RRR: indica que la cesárea Misgav Ladach reduce en un 94% el riesgo de percepción dolorosa. El NNT: nos indica que es necesario para evitar la presentación de una percepción dolorosa en postoperatorio pasadas las 24 horas, debemos tratar 5 pacientes.

El analgésico administrado en el postoperatorio inmediato es el metamizol de 500mg, se administraron en el 100 % de las cesáreas, la diferencia es la dosis en ambos grupos, las post operadas de cesárea con técnica Misgav Ladach recibieron 2 dosis en 146 casos y 3 dosis en 7 casos. El uso de metamizol (2 dosis) dio un RR: 0,05 con un IC 95% (0,02 – 0,10) con valor de χ^2 : 236, valor p <0,000. El valor de RAR: indica que la cesárea con técnica Misgav Ladach evita en 92 casos por cada 100 pacientes tratadas, en comparación a la cesárea convencional, la RRR: nos indica que reduce en un 95% el riesgo el uso de metamizol 500mg en 3 dosis. El NNT: nos indica que para mejorar un caso necesitamos tratar a 1 paciente con la nueva técnica operatoria. La dosis de fármacos

analgésicos administrados en la cesárea con técnica de Misgav Ladach es menor, factor que ayuda a la gestante y la institución, contribuyendo a disminuir los costos tanto para la paciente como para la institución. El estudio realizado por Walter R. Ventura Laveriano del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima, Perú. 2009. Comparando la Técnica Misgav Ladach, con la cesárea clásica de Kerr, vio que en el grupo Misgav Ladach requirió menor analgesia postoperatoria en relación a la clásica¹⁴. Similares resultados obtuvo Hofmeyr GJ evidenciando que las técnicas basadas en Joel – Cohen, Misgav Ladach reducen el uso de calmantes en el postoperatorio.¹⁷

Al comparar el tiempo operatorio empleado en la Cesárea con técnica de Misgav Ladach dio un promedio de 26,79 minutos +/- 3,19 en comparación al tiempo operatorio empleado de un promedio de 40,84 minutos +/- 8,40 en el grupo de cesárea convencional, el tiempo operatorio para la cesárea Misgav Ladach es menor que en la cesárea convencional, la RAR indica que la cesárea con técnica Misgav Ladach reduce en 49 casos el empleo de mayor tiempo operatorio por cada 100 personas tratadas. El RR indica que la incidencia de uso de tiempo operatorio en el grupo de cesárea simplificada es de 0,47 veces la observada en relación al grupo de cesárea convencional; La RRR prueba que la cesárea con técnica Misgav Ladach reduce en un 53% el tiempo quirúrgico. El NNT indica que para evitar un caso de tiempo quirúrgico mayor necesitamos tratar 2 pacientes con la nueva técnica operatoria. La literatura indica que este tiempo es mucho más reducido, confirmándose la ventaja del menor tiempo quirúrgico en la cesárea con técnica Misgav Ladach, los publicados por Abalos E, en Técnicas quirúrgicas para la cesárea, en La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; 2009. Muestran que los métodos de Joel-Cohen, Misgav Ladach en comparación con la cesárea con incisión de Pfannenstiel, se asociaron con menor duración de la cirugía (DMP: -7,30; IC 95%: -8,32 a -6,28 minutos), menor tiempo hasta la movilización (DMP: -16,06; IC 95%:

-18,22 a -13,90 horas), los resultados provienen de un estudio clínico con participación de 339 mujeres.¹⁹ resultados similares se publican en la literatura de otros estudios realizados.^{18,20,21}

En relación al uso de hilos en la cesárea con técnica de Misgav Ladach tiene un promedio de 3,18 hilos en comparación a un promedio de 5,07 hilos usados en la cesárea convencional, La RAR indica que la cesárea con técnica Misgav Ladach puede reducir en 79 casos el empleo de número de hilos por cada 100 personas tratadas. El RR indica que la incidencia de empleo de hilos en el grupo de cesárea simplificada es de 0,18 veces la observada en relación al grupo de cesárea convencional; La RRR nos indica que la cesárea con técnica Misgav Ladach reduce en un 82% el empleo de mayor número de hilos. El NNT indica que para evitar un caso de mayor número de hilos necesitamos tratar 1 paciente con la nueva técnica operatoria, similares resultados se repiten en estudios.^{18,21} el único estudio realizado a nivel nacional fue la Tesis titulada “Eficiencia de la técnica cesárea simplificada comparada con la técnica cesárea Munro Kerr” del Dr. Loayza C, el 2004 en el Hospital Materno Infantil de la ciudad de La Paz, donde cita un tiempo quirúrgico de 50,7 minutos en promedio para el grupo de Cesárea kerr y 25,7 minutos en el grupo de cesárea simplificada, con una percepción dolorosa inferior en el postoperatorio, el uso de hilos fue de 5,2 hilos en Cesárea Kerr y 3,8 a 3,9 hilos usados en la cesárea simplificada.²⁸

