

Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea

[Dr. Davide Casagrandi Casanova,1](#) [Dra. Julia Pérez Piñero,2](#) [Dra. Georgina Areces Delgado,3](#) [Dra. Ana Mary Sanabria Arias,4](#) [Dr. Rubén Urra Coba,5](#) [Dra. Sureya Benavides Lachaise,5](#) [Dra. Berenice Sánchez Tapia,6](#) [Dra. Carenia Cruz6](#) y [Dra. Lilian Delgado Peruyera.6](#)

RESUMEN

El índice de cesáreas se ha incrementado considerablemente en los últimos años, por lo que el estudio de diferentes factores relacionados con la intervención es de gran importancia en la actualidad. En el Hospital "Ramón González Coro" se creó un sistema para el registro automatizado de cesáreas en el año 1996, se presentan en este trabajo algunas variables relacionadas con la operación en tres años: 1996, 1999 y 2005. El índice de cesáreas se incrementó (18,3 % a 29,2 %, años 1996 y 2005, respectivamente). Las indicaciones más frecuentes en el 1996 fueron la desproporción cefalopélvica (13,1 %) y la presentación pelviana (11,1 %), mientras que en el 2005 fueron el sufrimiento fetal agudo (15,1 %) y las afecciones médicas asociadas (12,1 %). Predominaron en los tres años las cesáreas limpio-contaminadas (40 %, 35 %, 42 %, en los años 1996, 1999 y 2005, respectivamente), y la frecuencia de anestesia peridural se incrementó considerablemente (16 %, 34 %, 92 %, en los años 1996, 1999 y 2005, respectivamente). Hubo un descenso en la frecuencia de todas las complicaciones post-operatorias (30 %, 26 %, 11 %, en los años 1996, 1999 y 2005, respectivamente) y de las complicaciones infecciosas (15 %, 11 %, 4 %, en los años 1996, 1999 y 2005, respectivamente); mientras se incrementaron las transfusiones de hemoderivados (4,3 %, 4 %, 8,1 %, en los años 1996, 1999 y 2005, respectivamente). Se recomienda la aplicación de programas similares para mejorar la recogida de datos relacionados con la cesárea.

Palabras clave: Cesárea, tendencias, indicaciones, complicaciones.

En los últimos 30 años la tasa de cesáreas ha aumentado considerablemente en muchos países.¹ En Estados Unidos, donde aproximadamente uno de cada tres nacimientos ocurren tras esta intervención,^{2,3} la tasa se ha incrementado en un 40 % en los últimos 10 años, reflejando dos tendencias concurrentes: un incremento de las cesáreas primitivas (14,6 % a 20,6 %) y un descenso de los partos vaginales después de cesárea (28,3 % a 9,2 %).³ En algunas regiones de Brasil, la tasa oscila alrededor del 30 %, aunque en sectores privados ha ascendido hasta el 80 %.⁴ En Cuba también se ha evidenciado un incremento en este indicador en los últimos años.⁵

Durante este mismo período las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal han disminuido considerablemente, hecho que se atribuyó en un inicio al incremento de la frecuencia de cesáreas. Sin embargo, desde hace algunos años se ha reconocido que es

difícil afirmar que el descenso de la morbilidad perinatal sea consecuencia directa del aumento de la tasa de cesáreas.⁶

El estudio de las cesáreas incluye no solamente sus indicaciones y tendencias, sino también otros elementos de la operación, que pueden estar relacionados con los resultados maternos y perinatales finales. Entre estos se encuentran la morbilidad preoperatoria, tipo de anestesia empleada, tipo de incisiones uterinas, tiempo quirúrgico, tiempo entre la decisión y la extracción fetal, antibioticoterapia, complicaciones post-operatorias, transfusiones y resultados neonatales. El número de cesáreas realizadas y de variables a estudiar supone un reto para la estadística perinatal actual, que intenta optimizar los sistemas de recogida de datos, para una mejor interpretación de los mismos. En la literatura internacional existen reportes de sistemas automatizados creados para el registro de estas variables, se plantea que su implementación puede mejorar el acceso y la confiabilidad de los datos de las pacientes.^{7,8}

Para disponer de información relacionada con la cesárea, más amplia y de mejor calidad, se creó en el Hospital Ginecoobstétrico “Ramón González Coro”, un registro automatizado para cesáreas.⁹ El objetivo de este trabajo es mostrar algunos resultados relacionados con esta operación 10 años después de implementado este sistema.

