

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA



Características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuentes en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Deissi Mariel Burgos Sanabria

Coronel Oviedo – Paraguay

2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuentes en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017

Deissi Mariel Burgos Sanabria

Tutor: Dr. Aníbal Kawabata

Trabajo de Fin de Grado presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado de Médico-Cirujano.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuentes en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017

Deissi Mariel Burgos Sanabria

Trabajo de Fin de Grado presentado para obtener el título de grado
de Médico Cirujano
Coronel Oviedo - Paraguay

Miembros del Tribunal Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Dedicatoria

A Dios y a la Virgen por asistirme en todas mis pruebas tanto externas como espirituales.

A mi hijo Gael, que es fuente de inspiración y fortaleza para superar las adversidades y obstáculos que se presentan en el camino.

A las mujeres de mi vida, mi mamá Oliva, mi hermana Lorena, mi abuela Dionisia, y mi tía Herminia, por ser faros que iluminan mi camino en los momentos de oscuridad.

A los hombres de mi vida mi papá Oscar y mi hermano Rubén, que son mi fortaleza en los momentos de debilidad.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Agradecimientos

A mi tutor el Dr. Aníbal Kawabata, que fue mi guía para la realización de este trabajo.

A la Dra. Edid Plaz, el Dr. Ever Amarilla y Andrea Amarilla que colaboraron en la realización del estudio.

Al Dr. Marcial González por las sugerencias recomendadas.

A los profesores de la Universidad Nacional de Caaguazú por sus enseñanzas durante la carrera.

A los funcionarios administrativos y a los de archivos del Hospital Regional de Coronel Oviedo que me ayudaron a ingresar para la recolección de mis datos.

.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Biografía

Deissi Mariel Burgos Sanabria, nacida el 14 de abril de 1990, en la ciudad de Encarnación, departamento de Itapúa, hija del Lic. Oscar Burgos Báez y Oliva Sanabria de Burgos.

Realizó sus estudios en la Escuela 208 Mitã Tenonderã, luego en el Colegio San Roque González de Santa Cruz de la ciudad de Encarnación, culminando sus estudios en el año 2007.

Desde el año 2010 es estudiante universitaria de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Caaguazú.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Índice

PORTADA.....	I
HOJA DE APROBACIÓN	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
BIOGRAFÍA	VI
LISTA DE GRÁFICOS	VIII
RESUMEN	X
ÑEMOMBYKY.....	XII
RESUMO	XIV
ABSTRACT.....	XV
ANTECEDENTES.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	8
OBJETIVOS.....	10
MARCO TEÓRICO	11
MARCO METODOLÓGICO.....	20
RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIÓN.....	45
RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO	46
BIBLIOGRAFÍA.....	47
CRONOGRAMA.....	51
PRESUPUESTO.....	53
ANEXO	54



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Lista de gráficos

Gráfico 1	Distribución según edad de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	26
Grafico 2	Distribución según estado civil de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	27
Grafico 3	Distribución según procedencia de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	28
Grafico 4	Distribución según escolaridad de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	29
Grafico 5	Distribución según edad gestacional de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	30
Grafico 6	Distribución según paridad de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	31
Grafico 7	Distribución según control prenatal de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	32
Grafico 8	Distribución según VDRL de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	33
Grafico 9	Distribución según diagnostico ecográfico preoperatorio de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	34



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 10	Distribución materno-fetal según características clínicas preoperatorias de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	35
Grafico 11	Distribución según antecedentes quirúrgicos obstétricos de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	36
Grafico 12	Distribución según el tipo de incisión en pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	37
Grafico 13	Distribución según Oclusión tubárica bilateral en pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	38
Grafico 14	Distribución según hallazgos transoperatorio de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	39
Grafico 15	Distribución según los antecedentes quirúrgico obstétricos y la realización de la oclusión tubárica bilateral	40



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Resumen

Introducción: La cesárea tiene por objetivo la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero. La tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15% según la Organización Mundial de la Salud. Las complicaciones en las pacientes que habían tenido más cesáreas demostraron una morbilidad mucho mayor que las que habían tenido menos cirugías. Gran parte de esta morbilidad se concentró con placenta previa o acreta y las múltiples adherencias.

Objetivos: Determinar las características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuentes en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.

Materiales y método: Estudio observacional descriptivo, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. La población de estudio estuvo constituida por gestantes cesareadas de distintas edades del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Resultados: La población base estuvo conformado por 224 cesareadas, de los cuales, la mediana de edad fue de 26 años, el rango etario más frecuente fue entre 20 a 24 años; de unión libre, de procedencia urbana, con estudios primarios, edad gestacional de termino, nulíparas, que presentaron controles prenatales la mayoría, con diagnóstico preoperatorio ecográfico más frecuentes de desproporción cefalopélvica, con antecedente quirúrgico obstétrico de cesárea por primera vez, y con hallazgos transoperatorios más frecuentes de circular ceñido de cordón, líquido meconial y múltiples adherencias en orden de frecuencia.

Conclusión: Como antecedentes quirúrgicos obstétricos se encontró la cesárea por primera vez con mayor frecuencia en el rango de edad de 20-24 años, con



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

hallazgos transoperatorios más frecuentes, de circular ceñido de cordón, líquido meconial y múltiples adherencias en orden de frecuencia.

Palabra clave: cesárea, gestante, transoperatorio.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Ñemombyky

Ñepyrumby: pe apo cesárea oreko rehe añetegua pe type mitãragua pypukure incisión mba'e parede kuera tyeguy gua ha gua membyryru. Pe tasa potapyrã cesárea mba'e ova'erã ku'e apytépe pe 10% ha pe 15% según pe OMS. Complicacion kuera oha'arõkuaáva kuera hina, mba'asy kuera cesárea kuera ohechauka akue peteĩ mba'asype heta guasuve hina mbovyve ojopera kuera. Tuicha osẽ ko mba'e mba'asy ojeconcentra aupa ndive previa o accreta ha hetaichagua adherencia kuera.

Jehupytyse: hesa'ỹijo rehecha kuera clínica kuera ipuru'ava cesáreada kuera ha johupyre kuera transoperatorio kuera má kuera py'ỹime juhuva papyre kuerape tekuaivore ginecología mba'e ha momembyrã mbo'e, hospitalgua regional coronel oviedo, ary 2017pe

Mba'e aporã ha mba'apokatuhaicha: añemoarandu observacional descriptivo, muestreo ndive nahániri probabilístico amomenda kuera mba'e consecutivo kuerape población añemoarandu mba'e estuvo constituida rehe gestante kuera cesareada kuera oikoéva kuera edade kuera tekuaivore gua ginecología ha momembyrã mbo'e hospitalgua regional coronel mba'e oviedo.

Tembiapogui oseva: pe población topyta estuvo conformado rehe 224 cesareada kuera, mba'e cuale kuera, pe porãite'ỹ yve ha'e akue 26 ary kuera pe teko etario má kuera tapiagua ha'e akue apytépe 20-24pe ary kuera; joaju mba'e estable, procedencia táva rehegua , añemoarandu kuera ndive primario kuera, yve gestacional termino mba'e , pe hetavéva nulípara kuera, controle kuera prenatal kuera diagnostico ndive preoperatorio ecográfico má kuera tapiagua desproporción mba'e cefalopelvica, tenondegua ñembovo rehegua obstétrico kuera primera mba'e cesareada ha johupyre kuera ndive transoperatorio má kuera tapiagua kuera apu'a jopyva papyre sã líquido amniótico ha hetaichagua kuera adherencia kuera.

Tembiapo paha: akaru tenondegua kuera ñembovo rehegua kuera obstétrico kueraojevio pe cesárea rehe primera jevy guasuve ndive frecuenciape teko



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

yve mba'emepe johupyre kuera ndive transoperatorio kuera má kuera tapiagua kuera, circula mba'e jopyva papyre sã , liquido meconial ha hetaichagua kuera adherencia kuera ñemohenda frecuencia mba'e , ko pahague relacionado dicho kuera ndive tenondegua kuera ñembovo rehegua kuera obstétrico kuerape Ñe'endytee: cesarea, gestante, transoperatorio.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Resumo

Introdução: A cesárea tem como objetivo remover o feto através da incisão das paredes do abdômen e do útero. A taxa de cesárea ideal deve variar entre 10% e 15%, segundo a OMS. As complicações em pacientes que tiveram mais cesarianas demonstraram uma morbidade muito maior do que aquelas que tiveram menos cirurgias. Grande parte dessa morbidade foi concentrada com placenta prévia ou acreta e múltiplas aderências.

Objetivos: Analisar as características clínicas e achados cirúrgicos cesariana grávida mais frequentemente encontrados no serviço de ginecologia e obstetrícia, o Hospital de Coronel Oviedo de 2017 Regional.

Materiais e método: Estudo observacional descritivo, com amostragem não probabilística de casos consecutivos. A população do estudo foi constituída por gestantes de diferentes idades do serviço de ginecologia e obstetrícia do Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Resultados: A população base consistiu de 224 pacientes, dos quais, a mediana de idade foi de 26 anos, a faixa etária mais frequente foi entre 20 e 24 anos; união estável de origem urbana, com primário, gestacional termo idade, a maioria nulíparas, pré-natal, com ultra-som mais frequente diagnóstico pré-operatório desproporção céfalo-pélvica com a história cirúrgico obstétrico da primeira cesareada e achados intra-operatórios mais freqüentes circulares cordão apertado, líquido amniótico e múltiplas aderências.

Conclusão: Como uma cesariana história cirúrgica obstétrica foi visto pela primeira vez com mais frequência na faixa etária de 20-24 anos, com os achados cirúrgicos mais frequentes de envoltório de cabo circulação, mecônio e múltiplas adesões em ordem de frequência, este a última relacionada à história cirúrgica obstétrica.

Palavras-chave: cesariana, grávida, transoperatória.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Abstract

Introduction: Cesarean section aims to remove the fetus through the incision of the walls of the abdomen and uterus. The ideal cesarean rate should vary between 10% and 15% according to WHO. Complications in patients who had had more cesarean sections demonstrated a much higher morbidity than those who had had fewer surgeries. Much of this morbidity was concentrated with placenta previa or accreta and multiple adhesions.

Objective: To analyze the clinical characteristics in Cesarean pregnant women and trans-operative findings most frequently found in the gynecology and obstetrics service of the Regional Hospital of Coronel Oviedo, 2017.

Materials and methods: Descriptive observational study, with non-probabilistic sampling of consecutive cases. The study population was constituted by pregnant women of different ages of the gynecology and obstetrics service of the Regional Hospital of Coronel Oviedo.

Results: The base population consisted of 224 cesareans, of whom, the median age was 26 years, the most frequent age range was between 20 to 24 years; of stable union, of urban origin, with primary studies, gestational age of term, most nulliparous, with prenatal controls, with more frequent preoperative ultrasound diagnosis of cephalopelvic disproportion, with obstetric surgical history of first cesarean and with more frequent trans-operative findings of circular tight cord, amniotic fluid and multiple adhesions.