La estadía hospitalaria de las puérperas quirúrgicas es de 3 a 5 días con un promedio de 3,15 días +/- 0,54 en cesárea con técnica de Misgav Ladach en comparación de 3 a 8 días con un promedio de 3,54 días +/- 0,91 en la cesárea con técnica convencional, con una t de student: 0,000 que es estadísticamente significativa. La literatura internacional indica que la estadía hospitalaria es menor en cesárea simplificada en comparación a la cesárea con técnica clásica.¹⁴ En el estudio realizado por Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah A, Novikova N. publicado en La Biblioteca Cochrane

Plus el 2008, los ensayos sugieren que las técnicas basadas Joel-Cohen, Misgav-Ladach tienen ventajas a corto plazo por encima de los métodos Pfannenstiel y la tradicional, con reducción del tiempo postoperatorio hasta la movilización (339 mujeres; DMP -16,06; IC 95%: -18,22 a -13,90 horas) y menor duración de la estadía hospitalaria postoperatoria para la madre (339 mujeres; DMP -0,82; IC 95%: -1,08 a -0,56 días), los resultados obtenidos a corto plazo implican ahorros para los sistemas de salud.^{17,18,19,20}

En base a los resultados obtenidos se puede evidenciar que los beneficios de la cesárea con técnica Misgav Ladach son evidentes como es la menor percepción del dolor en el post operatorio y por tanto menor uso de fármacos analgésicos, por la disminución de tiempo operatorio y menor estancia hospitalaria sino también al usar menor cantidad de hilos introduce menos hilos al organismo ofreciendo menor morbilidad, todo ello repercute en una atención con calidad a la paciente, por lo que influye en la optimización de insumos intrahospitalarios que de manera indirecta repercute en los recursos económicos hospitalarios, (economizando costos y también en la optimización de los recursos humanos) sin afectar la calidad del manejo de la gestante.

13. IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS

Los beneficios de la cesárea con técnica Misgav Ladach son evidentes por muchos factores como la disminución en la cantidad de analgésicos utilizados que no solo repercuten en un mejor manejo de la paciente, brindando atención con calidad a la paciente, sino también contribuye en la disminución del costo de insumos que benefician a la paciente en caso de que tenga que correr con los costos ella misma, de la misma forma en forma indirecta al centro hospitalario.

14. CONCLUSIONES

Con respecto al primer objetivo del presente estudio: La percepción de dolor por las puérperas quirúrgicas en el postoperatorio mediato en cesárea con técnica Misgav Ladach, fue menor en un 98,7%, con un RR de 0.06, en comparación al dolor referido por la puérpera de cesárea convencional.

La dosis de analgésicos administrados en los postoperatorios inmediatos se redujo en las post operadas de cesárea simplificada que recibieron metamizol de 500mg/ 2 dosis en 146 casos y 3 dosis solo en 7 casos, con un RR: 0,05 en comparación a la cesárea convencional donde se requirió metamizol 500mg (3 dosis) en 149 casos.

Es evidente que al comparar el tiempo quirúrgico entre la técnica de Cesárea con técnica Misgav Ladach con un promedio de 27 minutos, promedio mucho menor en relación a cesárea convencional cuyo promedio fue de 40,84 minutos.

Indiscutiblemente la cantidad de hilos usados en la técnica de cesárea con técnica Misgav Ladach es muy baja, ya que tiene un promedio de 3,18 hilos en comparación a un promedio de 5,03 hilos para la cesárea convencional.

Con respecto a la estadía hospitalaria, los datos hallados nos indican que hay una disminución leve de días de internación en cesárea con técnica Misgav Ladach en comparación a cesárea convencional.

Los resultados obtenidos en el presente estudio indican que la cesárea Misgav Ladach es beneficiosa comparada con la Cesárea convencional en la resolución de embarazo a término en el Hospital Municipal Los Andes, además nos coadyuvan en la optimización de recursos en

quirófano y por ende en los recursos económicos de la institución, obviamente sin afectar la calidad de atención.