MÉTODOS

La presente investigación clasifica como descriptiva retrospectiva, de las cesáreas realizadas en el Hospital “Ramón González Coro”, de Ciudad de La Habana, durante el período del 1996 al 2005. Se creó un sistema automatizado para el registro continuo de todas las cesáreas realizadas en el hospital, que se comenzó a utilizar a partir de enero del 1996.⁹ Para sistematizar la recogida de los datos relacionados con la paciente, la intervención y el período post-operatorio, se confeccionó una planilla de recogida de datos (Anexo 1) que era completada por el cirujano o el ayudante inmediatamente después de terminada la intervención. Esta permanecía en la historia clínica de la paciente durante el ingreso, se llenaban los datos referentes al post-operatorio en el momento del alta hospitalaria.

Para la creación del registro automatizado, se empleó el programa Microsoft FoxPro para Windows versión 2,6; el cual fue sustituido en el año 2005 por otro que, empleando las mismas variables, fue confeccionado con el programa Microsoft Access, del paquete Microsoft Office 2000. El registro continuo se llevó de forma ininterrumpida durante los años 1996 al 2001, reiniciándose posteriormente en el año 2005 durante un año. Estos programas permitieron la entrada de los datos contenidos en las planillas y la creación de una base de datos, en la que quedó almacenada, por años, la información relacionada con cada una de las operaciones realizadas.

Para la confección de este artículo se estudió el comportamiento de las siguientes variables:

- Indicación de cesáreas primitivas: Se refiere a la causa por la que se realizó el procedimiento según aparece en el registro.
- Clasificación según riesgo de infección: en virtud de los criterios presentes en el Manual de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 10 se clasificaron en limpia, limpia-contaminada, contaminada y sucia.

- Tipo de anestesia empleada, clasificada en espinal, peridural o general oro-traqueal.
- Complicaciones en el post-operatorio: Incluye la presencia o no de complicaciones en la madre después de la operación y el tipo de las mismas.
- Transfusión de hemoderivados, recogida como una variable dicotómica según le fuera o no suministrada a la madre, independientemente del tipo y cantidad del hemoderivado empleado.

Los datos fueron resumidos mediante porcentajes y mostrados en tablas y gráficos. Para mostrar las variaciones en el comportamiento de estas variables durante los años de estudio, se presentan los resultados correspondientes a los años 1996, 1999 y 2005.

RESULTADOS

Durante los años 1996 al 2005 ocurrieron en el hospital un total de 39 724 nacimientos, 8 943 de ellos mediante cesárea primitiva, para un 22,5 %. Se dispone de los datos del 94,74 % de las pacientes operadas en esos años. Para la confección de este artículo se emplearon los datos correspondientes a algunas variables de las pacientes operadas los años 1996, 1999 y 2005.

En la tabla 1 se muestra índice de cesáreas primitivas en el Hospital “Ramón González Coro” desde el año 1996 y hasta el año 2005. En los años 1996 al 1999 se evidenció un descenso en la tasa de cesáreas primitivas, pero a partir del año 2000 se aprecia un incremento del indicador, hasta llegar a una tasa de 29,2 % en el 2005.