Conclusions: As an obstetric surgical history, cesarean section was seen for the first time with greater frequency in the age range of 20-24 years, with more frequent trans-operative findings, tight cord circulation, meconium fluid and multiple adhesions in order of frequency, this last related to said obstetric surgical history

Key Words: cesarean, pregnant, transoperative.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Introducción

Se puede definir hoy en día a la cesárea como la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía).⁽¹⁾

En el Manual de Seguimiento de los servicios Obstétricos de Urgencia publicado por la Organización Mundial de la Salud se fijó un mínimo de 5% y un máximo de 15% aceptables para la tasa de cesáreas. Aunque desde 1985 se recomienda que no supere el 10-15% el límite superior propuesto no es una meta que haya que alcanzarse, sino un umbral que no debe sobrepasarse. Sin embargo, la mayoría de los países desarrollados y muchas zonas urbanas de países menos desarrollados lo sobrepasan.⁽²⁾

Cada institución reporta diferentes indicaciones para la realización de la operación cesárea, que dependen principalmente del nivel de atención médica, además del tipo de población a la que otorga servicios de salud (públicos o privados) y del país.⁽³⁾

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que actualmente es visto por muchos como un procedimiento inocuo al compararlo con el parto por vía vaginal.⁽⁴⁾

Las causas asociadas a operación cesárea tanto materna como fetal son:

Las absolutas cuya resolución del parto vía vaginal es simplemente imposible o muy riesgoso siendo estas: Desproporción pélvico-fetal comprobada, macrosomía fetal, presentación distócica, antecedente de dos o más cesáreas, madre con VIH. Y las relativas de complicaciones circunstanciales como: Distocias de la dinámica, dilatación estacionaria, antecedente de cesárea previa, y anomalías congénitas, hay un aumento en el número de indicaciones para la realización de operación cesárea.⁽⁵⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

El incremento de cesáreas se relaciona con una mayor morbilidad y mortalidad materna futura ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna, además de los riesgos quirúrgicos y anestésicos. ⁽⁶⁾

Las mujeres con el antecedente de una cesárea tienen mayor riesgo de tener rotura uterina, placenta previa, ácreta, desprendimiento de placenta y embarazo ectópico. ⁽⁷⁾

El circular de cordón muy ajustado puede acompañarse de compresión de los vasos del cordón umbilical lo que ocasionaría, sobre todo durante el trabajo de parto. Hay que tener en cuenta que el diagnóstico del circular de cordón es la visualización directa en el momento del parto. ⁽⁸⁾

El adelgazamiento anómalo del segmento uterino inferior crea un grave peligro durante el trabajo de parto prolongado, sobre todo en mujeres con alta paridad y en aquellas con antecedente de cesárea. ⁽⁹⁾

El Hospital Regional de Coronel Oviedo, es un importante centro de referencia para la V región sanitaria, donde prestan servicios los habitantes del departamento de Caaguazú, por lo que el estudio ofrecerá importantes resultados en materia de información científica para establecer criterios precisos que integren las indicaciones médicas de la operación cesárea en la resolución del embarazo, con el propósito de disminuir la frecuencia de su práctica injustificada, eliminando factores de riesgo a la salud perinatal y a los embarazos venideros.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Antecedentes

Describir la tendencia de la cesárea en México y su asociación con características sociodemográficas y reproductivas. Se identificó un incremento de 50.3% de la operación cesárea a nivel nacional en el periodo de 2000 a 2012. Las mujeres con mayor posibilidad de tener una cesárea fueron las que se atendieron en el sector privado (RM=2.84, 95%IC:2.15- 3.74). Al asociar la edad y la paridad se observan los riesgos más altos en primíparas de 12 a 19 y de 35 o más años (RM=6.02, 95%IC:1.24-29.26 y RM=5.20, 95%IC:2.41-11.21, respectivamente).⁽¹⁰⁾

En un estudio transversal descriptivo en el que se determinó la morbilidad materna asociada a cesárea en las pacientes intervenidas de enero a diciembre de 2006, se realizaron 2827 cesáreas. La edad promedio fue de 28.7 ± 6.2 años. La cesárea se realizó como urgencia y electiva en 2285 (80.82 %) y 542 (19.17 %) casos, respectivamente. Hubo 685 (24.23 %) complicaciones en 593 pacientes (20.97 %); de ellas, 460 (16.2 %) y 133 (4.7 %) fueron como urgencia y electiva, respectivamente. Las complicaciones más frecuentes fueron hemorragia (540, 19.1 %), infección (38, 1.34 %), laceración cervical o cervicouterina (32, 1.13 %), lesión vascular (11, 0.39 %) y fenómeno tromboembólico (seis, 0.21 %). Hubo 12 muertes maternas (0.42 %).⁽¹¹⁾

Describir las complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general. En el periodo de estudio se realizaron 4 218 cesáreas, siendo el 1,84% hechas en periodo expulsivo. En general, 59/67 (88,1%) presentaron algún tipo de complicación. Se observaron 8 casos de hipotonía uterina (11,9%) y 2 (2,9%) de atonía. En 5 (7,4%) pacientes ocurrieron desgarros de segmento adyacente a la histerotomía, siendo 2 de ellos asociados a compromiso de cuerpo uterino y vagina, y 4 (5,9%) casos a laceración de arteria uterina, uno fue bilateral. No se produjeron lesiones en tracto urinario ni digestivo y tampoco hubo necesidad de reintervención quirúrgica. Cuatro



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

pacientes presentaron hemorragia puerperal, dos asociados a hipotonía uterina post cesárea. En 56 (83,5%) casos ocurrió anemia post operatoria. Hubo 1 (1,5%) caso de endometritis, 3 (4,5%) infecciones de herida operatoria.⁽¹²⁾

Es un estudio descriptivo retrospectivo transversal, el mismo que se realizó en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja. El universo y muestra estuvo conformado por 274 pacientes, con antecedente de cesárea atendidas desde el 1 de enero al 31 de marzo del 2016. Se obtuvo los datos de la planilla de egresos hospitalarios e historias clínicas. En cuanto a los resultados se determinó que la principal indicación de cesárea es cesárea anterior con 12.4%, en segundo lugar, sufrimiento fetal agudo con 10.5%, en tercer lugar, oligohidramnios con 10.2%, en último lugar embarazo gemelar con 1.0%. En cuanto a las complicaciones post cesárea se determinó que 77.7% de las pacientes no presentaron complicaciones y el 5.1% presento cefalea post punción. Además, la operación cesárea se realizó con mayor porcentaje de 37.9% en un rango de edad de 21 – 25 años y con menor porcentaje de 1.8% en pacientes mayores de 41 años.⁽¹³⁾

Determinar la prevalencia y causas de cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período julio- diciembre de 2014. Se realizó una investigación descriptiva, retrospectivo y cuantitativa, la prevalencia de cesárea es de 37,1%. Predominaron las pacientes con edad de 20-29 años con el 53,6. El 3,3% son primigestas, el 68,6% no tiene antecedentes de partos vaginales, el 6,6 % presentó abortos previos. El 56,3 % acudieron a 5 o más controles prenatales, el 6,6% tuvo diagnostico trastorno hipertensivo, las hemorragias constituyen el 3,7% de los casos, 3,7% presentó amenaza de aborto y 9,6% ruptura prematura de membranas. El 75,2% fueron cesáreas de emergencia y las causas más frecuentes identificadas son cesárea anterior con 42,9% y riesgo asociado al compromiso del bienestar fetal con 14,8%.⁽¹⁴⁾

Las características generales de las 57 pacientes estudiadas fueron las siguientes: Se estudió 114 pacientes que ingresaron a la antigua Maternidad Bolognesi (actual Clínica Virgen del Pilar) de Trujillo, Perú, La edad promedio de



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

las pacientes fue 25,5 años, 36,8% de las pacientes era primigesta (n=21), 17,5% secundigesta (n=10), 46,6% presentó tres o más gestaciones (n=26). Todas las pacientes cursaban embarazo a término, en trabajo de parto efectivo y sin complicaciones, placenta normoinserta, membranas integra. La vía de resolución del parto fue vaginal en 80% de las pacientes (n=47) y por cesárea en 20% (n=10). La indicación de cesárea fue por sufrimiento fetal agudo en 50% de los casos (n=5), desproporción cefalopélvica en 30% (n=3) y, en el 20% restante, una fue por periodo expulsivo prolongado y otra por distocia de contracción.⁽¹⁵⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Planteamiento del Problema

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el feto y sus anexos a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina, tanto durante la gravidez como durante el parto.⁽¹⁶⁾

Como consecuencia del aumento progresivo en el número de cesáreas cada vez es más frecuente el encontrar gestantes con una o más cesáreas anteriores.⁽¹⁷⁾

Según la Organización Mundial de la Salud la tasa de parto cesárea no debe superar los 15% y en la mayoría de países de Latinoamérica es del 35.4% siendo sus complicaciones infecciosas no solo una de las causas fundamentales de morbilidad materna sino también de estancia hospitalaria prolongada lo que representa un incremento en los costos de salud.⁽¹⁸⁾

En Paraguay, según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, actualmente el porcentaje de partos por cesárea es similar a la computada vía vaginal o normal, 50 y 50, hecho que preocupa a la cartera sanitaria.⁽¹⁹⁾

Hay zonas que llegan a registrar entre 60 a 65% de cesáreas, mientras que en Asunción y Central el promedio llega a 75%, y en la zona de Coronel Oviedo se registra un porcentaje de 43.6% de cesáreas en el año 2017.⁽²⁰⁾

La cesárea puede traer consigo una serie de accidentes y complicaciones que pueden producirse durante la operación (complicaciones inmediatas) o después de un tiempo de practicada la misma (complicaciones mediatas y tardías).⁽²¹⁾

La cesárea incrementa el riesgo de placentación anormal en embarazos subsiguientes, aumentando el riesgo de placenta previa y acretismo placentario en la cicatriz de la histerorrafia. Así mismo, la literatura reporta casos de ruptura uterina más frecuentemente en pacientes que han sufrido cirugías uterinas, la cirugía abdominal o pélvica previa que pueden generar adherencias y bridas que originan dificultades técnicas predisponentes a las complicaciones.⁽²²⁾

En base a todo lo anterior, surgió la siguiente pregunta de investigación:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

¿Cuáles son las características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuentes en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017?



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Justificación

A pesar de la alta frecuencia con la que se practica, la cesárea no es un procedimiento inocuo. Se calcula que su morbilidad es 20 veces superior si se la compara con las cifras propias del parto vaginal. Por lo tanto, resulta de capital importancia la indicación adecuada de tal procedimiento, que como es de esperarse, tiene implicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.⁽¹⁸⁾ Una cesárea anterior no es contraindicación absoluta para el parto por vía vaginal. Dos o más cesáreas anteriores si lo son.⁽¹⁹⁾

Entre los accidentes inmediatos la más frecuente e importante de las complicaciones es la hemorragia; puede originarse en la superficie de sección del segmento o en el sitio de inserción placentaria. Entre las complicaciones mediatas, la más importante es la peritonitis. Como complicaciones tardías pueden ser observadas las adherencias uteroparietales, del intestino o epiplón, fistulas uteroparietales, bridas o adherencias que pueden ocasionar una oclusión intestinal mecánica tardía.⁽²¹⁾

La cesárea es una de las principales causas de morbilidad obstétrica: infecciosa, hemorrágica, anestésica y tromboembólica; por ello debe ser realizada por personal calificado.⁽²³⁾

La cesárea, casi siempre acompañada de complicaciones obstétricas, puede originar fístulas urinarias complejas. En los países industrializados, la histerectomía es la causa quirúrgica más frecuente de fístulas vesicovaginales, representa cerca de 75% de los casos de fístulas.⁽²⁴⁾

La finalidad primordial de este estudio es proporcionar evidencia científica sobre la cesárea que está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como cualquier embarazo futuro, determinando la magnitud que representa esta problemática.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Los resultados obtenidos podrán ser útiles para fortalecer las indicaciones adecuadas para la realización de la cesárea y las medidas de prevención contra complicaciones en embarazos posteriores, aportar conocimiento actualizado sobre la situación de los pacientes que acuden al Hospital y en base a los resultados obtenidos facilitar la realización de investigaciones futuras con mayor trascendencia y mediante ellos las herramientas y la posibilidad de actuar ante dicho problema en forma oportuna, y de esta manera mejorar la calidad de vida y la salud de las gestantes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

OBJETIVOS

Objetivo General.

- Determinar las características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuentes en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Objetivos Específicos

- Señalar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Caracterizar los antecedentes prenatales de las gestantes cesareadas que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo.
- Identificar los antecedentes quirúrgicos gineco-obstétricos.
- Identificar los hallazgos transoperatorios más frecuentes en pacientes cesareadas.
- Valorar la oclusión tubárica bilateral en las pacientes cesareadas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Marco Teórico

La operación cesárea tiene por objetivo la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero. ⁽¹⁶⁾

Una cesárea anterior no es contraindicación absoluta para el parto por vía vaginal. Dos o más cesáreas anteriores si lo son ⁽¹⁷⁾.

Epidemiología:

Su frecuencia es muy variable, las cifras más altas se registran principalmente en centros especializados de alta complejidad y concentración de patologías.