15. RECOMENDACIONES

Se recomienda poner en práctica la operación cesárea con técnica Misgav Ladach con mayor frecuencia por la gran mayoría de los médicos que trabajan en el Hospital Municipal Los Andes y en todos los escenarios para la resolución del embarazo por los beneficios que esta ofrece frente a la cesárea convencional en la resolución del embarazo. Además debido a que influye en una baja en los costos hospitalarios, influye en la economía de la gestante, especialmente en el ámbito donde se desenvuelve las prestaciones de salud como es la ciudad de El Alto donde se debe mejorar los costos de operación.

Se recomienda realizar estudios de cohorte prospectiva para evidenciar ventajas a largo plazo y realizar otros estudios de otras variables como es el caso del diagnóstico preoperatorio para detectar probables infecciones y que serán sometidas a operaciones clasificadas como limpias para identificar las posibles causas y la frecuencia de complicaciones infecciosas en estas pacientes.

Mejorar el manejo del expediente clínico, como el llenado completo y correcto de todos los componentes de la historia clínica que son importantes para cualquier estudio y más aún que es considerado como un documento legal.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Rivero MI, Schaab, A; Feü, C; Avanza MJ; Vidal, D. “Ensayo clínico sobre la utilidad de una nueva técnica de cesárea sin sutura del peritoneo”, Servicio de Toco ginecología del Hospital Llano. Corrientes. Argentina. 2008.
- 2.- Lombardia Prieto J, Fernández Pérez M. Ginecología y Obstetricia – Manual de consulta rápida, 2da ed. Madrid: Médica Panamericana. 2007. p.558.
- 3.- Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes: Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna perinatal y neonatal en Bolivia. La Paz: 2010.p.10-30.
- 4.- Gilstrap III, Cunningham, Van Dorstein, Urgencias en sala de partos y obstetricia quirúrgica, 2da ed. Buenos Aires: Médica Panamericana. 2005. p.45-62, 241-274.
- 5.- Cunningham G, gant N, Leveno K, Gilstrap III, Wenstrom K, Parto por cesárea e histerectomía postparto en Williams Obstetricia 21^a ed. Panamericana. 2002. p.463-485
- 6.- -----. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, INASES. Normas de diagnóstico y tratamiento médico de Ginecología y Obstetricia. La Paz: 2005.P.106-109.
- 7.- Vázquez Cabrera J. Cesárea -análisis crítico y recomendaciones para disminuir su morbilidad. 2da ed. La Habana: Ciencias Médicas. 2009. p.62
- 8.- Moreno V, Osoreo F, Chacaltana J, Barriga Z. Profilaxis antibiótica en

cirugías abdominal y cesárea. Rev. Panam. Infectol. 2008. 10 (4 Supl 1) p.127-133

9.- Polaco Castillo J A. Maniobras médico quirúrgicas para el médico general. Capítulo VI, suturas y tipos de puntos. México.2007; Dpto de Cirugía, Facultad de Medicina, UNAM.

10.- ----- . Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes: Normas Nacionales de Atención Clínica. En el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural. La Paz Bolivia, 2011 cap. 20, pag.51.

11.- Urruella G.Cesárea -Técnicas Quirúrgicas, Presentation Transcript. Guatemala: 2008.(2 de julio) 12.- Pelosi M A, Pelosi III M A, y Giblin S. Cesárea simplificada en contemporary OB/GYN. Argentina:1966; vol.4, (7): 5- 17.

12.- Pelosi M A, Pelosi III MA, y giblin S. Cesarea simplificada en contemporary OB/GYN. Argentina: 1966, vol.4,(7):5-17

13.- Guerra Ulloa P, Fernández Montes J M, Antúnez Ramírez N A, Salazar Juárez C M. Técnica simplificada de operación cesárea (Fernández Guerra) versus técnica convencional análisis clínico comparativo de dos técnicas de operación cesárea. An. Med (México) 2006;vol 51, Núm 4, oct- dic p. 159-163

14.- Ventura Laveriano W R. Técnica Misgav Ladach, comparados con la cesárea clásica de Kerr, Instituto Nacional Materno Perinatal. An. Fac. Med. (Lima). 2012; v. 70 n.3.

15.- Clifford R. Wheelles S, Jr. M.D. Atlas de cirugía pélvica Ginecológica, 3ra ed. Barcelona: Masson: 1998.p.212-215.