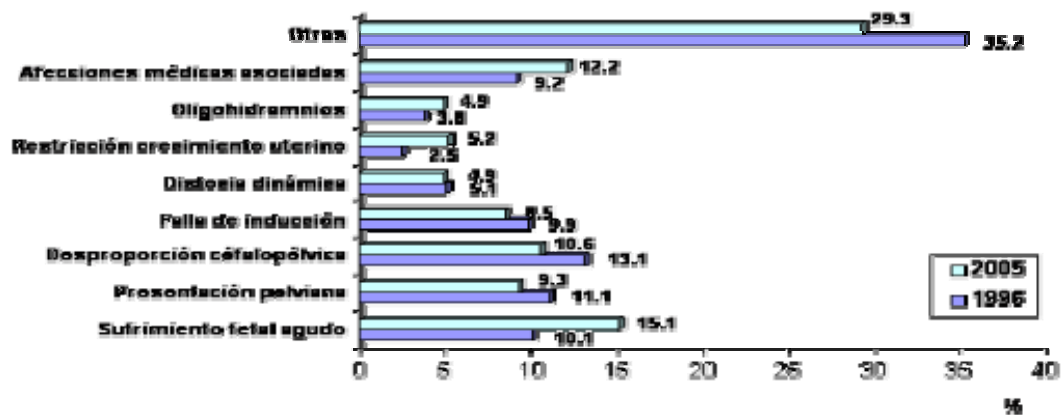
Tabla 1. Índice de cesáreas primitivas
Hospital “Ramón González Coro” (1995-2005)

Año	Cesáreas primitivas	
	No.	%
1996	711	18,3
1997	708	19,0
1998	658	17,7
1999	678	18,5
2000	923	21,7
2001	913	22,6
2002	819	23,8
2003	867	25,6
2004	878	26,4
2005	985	29,2

Fuente: Departamento de Registros Médicos.

La frecuencia de las indicaciones más frecuentes para la cesárea primitiva aparece en la figura 1. Aunque no se evidencian grandes diferencias en las indicaciones en los dos años estudiados, en el año 2005 se aprecia una mayor frecuencia de las cesáreas realizadas con los diagnósticos de sufrimiento fetal agudo (S.F.A), oligohidramnios,

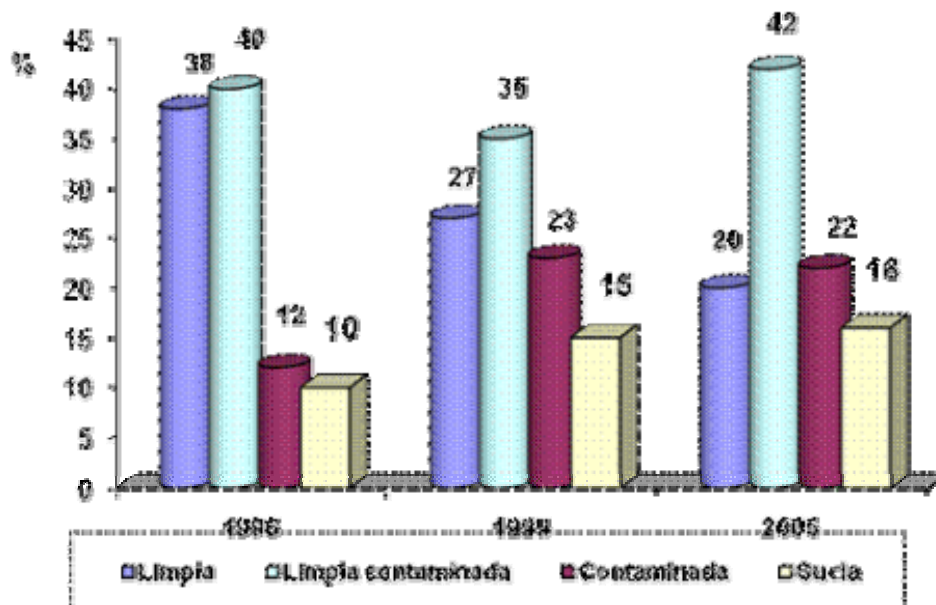
restricción del crecimiento intrauterino (R.C.I.U) y afecciones médicas asociadas.



Fuente: Registro automatizado de cesáreas.