Para el final del siglo pasado en los Estados Unidos de Norteamérica la tasa global rondaba el 22%. En la actualidad se sobrepasa esta cifra, la operación cesárea no siempre resulta beneficiosa ni para la madre ni para el niño y tampoco lo es para los costos y las estadísticas hospitalarias. En ciertas instituciones de algunos países de América Latina ha llegado a ser tan abusiva que sobrepasó el 80% del total de los nacimientos. ⁽²¹⁾.

La cesárea incrementa el riesgo de placentación anormal en embarazos subsiguientes, aumentando el riesgo de placenta previa y acretismo placentario en la cicatriz de la histerorrafia. Así mismo, la literatura reporta casos de ruptura uterina más frecuentemente en pacientes que han sufrido cirugías uterinas (particularmente cesáreas y miomectomías). ⁽²²⁾

Son Factores de riesgo para la indicación de cesárea

Maternas

- Cesárea anterior
- Placentación anormal
- Solicitud de la gestante
- Histerectomía clásica previa
- Cicatriz uterina de tipo desconocido
- Dehiscencia de la incisión uterina



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Miomectomía previa de espesor total
- Masa que obstruye el tracto genital
- Cáncer cervicouterino invasor
- Traquelectomía previa
- Cerclaje permanente
- Cirugía reconstructiva pélvica previa
- Deformidad pélvica
- Infección por HSV o VIH
- Cardiopatía o neumopatía
- Aneurismas o malformaciones arteriovenosas cerebrales
- Cuadros patológicos que requieran cirugía intraabdominal
- simultánea
- Cesárea perimórtem

Maternos-fetales

- Desproporción cefalopélvica
- Fracaso del parto vaginal quirúrgico
- Placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta

Fetales

- Estado fetal muy preocupante
- Presentación anormal
- Macrosomía
- Anomalías congénitas
- Anormalidades del estudio Doppler del cordón umbilical
- Trombocitopenia
- En un parto anterior, traumatismo del recién nacido durante
- el parto

VIH = virus de inmunodeficiencia humana; HSV = virus del herpes simple. ⁽²²⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

INDICACIONES DE CESÁREA:

Electiva: Es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal.

Intraparto: Se indica y realiza durante el curso del trabajo de parto y parto por distintos problemas, generalmente por distocia.

Urgente/emergente: Es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal.⁽²³⁾

Durante 30 años, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. La declaración hecha por un panel de expertos en salud reproductiva en una reunión organizada por la OMS en 1985 en Fortaleza (Brasil): «No hay justificación alguna para que ninguna región presente una tasa superior al 10-15%». Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral.

(25)

Embarazos de alto riesgo

Son aquellos que aumentan las probabilidades de aborto, muerte fetal, parto prematuro, retraso del crecimiento intrauterino, dificultad en la transición cardiopulmonar o metabólica al nacer, enfermedad fetal o neonatal, malformaciones congénitas, retraso mental u otras minusvalías.

Algunos factores, como la ingestión de un fármaco teratógeno en el primer trimestre, presentan una relación causal con el riesgo; otros, como el hidramnios, son asociaciones que ponen sobre aviso al clínico para determinar la etiología y evitar los riesgos inherentes relacionados con un exceso de líquido amniótico.

El 10-20% de las mujeres embarazadas pueden clasificarse como de alto riesgo por su historia clínica, y casi la mitad de morbilidad perinatal se asocia a



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

estos embarazos. Para reducir la mortalidad y la morbilidad perinatales es importante valorar los riesgos anteriores al parto, aunque algunas mujeres sólo entran dentro del grupo de alto riesgo a llegar al período de dilatación o al expulsivo; por tanto, es esencial la vigilancia cuidadosa durante todo el parto.⁽²⁶⁾

La ecografía fetal es un procedimiento obstétrico frecuente y a la vez seguro y preciso. Entre las indicaciones de la ecografía prenatal están el cálculo de la edad gestacional (fechas inciertas, discordancia entre el tamaño del útero y las fechas o sospecha de retraso del crecimiento), la determinación del volumen del líquido amniótico, el cálculo del peso fetal, la localización de la placenta y el número y posición de los fetos, y la detección de malformaciones congénitas.

La vigilancia fetal antes del parto está justificada en todas las mujeres que tengan mayor riesgo de muerte fetal, como aquéllas con antecedentes de fetos muertos, crecimiento intrauterino retrasado (CIR), oligohidramnios o polihidramnios, embarazo múltiple, sensibilización Rh, trastornos hipertensivos, diabetes mellitus u otras enfermedades maternas crónicas, disminución de los movimientos fetales y embarazo pos-término.⁽²⁶⁾

Factores que identifican al recién nacido de riesgo

1. Edad Gestacional: < 37 semanas y > de 42 semanas
2. Peso de nacimiento: < 2500g y > de 4000g
3. Peso discordante para edad gestacional: pequeño o grande para edad gestacional
4. Embarazo múltiple
5. Complicaciones Maternas: Enfermedad materna pre-existente, infección materna, síndrome hipertensivo del embarazo, colestasia, diabetes, mal incremento ponderal, edad materna > de 35 años y < de 20 años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

6. Complicaciones Placentarias: Ruptura prematura de membranas, infección ovular o sospecha de infección ovular, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa, oligoamnios, líquido amniótico con meconio.

7. Complicaciones Fetales y neonatales: Presencia o sospecha de malformaciones, hidroamnios, alteraciones en el registro de latidos cardiorfetales, presentación anormal, incompatibilidad de grupo, malas condiciones al nacer (asfixia).⁽²⁷⁾

Técnicas operatorias

La histerotomía se realiza generalmente a nivel del segmento inferior (cesárea segmentaria) y excepcionalmente a nivel del cuerpo uterino (cesárea corporal).

Cesárea segmentaria

La cesárea segmentaria es la operación más practicada en el presente a causa de que ofrece mayores seguridades inmediatas y tardías. Se pueden puntualizar en ella las siguientes ventajas:

- a) Con una laparotomía más pequeña se aborda al útero en un punto declive de la cavidad peritoneal, donde la serosa es más resistente y no se tropieza con el epiplón ni el intestino, disminuyendo el manipuleo.
- b) En esa región el peritoneo puede ser despegado y permite luego una buena peritonización, con menor probabilidad de adherencias posteriores.
- e) La menor vascularización del segmento produce menos hemorragia, y como se trata de una zona delgada y pasiva, después de la expulsión del huevo es más fácil de suturar y en reposo cicatriza mejor.
- d) El asiento fijo y bajo de la herida proporciona, en caso de infección, mejor bloqueo y defensa.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Incisión de la pared.

Debe hacerse con cuidado, ya que en el embarazo su espesor puede disminuir y es fácil herir los órganos subyacentes.

Las incisiones que se pueden practicar son dos:

la mediana infraumbilical y la trasversal o de Phannenstiel.

Las complicaciones:

Entre las complicaciones mediatas, la más importante es la peritonitis. Puede ocurrir por contaminación primaria durante el acto operatorio (infección por el operador, instrumental, etc.) o por propagación secundaria desde la cavidad uterina contaminada. La oclusión intestinal (hoy rara), casi siempre secundaria a una reacción peritoneal (ileo paralítico), se combate con la terapéutica conocida. Como accidentes tardíos pueden observarse adherencias uteroparietales, del intestino o epiplón, fistulas uteroparietales, bridas o adherencias que pueden ocasionar una oclusión intestinal mecánica tardía. ⁽²⁸⁾

Manejo de la cesárea anterior

Las adherencias como causa de abdomen agudo nos recuerda, una vez más, que el manejo de los tejidos en cualquier cirugía pélvica debe ser muy delicada y se debe estar seguro de una hemostasia excelente antes de cerrar una incisión quirúrgica, de manera de prevenir la formación de tales adherencias que puedan causar abdomen agudo más adelante. El caso de rotura uterina relacionado a cesárea corporal previa nos recuerda la alta incidencia de cesáreas en nuestro medio, la que no estará exenta de posibles complicaciones futuras, tales como las placentas previas y ácretas, que pueden exigir incisiones corporales. ⁽²⁸⁾

La cesárea es la situación más predecible de endometritis posparto. El rango de incidencia de EPP después del parto vaginal es de 0,9 a 3,9% y de cesárea de superior al 10%.

Durante la cesárea

- Técnica quirúrgica inadecuada
- Tiempo quirúrgico prolongado
- Cesárea de urgencia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Pérdida hemática mayor de 1000 ml.
- RPM de más de 6 horas. ⁽²⁹⁾

Complicaciones intra-operatorias:

Son las menos frecuentes, pero de mayor morbilidad. Constituyen el 1-2% de los casos

- Lesiones viscerales.
- Hemorragias.
- Embolismo de líquido amniótico.

Complicaciones post-operatorias mediatas:

- Endometritis.
- Infección urinaria: 2 al 15%.
- Infección de la pared abdominal.
- Tromboflebitis.
- Obstrucción intestinal por bridas.
- Dehiscencia de la cicatriz.
- Íleo.

Complicaciones tardías:

- Adherencias abdominales.
- Obstrucción intestinal secundaria.
- Endometriosis de la incisión uterina.
- Placenta previa o ácreta en gestaciones posteriores.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Cesárea en gestaciones posteriores.
- Rotura uterina en partos posteriores.

Complicaciones fetales:

- Síndrome de distrés respiratorio transitorio.
- Depresión.
- Traumatismos por lesión directa con el bisturí o por las maniobras de extracción.⁽³⁰⁾

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es más seguro que el quirúrgico. Por el otro lado el lema "una vez cesárea, siempre cesárea" se encuentra cuestionado. La tasa global de ruptura uterina en embarazadas con cesáreas segmentarias transversales previas oscila entre el 0,2 y el 1,5. Si se respetan los criterios de selección para las pruebas de parto en cesareadas previas esta complicación no deberla superar el 2 por mil, después de una cesárea puede haber un parto vaginal.⁽³¹⁾

Los cuidados preoperatorios incluyen:

- Valoración preanestésica de acuerdo a la NOM-170-SSAI-1998, Para la Práctica de Anestesiología
- Ayuno preoperatorio de 8 horas o más (cuando el caso lo permita)
- Rasurado suprapúbico y aseo completo, con especial énfasis en la vulva y perineo
- Colocación de sonda vesical
- Disponibilidad de sangre segura y compatible

Los cuidados postoperatorios consistirán en:

- Medición horaria de signos vitales durante las primeras cuatro horas y posteriormente cada 8 horas hasta el alta de la paciente.
- Vigilancia de la diuresis durante las primeras 12 horas y del inicio de la micción espontánea, después de retirar la sonda vesical.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Administración de líquidos por vía oral después de 8 horas; una vez iniciado el peristaltismo intestinal se indicará dieta blanda.
- Deambulación paulatina a partir de las 12 horas de postoperatorio.
- Estrecha vigilancia de la hemorragia transvaginal.
- Reforzamiento de la orientación-consejería en salud reproductiva a través de comunicación interpersonal.
- vigilar sangrado de herida quirúrgica.
- Retiro de puntos de sutura totales a los 7 días.⁽³²⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Marco Metodológico

Tipo y diseño general del estudio:

Se realizó un estudio Observacional, descriptivo, de corte transversal. Muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

Universo de estudio:

Gestantes cesareadas de distintas edades del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo durante el 2017

Selección y tamaño de la muestra:

Fueron incluidas las gestantes a quienes se le practicó la operación cesárea y que fueron registradas en el servicio de Ginecología y Obstétrica del Hospital Regional de Coronel Oviedo durante los meses de enero a diciembre del 2017. Fueron tomadas 224 pacientes.

Unidad de análisis y observación:

Fueron utilizadas las fichas médicas o historias clínicas de las pacientes a quienes se le practico cesárea de enero a diciembre del 2017.