- 16.- Anderson ER, Gates S. Técnicas y materiales para el cierre de la pared abdominal en la cesárea, Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 17.- Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah A, Novikova N, Técnicas para la cesárea, Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: disponible en: <http://www.update-software.com>.
- 18.- Dodd Jodie M, Anderson Elizabeth R, Gates S. Técnicas quirúrgicas para la incisión y el cierre uterino en el momento de la cesárea. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: disponible en: <http://www.update-software.com>. January 21, 2009.
- 19.- Abalos E. Técnicas quirúrgicas para la cesárea. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Comentario de la BSR (última revisión: 1 de mayo de 2009).
- 20.- Cairo González V, Marín Tápanes Y, Roche C S. Morbilidad infecciosa asociada a la operación cesárea Hospital Universitario Gineco-Obstétrico "Mariana Grajales",2011. Caso: Acta Médica del Centro, Vol. 5, No. 1.
- 21.- Camacho Claros C, Brañez García C A, Pardo Novak A, Ordoñez Maygua J, "Cesáreas iterativas" - Experiencia en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidí. Cochabamba: 2006 – 2008. Gaceta Médica Boliviana, 2010; Versión impresa.
- 22.- Sullivan SA, Smith T, Chang E, Hulsey T, Vandorsten JP, Soper D. Administración de cefazolina antes de la incisión en piel es superior que al momento de pinzar el cordón umbilical para prevenir infecciones post-cesárea. Am J Obstet Gynecol. 2007 May; 196(5):455.

- 23.- Hernández Samplieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación, 5ta ed. México: McGraw – Hill/ Interamericana 2010.p.163
- 24.- Argimon Pallás J M^a. Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 3ra ed. Madrid: Elsevier 2000. p.63-67.
- 25.- Villa Romero A, Moreno Altamirano L, García de la Torre G. Epidemiología y estadística en salud Pública. 1ra ed. México: McGraw – Hill/ Interamericana 2012. p.114-129.
- 26.- Dawson B, Trapp R. Bioestadística Médica. 4ta Edición, traducida de la 4^o edición en inglés. México: El manual moderno, S.A. de C.V. 2005. p.11,14-45,46.
- 27.- Hurley Wendy L, Denegar Craig R, Hertel J. Métodos de investigación, Fundamentos de una práctica clínica basada en evidencia. Edición Española. España: Copyright 2012 Wolters Kluwer Health España, S. A. p.251-253.
- 28.- Loayza dos Reis C A. Eficiencia de la técnica cesárea simplificada comparada con la técnica cesárea Munro Kerr - Hospital Materno Infantil CNS, agosto a octubre de 2004 [Tesis de maestría], La Paz, Facultad de Medicina- UMSA; 2004.

17. ANEXOS

- I. Carta de autorización de Dirección de Hospital.
- II. Carta de autorización de Jefatura de Servicio.
- III. Carta de autorización del Departamento de Archivos
- IV. Ficha de recolección de datos.
- V. Figuras

ANEXOS

El Alto, 01 de octubre de 2012.

Señor:

Dr. Edwin Trujillo Casanova

DIRECTOR DEL HOSPITAL MUNICIPAL LOS ANDES

Presente.

REF: SOLICITUD DE PERMISO PARA REALIZAR TESIS EN MAESTRIA EN SALUD PUBLICA- EPIDEMIOLOGIA, EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA.

Distinguido Dr. Trujillo:

Mediante la presente me dirijo a su autoridad a objeto de solicitar a su Autoridad se me conceda permiso para la investigación y posterior elaboración de mi tesis en Maestría en Salud Pública, Mención: Epidemiología, (realizada en la Universidad Mayor de San Andrés) con el tema: "Beneficios de Cesárea Simplificada comparada con Cesárea Convencional en la resolución de embarazo a término en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Los Andes, de la ciudad de El Alto, en la gestión 2012". Procedimientos quirúrgicos que se ofrecen a las gestantes. Para ello revisaré las historias clínicas de gestantes que se atendieron.

Agradeciendo la oportunidad y seguridad de contar con la aceptación, al mismo tiempo deseándole éxitos en su labor, me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente:


Dra. Teresa Pinaya Chambi.


DIRECTOR
HOSPITAL MUNICIPAL LOS ANDES
01.10.2012
Trujillo

El Alto, 02 de octubre de 2012

Señora:

Dra. Teresa Pinaya Ch.

Presaria.-

REF: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR SU INVESTIGACIÓN "TESIS
EN MAESTRIA EN SALUD PUBLICA- MENCIÓN EPIDEMIOLOGIA".