Criterios de inclusión:

- Gestantes cesareadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Coronel Oviedo año 2017.
- Gestantes cesareadas con y sin criterios para la realización de cesárea.
- Gestantes cesareadas con y sin hallazgos intraoperatorios.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Criterios de exclusión:

- Operación cesárea asociada a otro procedimiento quirúrgico, excepto ligadura tubárica bilateral.
- Pacientes con historia clínica incompleta o ilegible.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Conceptual	Operacional	Tipo
Variable sociodemográficas			
Edad Materna	Edad en años que tiene la mujer al momento de finalizar el embarazo	Edad en años	Cuantitativa discreta
Estado Civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra.	1.casada 2.union libre 3.soltera 4.otro	Cualitativa nominal
Procedencia	Designa el origen de donde procede una persona.	1. Rural 2. Urbana	Cualitativa nominal



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Escolaridad	Nivel de Preparación académica alcanzado por la madre.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin enseñanza educacional 2. Enseñanza básica incompleta 3. Enseñanza básica completa 4. Enseñanza media incompleta 5. Enseñanza media completa 6. Enseñanza superior 	Cualitativa ordinal
-------------	--	---	---------------------

Antecedentes prenatales			
Edad gestacional	Tiempo transcurrido en semanas al momento del nacimiento diagnosticado por Capurro al momento del procedimiento quirúrgico.	Edad en semanas	Cuantitativa continua
Paridad	Numero de embarazo de la gestación por encima de 20	<ol style="list-style-type: none"> 1.nulipara 2.primapara 3.secundipara 4.tercipara 	Nominal



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

	semanas o con un ponderado fetal mayor a 500g	5.multipara 6.Gran múltipara	
control prenatal	Acción de monitoreo durante el periodo de gestación con personal calificado para asegurar el bienestar materno fetal	1. Si 2. No	Cualitativa discreta
VDRL	Prueba serológica que determina anticuerpos inespecíficos elaborada de acuerdo a la normas internacionales de laboratorio	1. reactivo 2. no reactivo	Cualitativa dicotómica
Diagnostico ecográfico	Utiliza ondas de ultrasonido como método diagnóstico para poder observar los diferentes tejidos blandos y órganos del cuerpo	1. polihidramnios 2.oligoamnios 3.anhidramnios 4.desprendimiento normoplacentario	Cualitativa nominal
Cesárea	Procedimiento quirúrgico en el que el feto nace	1. cesareada anterior 2 doble cesareada	Cualitativa nominal



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

	mediante una incisión en el abdomen y el útero de la madre.	3 triple cesareada 4.ninguna cesárea anterior	
--	---	--	--

Variables durante el parto

Tipo de incisión	Una incisión es el procedimiento inicial de todo procedimiento quirúrgico.	1. Incisión vertical 2. Incisión horizontal (suprapúbica o de phannensteil)	Cualitativa nominal
Oclusión tubárica bilateral	Consiste en la sección y ligadura de las trompas de Falopio	1. Si 2. no	Cualitativa dicotómica
Hallazgos operatorios	Alude a descubrir algo o dar con ello, ya sea porque se lo estaba buscando o de manera espontánea.	Nombres	Cualitativa nominal
Oclusión tubárica bilateral	Consiste en la sección y ligadura de las trompas de Falopio	3. Si 4. no	Cualitativa dicotómica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar, métodos para el control de calidad de los datos:

La técnica utilizada fue la de observación y revisión por el autor de información de las fichas clínicas, los datos recopilados serán traspasados a los instrumentos de recolección de datos que consta de 3 dimensiones que son: características sociodemográficas, antecedentes prenatales y durante el parto.

La construcción de la base de datos fue realizada por la autora en Microsoft Excel 2010©, diseñado para el efecto.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación con sujetos humanos:

En la presente investigación se buscó analizar las características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuentemente encontrados en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017, El mismo se constituirá gracias al análisis de fuentes secundarias, Se realizará una nota de permiso correspondiente a través de la dirección del Hospital Regional de Coronel Oviedo, solicitando el permiso de dicha institución para acceder por su intermedio a la base de datos, informando acerca del trabajo a realizarse mediante una nota por escrito.

Para el manejo de datos personales de los pacientes, se tuvo en cuenta que sólo se tomarán los datos estrictamente necesarios para resolver los objetivos de investigación; no se tomaron datos personales que permitan la identificación de los participantes. En todo momento se mantendrá la confidencialidad de los datos, así como la igualdad y la justicia en el manejo de los mismos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Plan de análisis:

El análisis estadístico se realizó con el programa EPI-INFO 7.0.™

Las variables cualitativas se presentaron en tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas.

Se realizó el cálculo de medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (rango) de las variables cuantitativas.

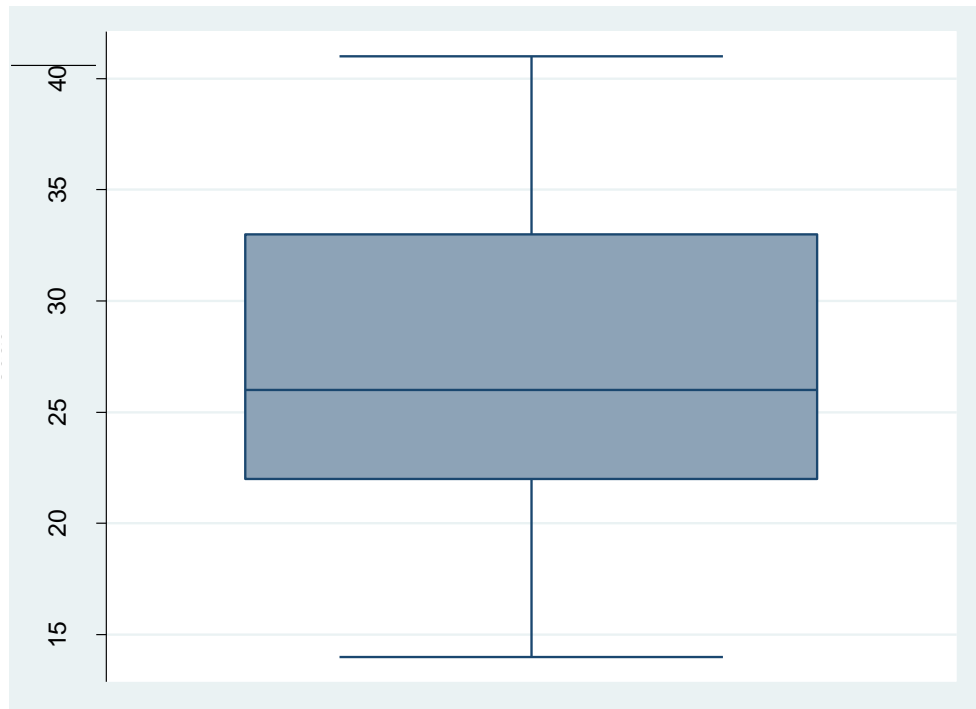


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Resultados

El total de partos en el año 2017 fue de 2312, de los cuales 1010 fueron cesáreas, de los cuales se tomaron un total de 224 cesareadas que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Gráfico 1. Distribución según la edad de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017. (n:224)



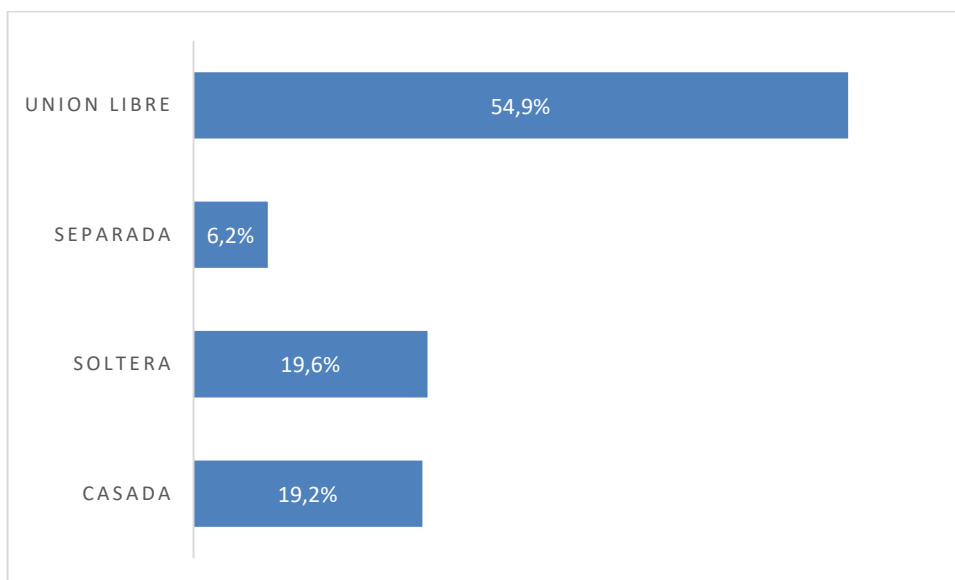
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

La mediana de edad fue de 26 años; el rango etario más frecuente fue entre 20 a 24 años y la mitad de la población estuvo entre los 22 a 33 años.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 2. Distribución según el estado civil de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017. (n:224)



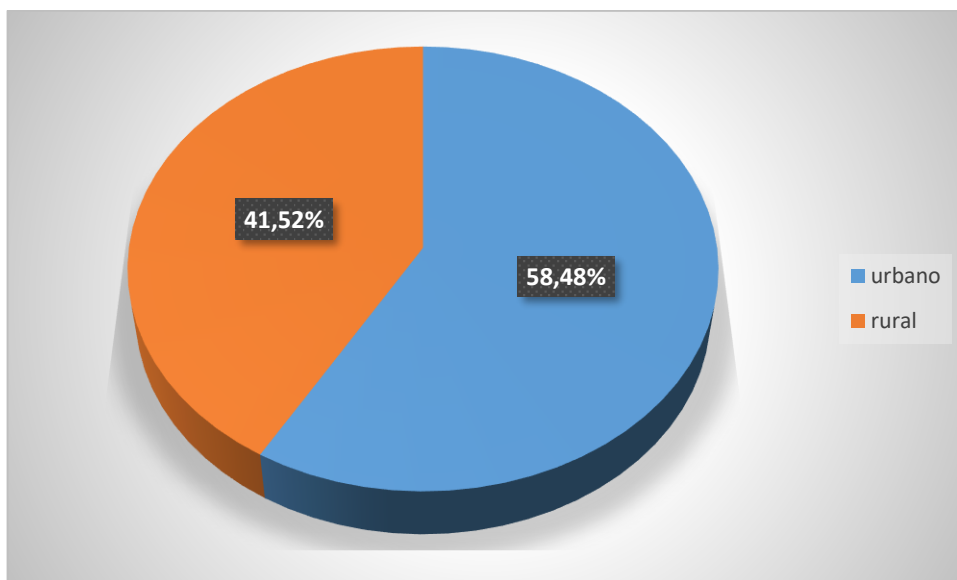
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

El 54,9% de unión libre, el 19,6% eran solteras y el 19,2% eran casadas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 3. Distribución según la procedencia de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017. (n:224)



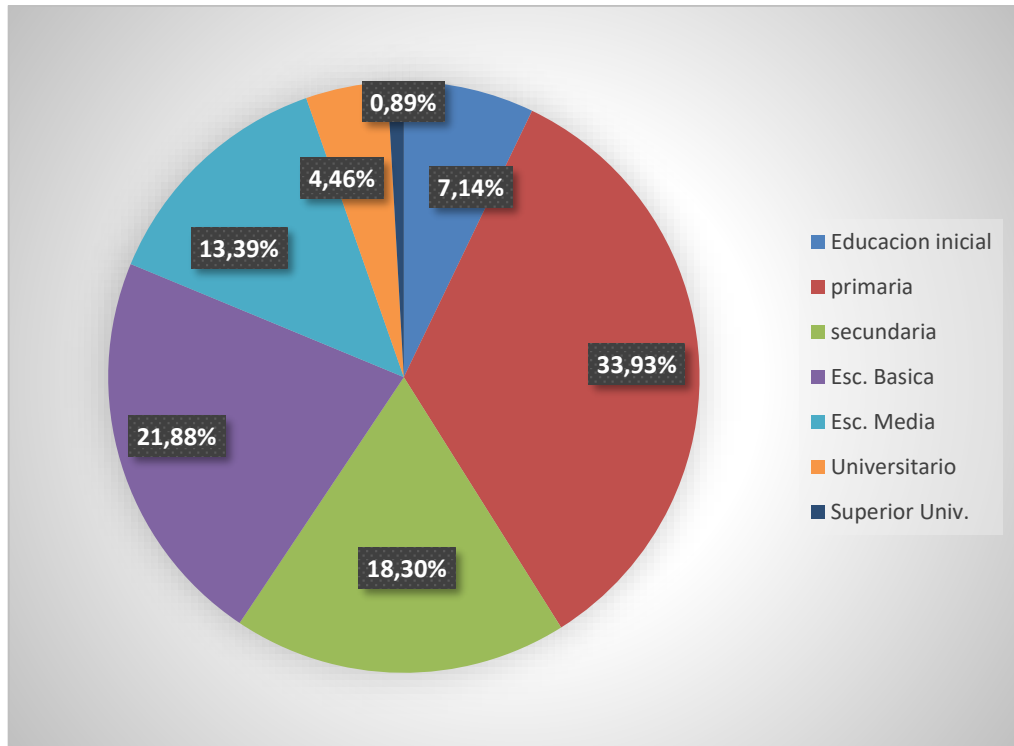
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

El 58,48% (131) son del área urbana y del área rural 41,52% (93) del total de pacientes estudiado.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 4. Distribución según la escolaridad de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017. (n:224)



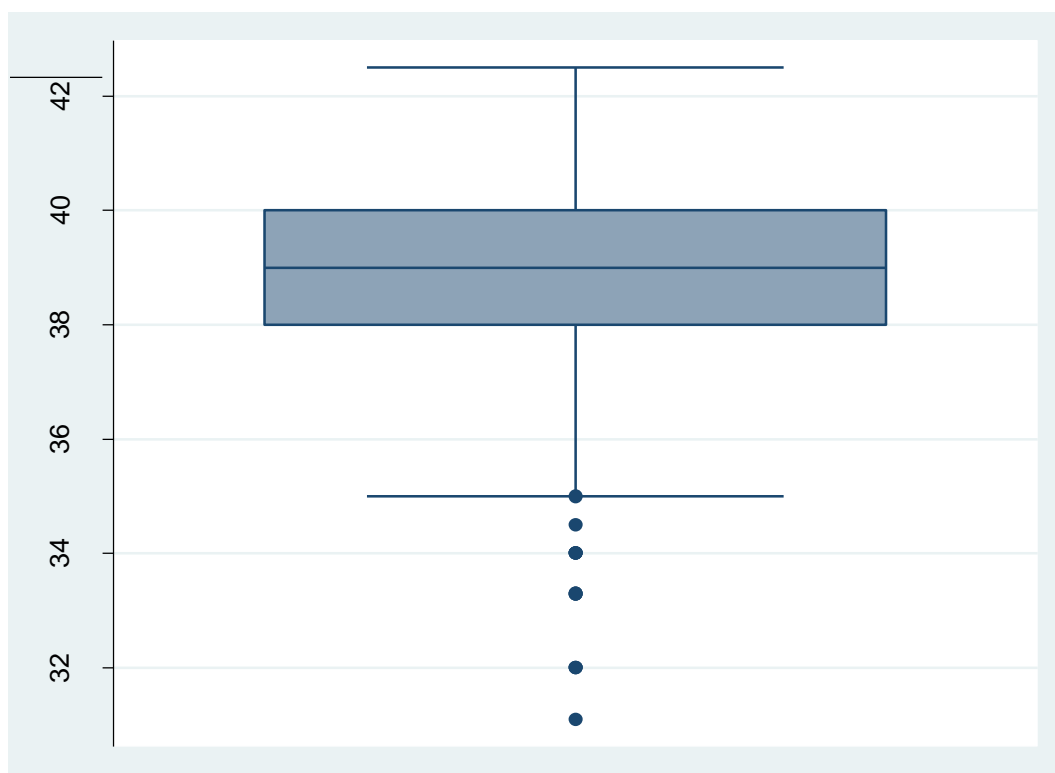
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

La mayoría de las pacientes cursaron estudios primarios 33,93% (76) pacientes seguidos en frecuencia por escolar básica en 21,88% (49) pacientes, viéndose que todas acudieron a una formación académica, pero más de la mayoría sin terminarla.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 5. Distribución según la edad gestacional de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017. (n:224)



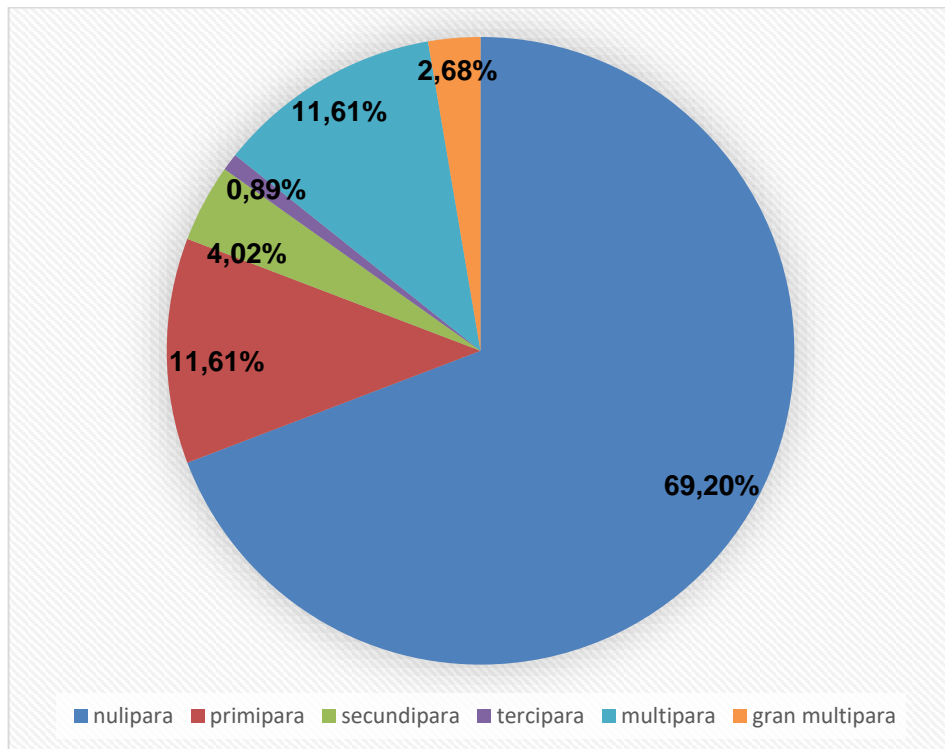
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

La edad gestacional estuvo comprendida desde las 32 a 42,5 semanas. La mediana fue de 39 semanas; y la mitad de las gestantes estuvieron entre los 38 y 40 semanas de gestación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 6. Distribución según la paridad de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017. (n:224)



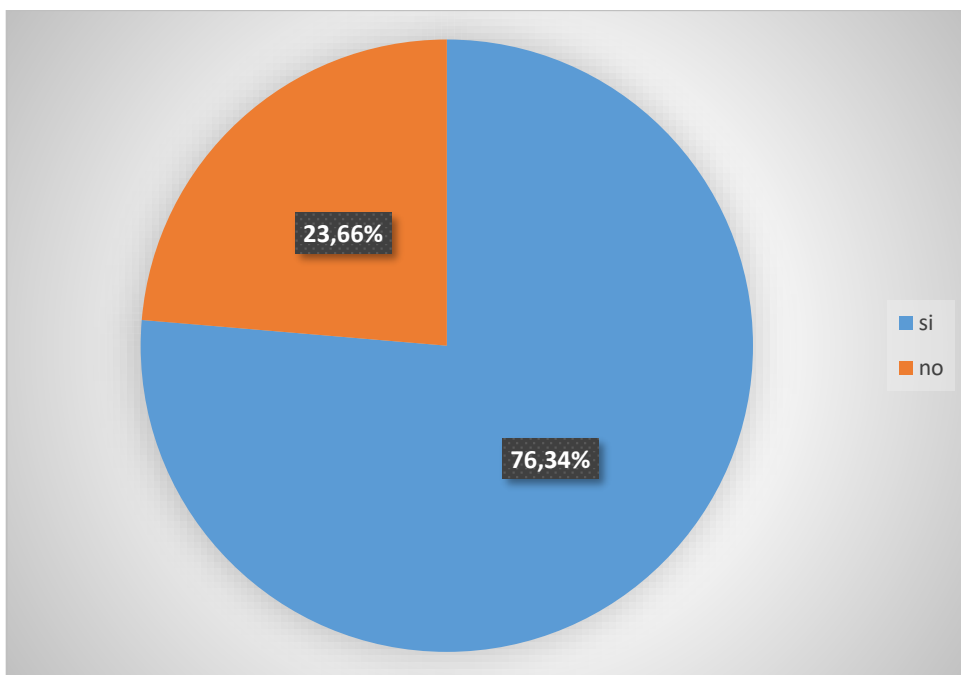
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

El 69,2%(155) eran nulíparas, seguidas en frecuencia por primípara y múltipara en igual porcentaje 11,6%(26).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 7. Distribución según el control prenatal de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017. (n:224)



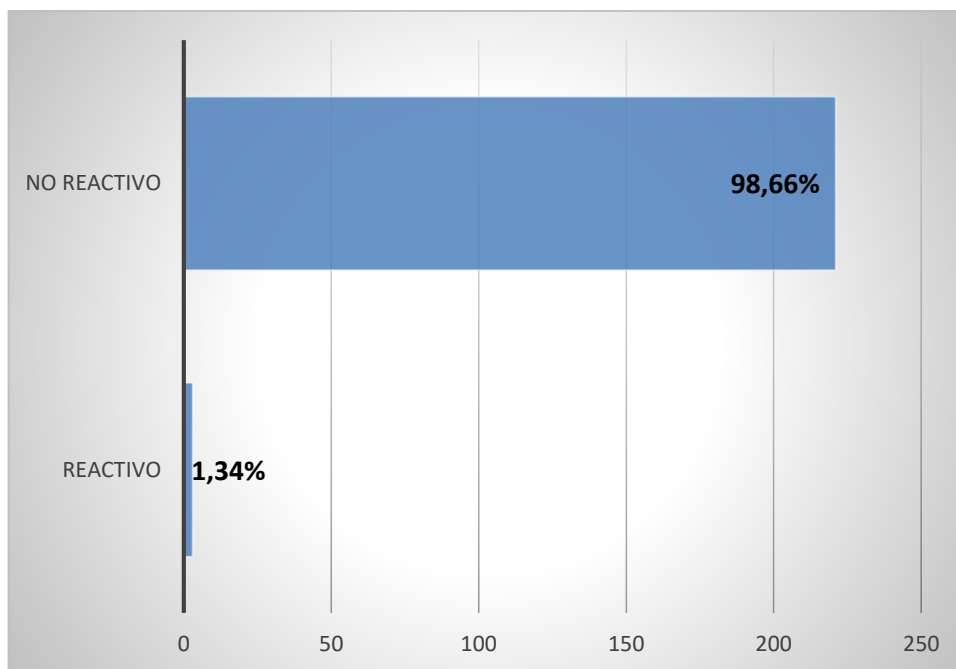
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

Del grupo estudiado 76,3% (171) se realizó controles prenatales, las 23,7% (53) restantes no presentaron controles prenatales.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 8. Distribución según VDRL de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017. (n:224)