La presente es para comunicar a su persona que su solicitud fue aceptada y tiene viabilidad para la realización de su investigación (Elaboración de su tesis en Maestría en Salud Pública; Mención: Epidemiología). En los acápites solicitados: "Beneficios de Cesárea Simplificada comparada con Cesárea Convencional en la reducción de embarazo a término en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Los Andes, de la ciudad de El Alto, en la gestión 2012". A si mismo se indicó a las instancias correspondientes se le otorgue la colaboración necesaria para ese efecto.

Atentamente:



Dr. Edwin Trujillo Cesanova
DIRECTOR a.i. HOSPITAL MUNICIPAL LOS ANDES

Dr. Edwin D. Trujillo Cesanova
DIRECTOR a.i.
HOSPITAL MUNICIPAL LOS ANDES
RUC: 1-039

El Alto: 02 de octubre de 2012

Señora:

Dra. Teresa Pinaya Ch.

Presenta:-

REF: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN - TESIS:
"MAESTRIA EN SALUD PUBLICA- MENCIÓN EPIDEMIOLOGIA".

La presente es para comunicar a su persona que su solicitud fue admitida y tiene vía libre para la realización de su investigación "Elaboración de su tesis en Maestría en Salud Pública, Mención: Epidemiología". En los acápites solicitados, en su tema: "Beneficios de Cesárea Simplificada Comparada con Cesárea Convencional en la resolución de embarazo a término en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Los Andes, de la ciudad de El Alto, en la gestión 2012". De igual forma se indica a las instancias correspondientes se le preste la cooperación correspondiente.

Atentamente:



Dr. Andrés Pacheco C.

RESPONSABLE DE SERVICIO DE OBSTETRICIA



El Ato: 05 de octubre de 2012

Señora:

Dra. Teresa Pinaya Ch.

Presente -

REF: AUTORIZACIÓN PARA REVISAR HISTORIAS CLÍNICAS.

La presente es para comunicar a su persona que su solicitud fue aceptada y tiene vía libre para REVISAR las Historias Clínicas de las pacientes que se atienden en el Servicio de Obstetricia y realizar su Investigación "Elaboración de su tesis en Maestría en Salud Pública, Mención: Epidemiología". Se indica a las instancias correspondientes para que se otorgue la colaboración para tal efecto.

Atentamente:



RESPONSABLE UNIDAD DE ARCHIVOS - H. M. L. A.

ANEXO V

FICHA RECOLECTORA DE DATOS

(Datos que se Obtienen de Historia Clínica)

Nº. DE FICHA.....

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" en la respuesta que sea la mas correcta en los espacios correspondientes de () en el caso de preguntas cerradas, o complete en forma escrita en el espacio de puntos suspensivos (.....) en caso de preguntas abiertas.

DATOS GENERALES:

PROCEDENCIA: AREA RURAL: () AREA URBANA ()

EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS:.....

ESTADO CIVIL: CASADA: () SOLTERA: () UNIÓN ESTABLE: ()

NIVEL DE EDUCACIÓN ALCANZADA:

NINGUNO () PRIMARIA () SECUNDARIA: () NIVEL SUPERIOR: ()

AÑOS APROBADOS:.....

OCUPACIÓN: LABORES DE CASA () COMERCIANTE () ESTUDIANTE ()

LUGAR DE PROCEDENCIA: URBANA () RURAL () .

CONTROL PRENATAL REALIZADO: SI: () NO: () CUANTOS:.....

ANTECEDENTES GINECO - OBSTETRICOS: G:.....P:.....AB:..... C:.....

EDAD GESTACIONAL: EDAD EN SEMANAS.....

DIAGNOSTICO DE INTERVENCIÓN PARA CESAREA: CUAL:.....

TIPO DE CESAREA:

CONVENCIONAL: Munro Kerr (), Simplificada: Pelosi (), Misgav Ladach ()

TIPO DE INSICIÓN EN PARED ABDOMINAL:

PFANNENSTIEL () MEDIANA INFRAUMBILICAL () JOEL COHEN ()

TIEMPO OPERATORIO (en minutos).....

ESTANCIA HOSPITALARIA: DIAS DE INTERNACIÓN:.....

USO DE ANALGESICO EN POSTOPERATORIO INMEDIATO: SI () NO ()

METAMIZOL () QUETOROLATO () PARACETAMOL ()

METAMIZOL – PARACETAMOL () OTRO ESQUEMA ()

Dosis.....