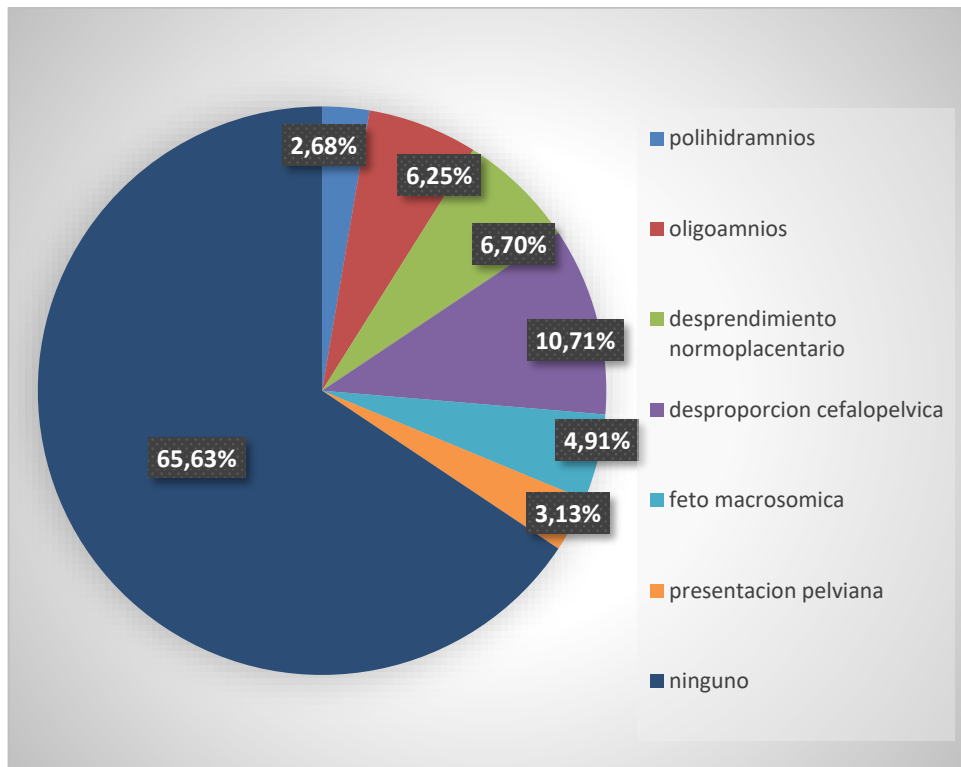
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

En el estudio se vio que 221 gestantes (98,66%) tuvieron VDRL no reactivo y solo 3 de ellas (1,34%) presentaron VDRL reactivo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 9. Distribución según diagnostico ecográfico preoperatorio de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017. (n:224)



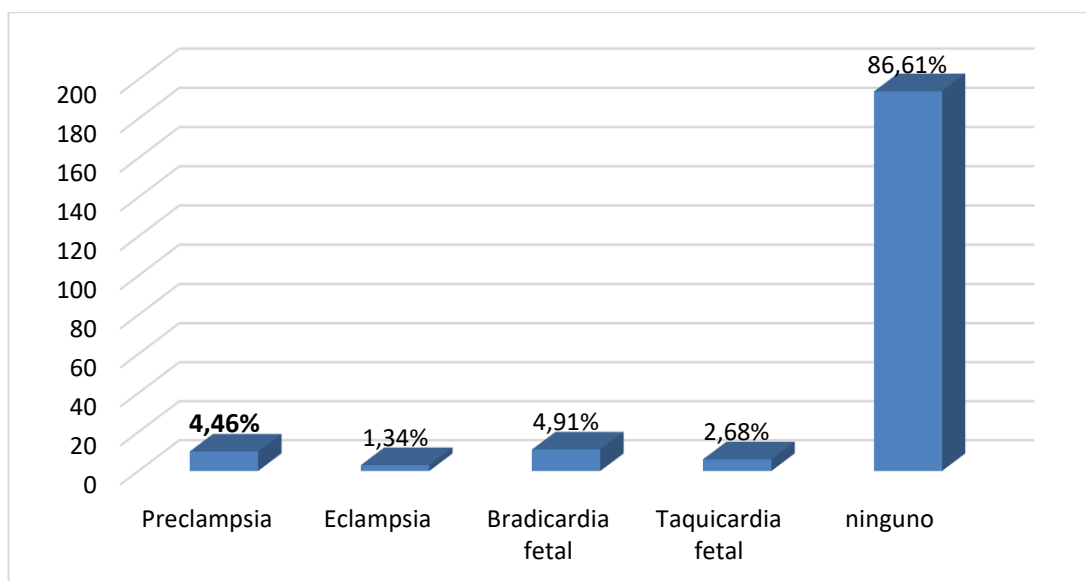
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

En este grupo de estudio se encontró los siguientes diagnósticos ecográficos preoperatorios, desproporción cefalopélvica 10,71% (24), desprendimiento normoplacentario 6,70% (15), oligoamnios 6,25% (14), y feto macrosomico 4,91% (11), entre los mas frecuentes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 10. Distribución materno-fetal según características clínicas preoperatorias de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017 (n:224)



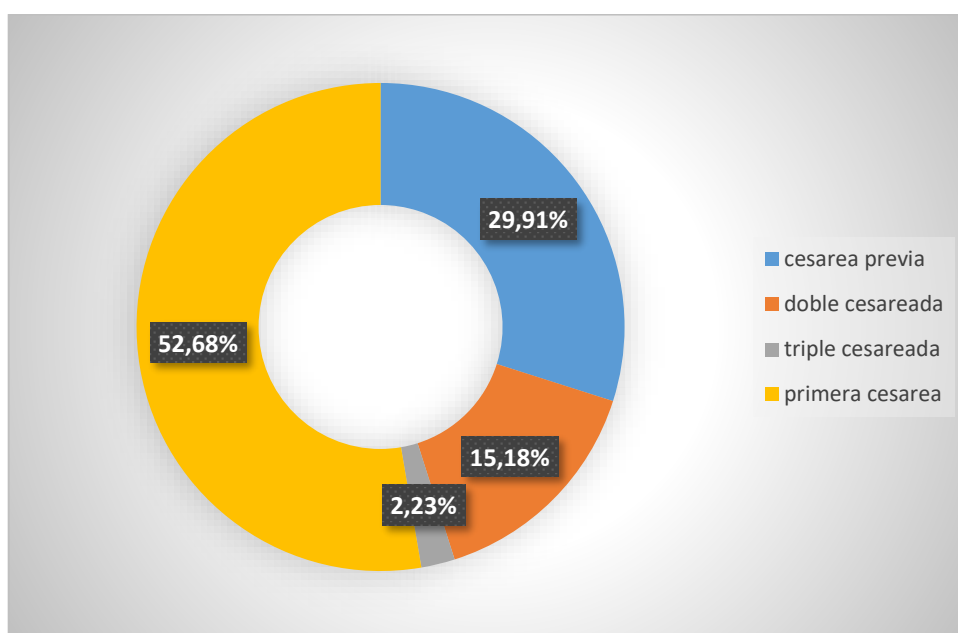
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

Entre los diagnósticos clínicos materno-fetal se encontraron, con más frecuencia la preclamsia 4,46% (10) en pacientes, y se encontró como alteración de la frecuencia cardiaca fetal más frecuente a la bradicardia fetal en 4,91% (11) en pacientes y en 86,61% (194) pacientes no mostraron ninguna alteración clínico materno-fetal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico11. Distribución de antecedentes quirúrgicos obstétricos de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017. (n:224)



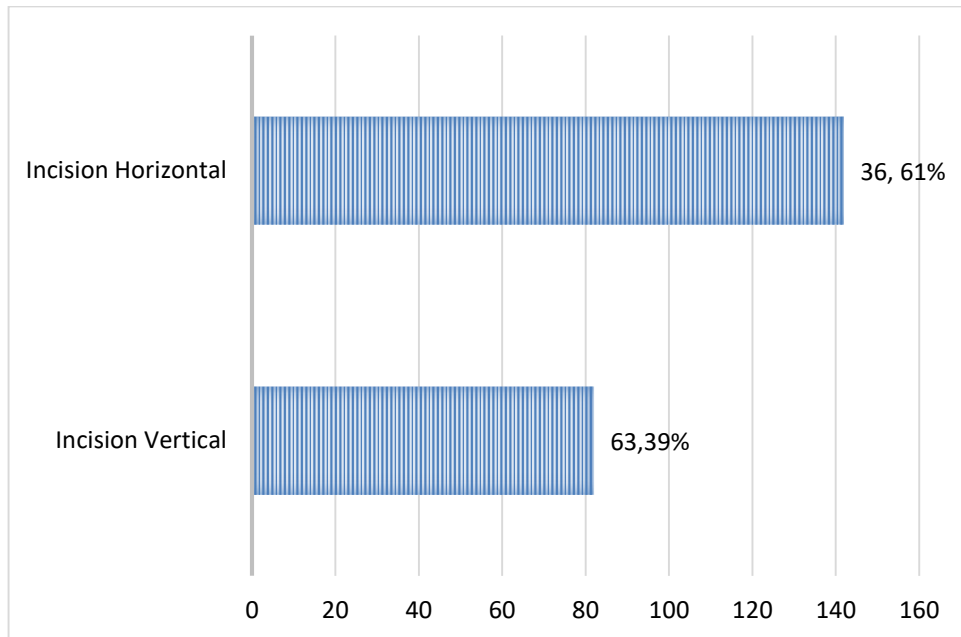
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

Se encontró que el antecedente quirúrgico gineco-obstetrico más frecuente fue de las cesareadas por primera vez en 52,7% (118), seguidas por las que presentaban cesárea previa en 29,91% (67).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 12. Distribución de tipo de incisión en pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo (n:224)



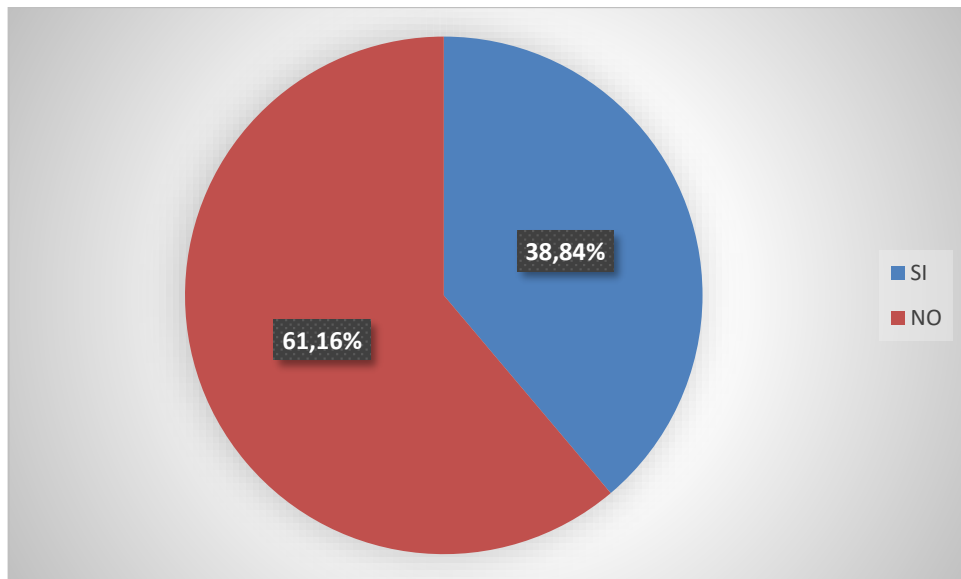
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

El 63,39% (142) se le realizo la incisión horizontal y al 36,61% (82) incisión vertical.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 13. Distribución según la Oclusión tubárica bilateral en pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017. (n:224)



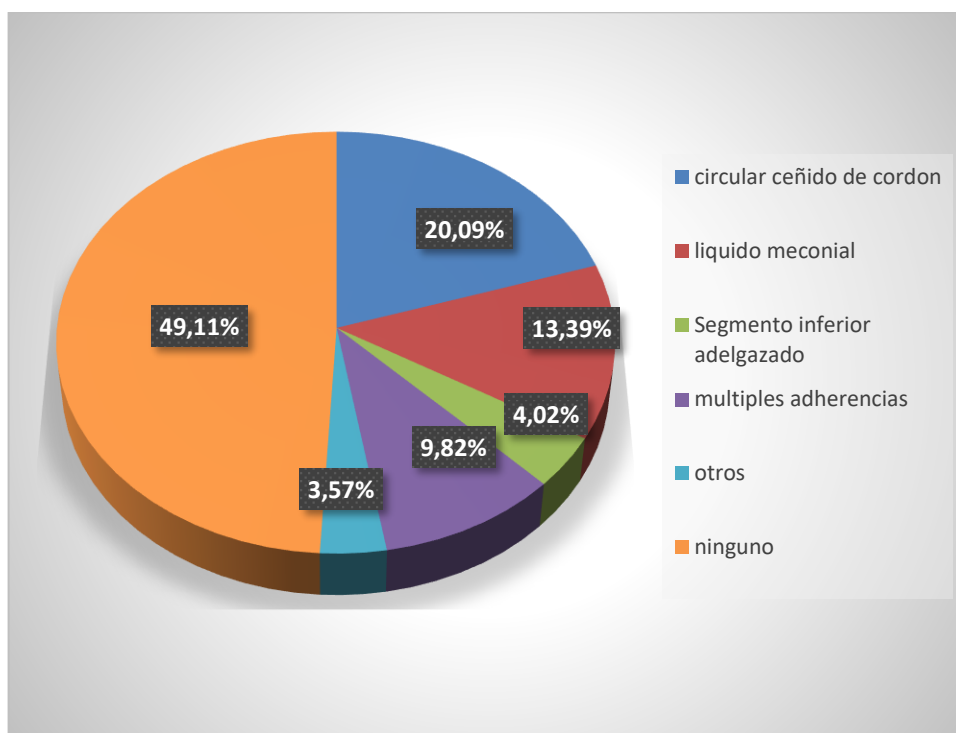
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

En el grupo de estudio se encontró que el 61,16% (137) recurrieron a la oclusión tubárica bilateral y el 38,84% (87) no lo hicieron.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 14. Distribución según hallazgos transoperatorio de pacientes que acudieron al Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017. (n:224)



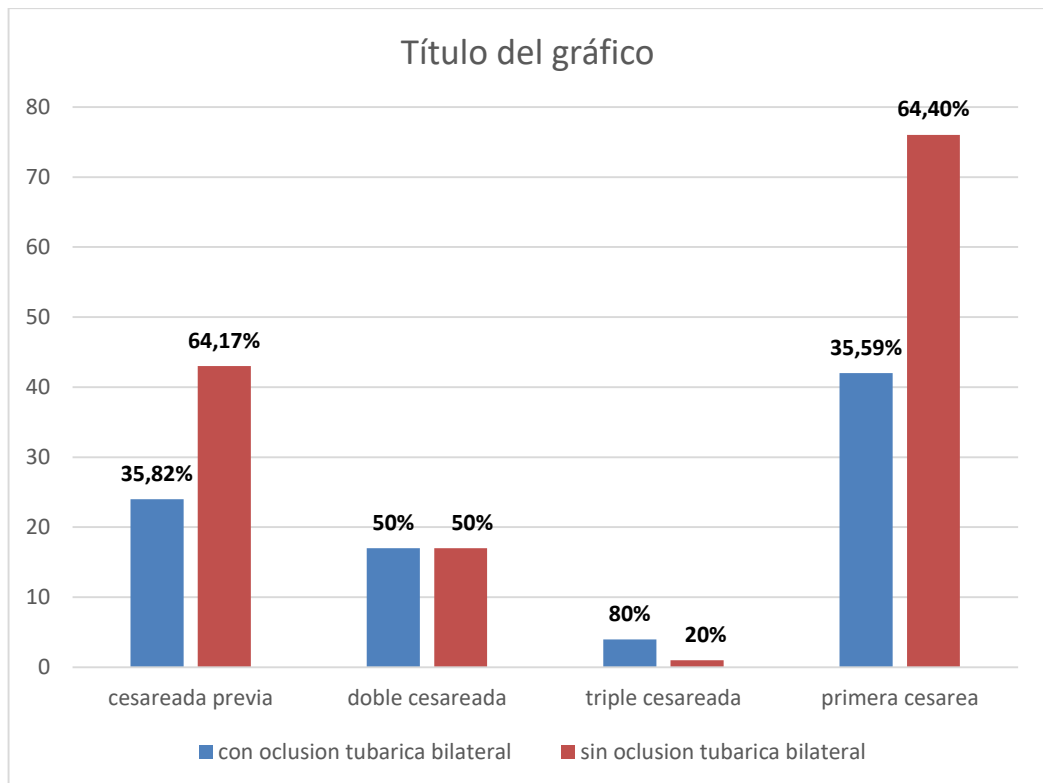
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Coronel Oviedo, 2017.

Entre los hallazgos transoperatorios más frecuentes se encuentran, circular ceñido de cordón en 20,09% (45), liquido meconial en 13,39% (30), múltiples adherencias en 9,82% (22) pacientes y en menor porcentaje otros hallazgos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Grafico 15. Distribución según los antecedentes quirúrgico obstétricos y la realización de la oclusión tubárica bilateral, 2017.



En el grupo de estudio se realizaron oclusión tubárica bilateral el 80% de las triple cesareadas, el 50% de las dobles cesareadas, el 35,82% de las cesareadas previas y el 35,59% de las cesareadas por primera vez.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Discusión

En este estudio se incluyeron los partos por cesárea que se realizaron dentro del periodo comprendido entre enero a diciembre en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que los partos por esta vía no deban representar más de un 15% del total de partos en hospitales. Muchos especialistas en el área de ginecología y obstetricia, realizan esta intervención de forma rutinaria, esta condición ha generado un aumento en la tasa global de cesáreas cerca de un 30% en países como Estados Unidos y en clínicas particulares de Latinoamérica cerca del 50%. La prevalencia de cesáreas en el Hospital de Coronel Oviedo en el año 2017 fue de 43,6% con esta cifra se supera ampliamente la recomendada por la Organización Mundial de la Salud.⁽⁴⁾

Más de la mitad de las pacientes son nulíparas 69,2%, de procedencia urbana más de la mayoría el 58,5%, y de unión libre el 54,9%. Con edad gestacional en predominancia de 38 y 40 semanas, hallazgo de relevancia ya que en su mayoría los embarazos culminaron en semanas óptimas para evitar complicaciones fetales. La mayoría contaron con controles prenatales 76,3% ya que gran parte de las pacientes son de procedencia urbana y pueden acceder a un puesto de salud o al mismo hospital donde se realizó el estudio. En el grupo de estudio se vio, que 221 gestantes (98,66%) tuvieron VDRL no reactivo y solo 3 de ellas (1,34%) presentaron VDRL reactivo, superando por poco el objetivo de la Organización Panamericana de la Salud, que estableció como objetivo la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en su plan de acción 2004-2005. Para lograr el objetivo el 95% de las gestantes infectadas deben ser diagnosticadas y tratadas, con lo que se reduciría la prevalencia de sífilis durante la gestación a menos del 1%, ya que de todas las embarazadas con sífilis no tratadas, sólo el 20% verificará parto a término y obtendrá un niño normal.⁽³³⁾

Entre las características clínicas materno-fetal se encontraron, 10 pacientes (4,46%) con preeclampsia, 3 pacientes (1,34%) con eclampsia, y se encontró



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

alteración de la frecuencia cardíaca fetal en 11 pacientes (4,91%) con bradicardia fetal, 6 pacientes (2,68%) taquicardia fetal y 194 pacientes (86,61%) no mostraron ninguna alteración clínico materno-fetal. En el grupo de estudio se vio con diagnóstico preoperatorio ecográfico de polihidramnios 6(2,68%), oligoamnios 14(6,25), desprendimiento normoplacentario 15(6,70%), desproporción cefalopélvica 24(10,71%), feto macrosómico 11(4,91%), presentación pelviana 7(3,13%), y ninguna alteración ecográfica 146(65,63%). Estos datos se relación parcialmente con el estudio que se realizó en la clínica médica previsional Asunción-Ministerio de Salud del Perú 2016, el 86.96% en el rango de edad entre 20-35 años, en un 72.05% de educación universitaria, 58.39% eran casadas y el 75.78% procedían del área urbana.(34)

En este grupo de estudio, se encontró, que el antecedente quirúrgico obstétrico más frecuentes fue que más de la mitad de las pacientes no tenían antecedentes de cesárea anterior 118 pacientes y fueron sometidas por primera vez a la intervención quirúrgica representando el (52,68%) de cesareadas por primera vez, seguidas por las pacientes con cesáreas previas que fue de 29,91%, este dato cobra una gran importancia ya que las principales causas de realizar una cesárea es el de tener una cesárea previa, entonces mientras más casos nuevos de cesáreas se practiquen por primera vez, contribuimos al incremento de las tasas de cesáreas. Al 63,39% se le realizó la incisión horizontal y al 36,61% incisión vertical, cuya desventaja de esta última es que la pérdida sanguínea suele ser mayor, es más difícil de reparar, origina más adherencias y tiene mayor riesgo de ruptura en un posterior embarazo, por lo cual se contraindica un subsecuente parto vaginal.⁽²¹⁾

Se encontró el más alto porcentaje de cesáreas por primera vez en el grupo de edades comprendidas entre 15 y 24 años, de 224 pacientes, 63 representando el 28,1%, mientras más casos nuevos de cesáreas se realicen contribuimos a que posteriormente se incrementen las tasas de cesáreas. La prevalencia de cesárea en el grupo de edad de ≥ 35 años fue de 50% primera cesárea, 20,4% cesárea previa y 27,2% doble cesareada, cifra considerada alta y no



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

recomendable debido a que se asocia con mayores riesgos durante el embarazo. Este trabajo difiere en los resultados del estudio que se realizó en la clínica médica previsual Asunción que de acuerdo a los factores gineco - obstétricos, las pacientes en el estudio no tenían antecedentes personales no patológicos hasta en un 96.89%, con embarazos de término hasta en 83.23%, 42.24% tenían cesáreas anteriores y hasta 72.05% no tenían antecedentes patológicos personales, el 100% recibió atención prenatal, el 86.34% recibió más de 4 atenciones prenatales. 43.48% no presentaron factores de riesgo durante su embarazo y 91.93% no tuvieron factores de riesgo durante el parto. La principal indicación de cesárea hasta en 36.65% precisamente fue cesárea anterior.(34) Entre los hallazgos transoperatorio se encontraron en las cesareadas, circular ceñido de cordón en 45 pacientes (20,09%), liquido meconial en 30 pacientes (13,39%), segmento inferior adelgazado en 9 pacientes (4,02%), múltiples adherencias en 22 pacientes (9,82%) y en menor porcentaje otros hallazgos, en 8 pacientes representando el (3,57%) en los que se encuentran mioma, atonía uterina y segmento inferior dehiscente. Habiendo relevancia en el hallazgo de múltiples adherencias ya que crea un grave peligro durante la intervenciones de cesáreas posteriores por riesgo de lesiones a órganos vecinos y en el adelgazamiento anómalo del segmento uterino inferior por crear un peligro durante el por trabajo de parto prolongado, riesgo de rotura uterina sobre todo en mujeres con alta paridad y en aquéllas con antecedente de cesárea en donde se encuentra con más frecuencia.⁽⁹⁾

En este grupo de estudio se encontró que el 80% de las triple cesareadas se realizó la oclusión tubarica bilateral y en las dobles cesareadas el 50% se realizó y el 50% no lo hizo, y en las cesareadas previas se encontró un 35,82% que si se realizaron la oclusión tubarica bilateral. Según la recomendación de la OMS debe realizarse la oclusión tubarica bilateral en pacientes con antecedentes de cesáreas múltiples (3 o más). (35)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Conclusión

Con respecto a las características sociodemográficas, la mayoría de las pacientes en estudio, se encontraban en edad de 22 –33 años, procedían del área urbana, mujeres de unión libre y estudios primarios la mayoría no concluyeron los estudios.

Entre los antecedentes prenatales se encontró que la mayoría tenía una edad gestacional de término, de predominancia nulíparas y con controles prenatales, encontrándose factores de riesgos clínico materno-fetal en un porcentaje muy bajo de pacientes y un porcentaje de pacientes presentaron diagnóstico ecográfico preoperatorio de desproporción cefalopélvica como el más frecuente.

Se encontró que el antecedente quirúrgico obstétricos más frecuente fue el de cesárea por primera vez, seguidos por cesareadas previas, una indicación no modificable, por el alto riesgo de complicación materno fetal.