SOLICITUD DE ANALGESICO POST 24 HORAS POST OPERATORIO: SI () NO ()

USO DE ANALGESICO OFRECIDO Y DOSIS DE LA MISMA:

METAMIZOL () QUETOROLATO () PARACETAMOL ()

METAMIZOL – PARACETAMOL () OTRO ESQUEMA ()

Dosis.....

USO DE ANTIBIOTICO EN POSTOPERATORIO INMEDIATO: SI () NO ()

ESQUEMA USADO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO:

AMOXICILINA () GENTAMICINA () CEFOTAXIMA ()

AMOXICILINA-GENTAMICINA ()

DOSIS:.....

COMPLICACIÓN EN POSTOPERATORIO INMEDIATO: SI () NO ()

DIAGNOSTICO:

FIEBRE >38°C () ABSCESO DE PARED () SEROMA ()

HEMATOMA DE PARED () ENDOMETRITIS ()

REINTERNACIÓN: SI () NO ()

USO DE ESQUEMA DE ANTIBIOTICO EN REINTERNACIÓN:

AMOXICILINA () GENTAMICINA () CEFOTAXIMA () AMOXICILINA-

GENTAMICINA () AMOXICILINA-GENTAMICINA Y METRONIDAZOL ()

CEFOTAXIMA-METRONIDAZOL ()

DOSIS:.....

TIPO DE ANESTESIA: RAQUIDEA () PERIDURAL () GENERAL ()

OTRA.....

RESULTADOS DE LABORATORIO EN REINTERNACIÓN (SERIE BLANCA):

SERIE BLANCA DENTRO DE PARAMENTROS NORMALES () SERIE BLANCA

CON LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA- CAYADOS- DESVIO A LA IZQUIERDA ()

LEUCOPENIA Y LINFOPENIA ()

VALORES:

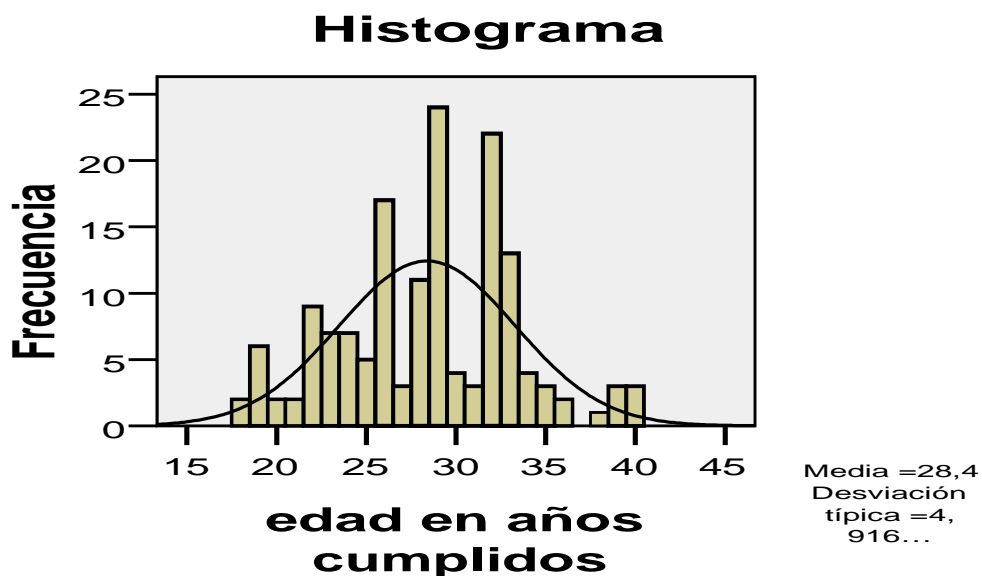
OBSERVACIONES:.....

FECHA:.....

GRACIAS!

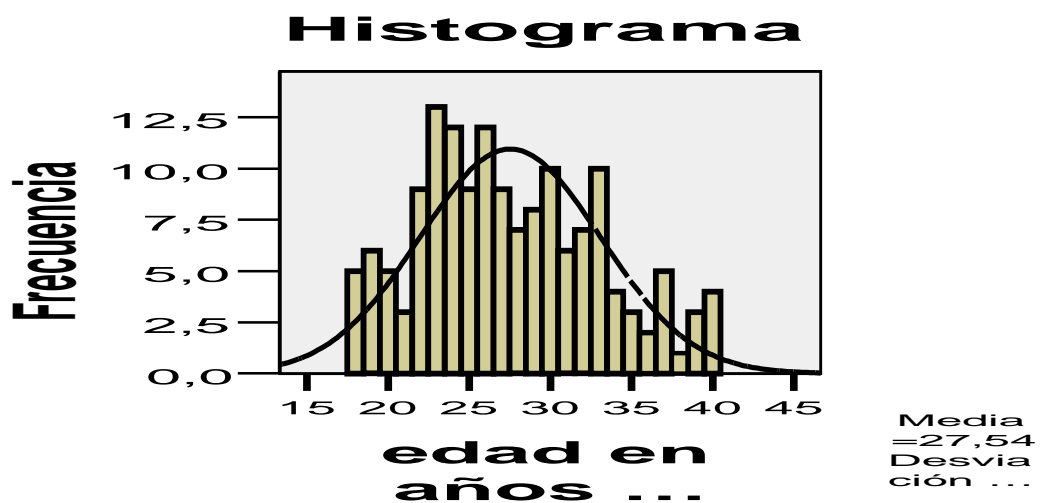
ANEXO VI: FIGURAS

Figura 1
Edad en Años Cumplidos Cesárea Misgav Ladach, Hospital Municipal Los Andes.
El Alto – Bolivia, 2012



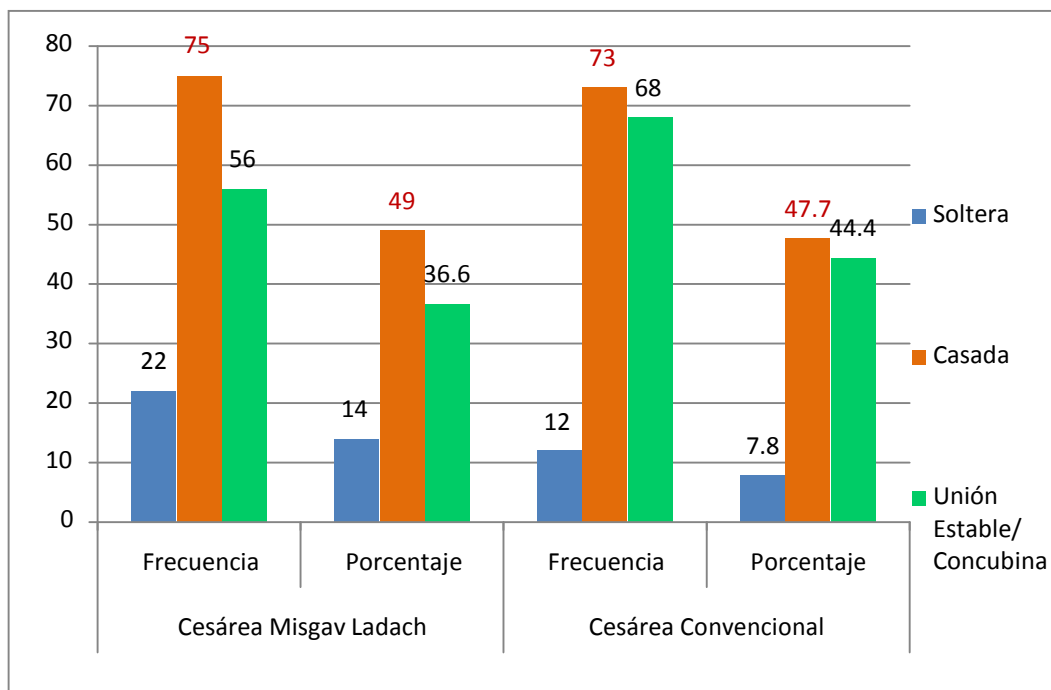
Fuente: Elaboración propia.

Figura 2
Edad en Años Cumplidos Cesárea Convencional, Hospital Municipal Los Andes.
El Alto – Bolivia, 2012