Entre los hallazgos transoperatorios más frecuentes se encontró, la circular ceñido de cordón, liquido meconial y múltiples adherencias en el orden según la frecuencia de mayor a menor.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Recomendaciones y perspectivas para el futuro

Reducir la incidencia de cesáreas a porcentajes otorgados internacionalmente y dentro de lo establecido por la Organización Mundial de la Salud.

Capacitar al personal de salud, para discernir con fundamentos científicos las indicaciones precisas de parto por cesárea, evitando someter a riesgos innecesarios a la madre y al hijo.

Implementar charlas educativas y con incentivos, sobre los riesgos que conlleva el llevar una gestación en edades avanzadas.

Motivar a realizar embarazos planificados dentro de la edad optima y que conlleva menos riesgos para la madre y su futuro hijo.

Valorar de manera individual cada uno de los casos de pacientes a los cuales se le esté indicando por primera la interrupción del embarazo vía cesárea, evaluando todas las posibilidades de parto vía vaginal, antes de realizar el acto quirúrgico.

Conocer los antecedentes, la historia clínica y condición actual de la paciente, ya que antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía abdominal o pélvica previa, pueden generar adherencias y bridas que originan dificultades técnicas predisponentes a las complicaciones.

La mejor manera de manejar estas complicaciones consiste en la prevención y el diagnóstico temprano, así como una planeación adecuada del procedimiento.

Se debe tener en cuenta que, si se toma en consideración a todas las mujeres que eligen una prueba de trabajo de parto, entre 60 y 80% tendrá un parto vaginal satisfactorio.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Bibliografía

1. Chérrez, Francisco. Rivera I. Principales causas de legrado en la fundación humanitaria Pablo Jaramillo, período enero-diciembre 2011. Univ del Uzuay. 2012;61.
2. de la Salud OM. Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia. Bibl la OMS. 2011;169.
3. Félix Báez CA. Manual de maniobras y procedimientos en obstetricia.pdf. Mexico: McGrawHill; 2006. 97-98 p.
4. Rosario U del, University of the Rosary. Antonio Rocha Alvira Library (Bogota C, Sánchez López DL, Obstericia E en G y, sdiana_lucia@hotmail.com. Impacto de la cesarea en la morbilidad materna y perinatal. 2015;
5. Kim D, Na U, Information C. 내륙습지와 갯벌에서의 주요 온실기체 배출량 특성연구 Characteristics of Greenhouse Gas Emissions from Freshwater Wetland and Tidal Flat in Korea. 2013;
6. Ecuador M de salud P. Atención del parto por cesárea. Guia Pract Clin. 2015;1-39.
7. Walter JF. Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval "CMST" en el periodo julio 2014-julio 2015. 2016;
8. Bustamante-zuluaga C, Parra-anaya G, Díaz-yunez I, Vergara-quintero F, Nubbila-lizcano E De. CIRCULAR DE CORDÓN EN RELACIÓN CON LA VÍA DEL PARTO . REVISIÓN DE LA LITERATURA Perinatal outcome associated to fetal nuchal cord and way for delivery . Review of literature. 2011;62(4):315-20.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

9. Dagleish T, Williams JMG., Golden A-MJ, Perkins N, Barrett LF, Barnard PJ, et al. [No Title]. Vol. 136, Journal of Experimental Psychology: General. 2007. 23-42 p.
10. Suárez-López L, Campero L, De la Vara-Salazar E, Rivera-Rivera L, Hernández-Serrato MI, Walker D, et al. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. Salud Publica Mex. 2013;55(SUPPL.2):225-34.
11. Anaya-Prado R, Madrigal-Flores S, Reveles-Vázquez JA, Ramírez-Barba EJ, Frías-Terrones G, Godínez-Rubí JM. Maternal morbidity associated with cesarean section | Morbilidad materna asociada a operación cesárea. Cir Cir. 2008;
12. Heredia Lima C, Médico Gineco-Obstetra P, en Medicina D, Auxiliar P, Principal Ex Médico residente P, Puma J, et al. INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú Maternal complications of cesarean sections performed in the expulsive period of labor in a g. Rev Med Hered Rev Med Hered. 2015;26(26):17-2317.
13. Mendieta JJB. CARRERA DE MEDICINA HUMANA TÍTULO : INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESÁREA EN DE TÍTULO DE MÉDICO GENERAL AUTOR : Jhersson José Briceño Mendieta DIRECTOR : Dr . Guillermo Enrique Coronel Astudillo , Esp LOJA-ECUADOR. Bibl Virtual. 2016;
14. Vega B, Villota L. Prevalencia Y Causas De Cesarea En El Hospital Vicente Corral Moscoso, Período Julio a Diciembre De 2014.Cuenca 2015. Bibl virtual en salud. 2016;2-45.
15. Peruana S, Obstetricia D, R JP, Díaz J, Inga M, Muñoz C. Ginecología y



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Obstetricia. 1998;44(1):40-4.
16. Prof. DACMDAEPDEKDFGBPDFLDJCAIPDLM. Manual Nacional De Normas Y Procedimientos Para La Prevención Y El Control del cáncer del tracto genital inferior femenino. Minist Salud Pública y Bienestar Soc. 2015;80.
 17. Fernández del Castillo S C. Ginecología y obstetricia. Ginecol Obstet Mex. 2009;77(10):463.
 18. Gallego J. Obstetricia integral siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia. 2010. 163 p.
 19. Social M de SP y B. No Title. Bibl virtual en salud. 2014;(Buscan disminuir partos por cesárea).
 20. Social M de SP y B. No Title. En Paraguay, cifra cesáreas triplica a la Recomendación por la OMS.
 21. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia Schwarcz. 2005;752.
 22. Amaya Guío J, Alexandry Gaitán M, Contenido TI. Obstetricia Integral Siglo XXI. 2010. 123-146 p.
 23. De SP. Manual Nacional de Normas de Atención de las Principales Patologías Obstétricas. 2018.
 24. John S. Ginecología de Williams. 2013. 716-723 p.
 25. OMS declaración de la. Cesaria.
 26. Grünig CR, Queloz V, Duò A, Sieber TN. [No Title]. Vol. 113, Mycological Research. 2009. 207-221 p.
 27. Luís B. Manual de Pediatría Hospitalar. 1991;
 28. Peruana S, Obstetricia D, Edgardo H, Martins R, Alva J, Pacheco J.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Ginecología y Obstetricia. 1995;41(2):51-5.
29. Zavala C, Bataglia-araujo V, Ayala J. Revención y manejo de la infección puerperal. Rev Peru Ginecol Obstet. 2006;52(3):153-7.
 30. Weil Corea D. Indicación de Cesárea y hallazgos trans-operatorios en el Servicio de Obstetricia. Hospital Amistad Japón-Nicaragua Enero a Marzo del 2012. 2012;1-42.
 31. Paraguaya S. Ginecología Y. Rev Ginecol y Obstet la SEPGO. 2010;1-60.
 32. Subsecretar S, Direcci S, Reproductiva S. Cesárea segura.
 33. Salvador S, Septiembre. Diagnostico Situacional De Sifilis Materna Y Sifilis Congenita. 2010;
 34. Optar Al Título De P, Roger Javier Flores Salgado Br Lucia Antonia Flores Zepeda Br Skarleth Farideth Gadea González Tutor Msc Ainoa Calero Castro Asesor Msc Walter José Pastrán Molina Managua B. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua. 2016;
 35. OMS. ESTERILIZACION FEMENINA. Guia para la prestacion de servicios. 1993;



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Cronograma.

Actividades 2018	Marzo	Abril	Mayo	Juni	Juli	Ago	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Presentación										
Tema y Título de obra										
Revisión Bibliográfica										
Inicio y seguimiento por Tutoría										
Inicio Redacción										
Formular los Objetivos General y Específicos										
Formular el planteamiento del problema										
Formular la justificación										
Marco teórico										
Metodología										



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Instrumento de recolección de datos										
Protocolo finalizado- Talleres										
Protocolo: Comité de Bioética										
Monitoreo y Evaluación por coordinación										
Redacción global de trabajo										
Primer borrador aprobado por tutoría										
Corrección final										
Proceso de presentación										



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Presupuesto

Los datos previstos serán: impresión de cuestionario, movilidad, alimento.

La investigación será ejecutada y solventada en su totalidad por el investigador.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Anexo

Variables sociodemográficas

- Edad Materna: ... años
- Estado Civil:
 - Unión libre
 - separada
 - soltera
 - casada
- Procedencia
 - Urbana
 - Rural
- Escolaridad
 - Sin enseñanza educacional... -Enseñanza básica incompleta...
 - Enseñanza básica completa... - Enseñanza media incompleta...
 - Enseñanza media completa ... -Enseñanza superior ...

Variables de los antecedentes prenatales

- Edad Gestacional...semanas
- Paridad
 - nulípara
 - primípara
 - secundípara
 - tercipara
 - Multípara
 - Gran Multípara
- Control prenatal: -Si -No
- VDRL: -Reactivo –No Reactivo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Diagnóstico ecográfico preoperatorio....
- Diagnóstico clínico preoperatorio materno-fetal.....
- Antecedentes quirúrgicos obstétricos
 - cesareada anterior
 - doble cesareada
 - triple cesareada
 - Primera cesarea

Variables durante el parto

- Tipo de incisión
 - Vertical
 - Horizontal
- Oclusión tubarica bilateral: -SI -No
- Hallazgos transoperatorios.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZU FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE MEDICINA Coordinación de Trabajos de Fin de Grado



Coronel Oviedo, 08 de octubre de 2018

Nota FCM.N; 728/2018

Señor

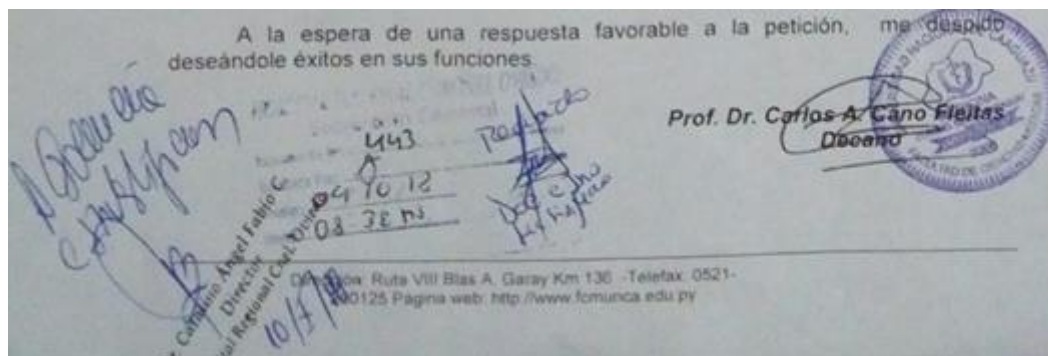
Dr. Catalino Fabio Director

Hospital Regional Dr. José A. Samudio de Coronel Oviedo

Presente

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, a fin de solicitar autorización para el acceso de los alumnos del 6to Curso de la carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú, para la recolección de datos para el trabajo final de grado que se encuentra desarrollando en las áreas y temas con los autores correspondientes a saber: **Área Ginecología y Obstetricia:**

Burgos Sanabria Deissi Mariel con CI N: 3594475. Tema: "**Características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuente en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.**"
Asesorado por el Dr. Anibal Kawabata.





UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE MEDICINA



Coordinación de Trabajos de Fin de Grado

Coronel Oviedo, 17 de diciembre de 2018

Señor

Prof. Marcial González Galeano

Coordinador de Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Ciencias Médicas


Carrera de Medicina

Presente

Por la presente me dirijo a Ud. y a donde corresponda a fin de dar constancia que el Trabajo de Fin de Grado cuyo título es “**Características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuente en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017**” de la alumna **Deissi Mariel Burgos Sanabria** ha sido revisado in extenso siendo aprobado de forma y fondo por esta Tutoría, siguiendo las pautas de rigor científico y los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Caaguazú y la Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Medicina.

Esta aprobación se realiza tras la revisión global exhaustiva y esta apta para ser entregada en las versiones solicitadas de acuerdo al flujograma establecido para iniciar el proceso por revisores.

ATTE.


Dr. Aníbal Kawabata Inoue
Bioquímico
Reg. N° 1.233

Firma y aclaración de Tutor