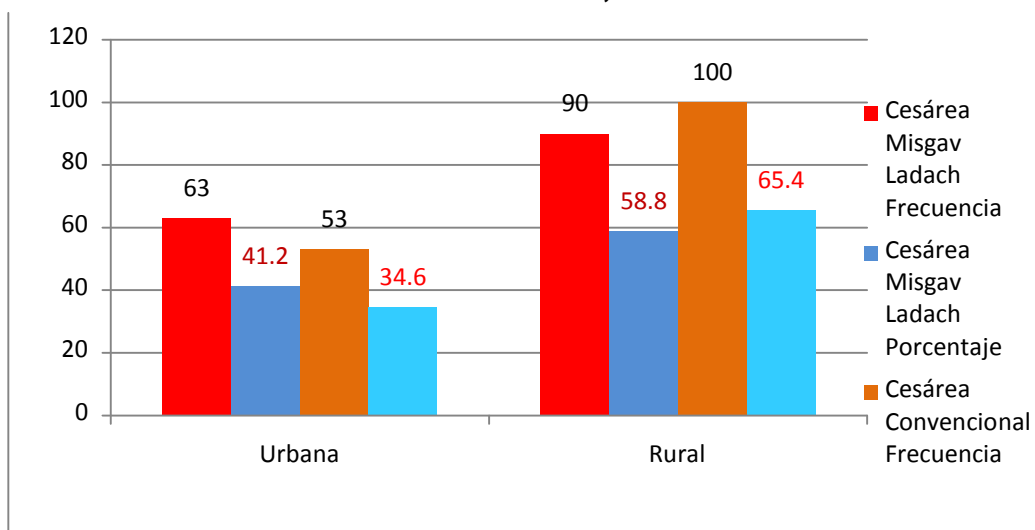
Fuente: Elaboración propia.

Figura 3
Relación por Estado civil de las gestantes Hospital Municipal Los Andes.
El Alto – Bolivia, 2012



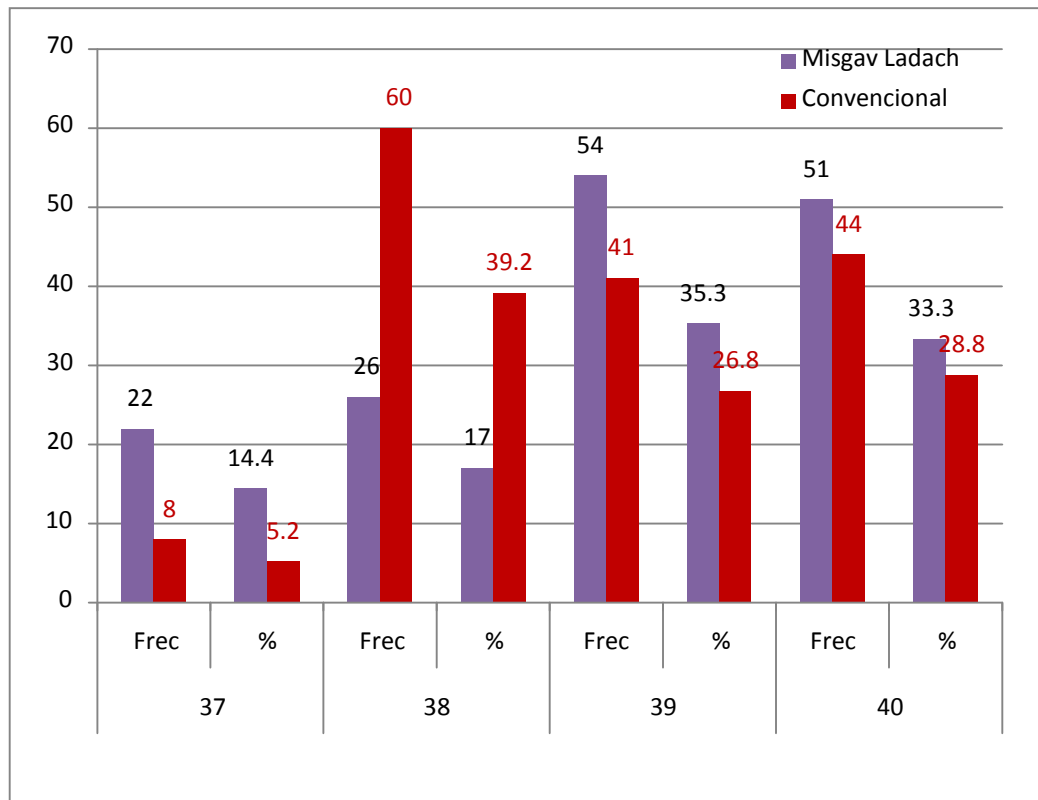
Fuente: Elaboración propia

Figura 4
Relación por Procedencia Área Rural /Urbana Hospital. Municipal Los Andes.
El Alto – Bolivia, 2012



Fuente: Elaboración propia

Figura 5
Relación Edad Gestacional por Técnica de Cesárea.
Hospital Municipal Los Andes. El Alto – Bolivia, 2012



Fuente: Elaboración propia