Fig. 1. Indicaciones de cesárea primitiva por años
Hospital “Ramón González Coro”(1995 y 2005)

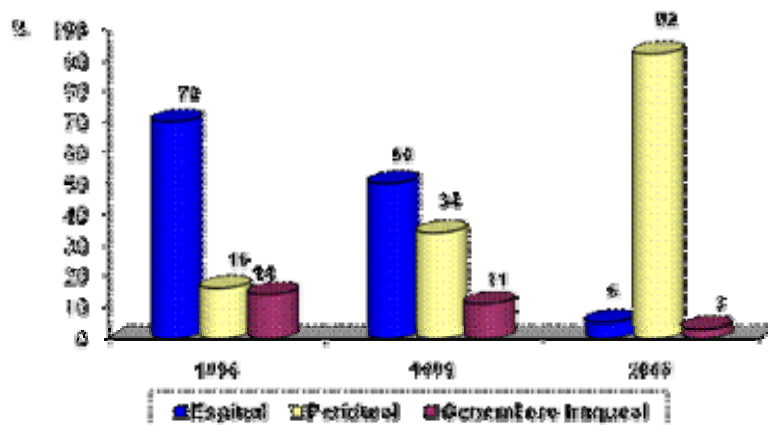
En la figura 2 se muestra la distribución de las pacientes de acuerdo a la clasificación de la operación según el riesgo de infección. Durante los años del estudio predominaron las cesáreas clasificadas como limpia-contaminadas (40 %, 35 % y 42 % en los años 1996, 1999 y 2005, respectivamente). La frecuencia de intervenciones clasificadas como limpias disminuyó en el período analizado (38 % en 1996, 20 % en 2005) mientras que se incrementaron las clasificadas como sucia (10 % en 1995, 16 % en 2005).



Fuente: Registro automatizado de cesáreas.

Fig. 2. Clasificación de la cesárea según riesgo de infección
Hospital “Ramón González Coro” (1996, 1999, 2005)

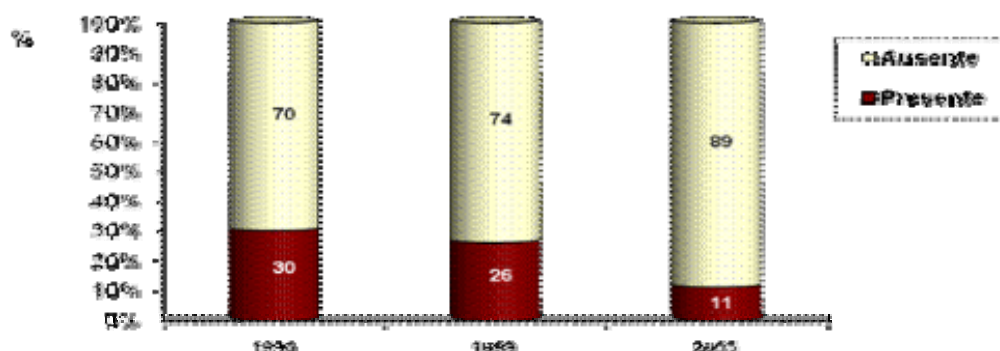
El tipo de anestesia empleada para la cesárea se muestra en la figura 3. Es llamativo el incremento de la anestesia peridural (16 % en 1996, 92 % en 2005). El uso de la anestesia espinal disminuyó considerablemente durante el período estudiado (70 % en 1996, 5 % en 2005), al igual que la anestesia general oro-traqueal (14 % en 1996, 3 % en 2005).



Fuente: Registro automatizado de cesáreas.

Fig. 3. Frecuencia del tipo de anestesia empleada
Hospital “Ramón González Coro” (1996, 1999, 2005)

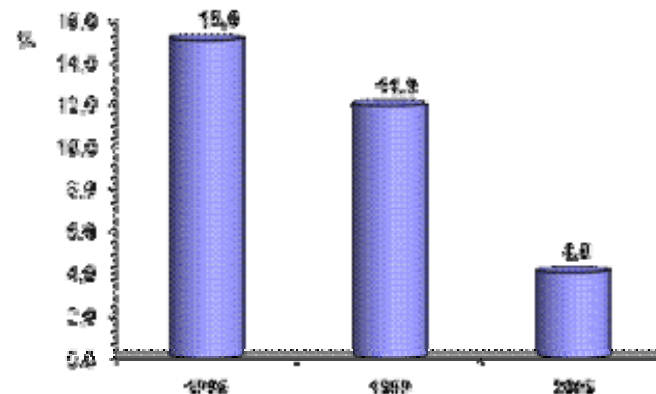
Las complicaciones post-operatorias disminuyeron durante los años de estudio, según se aprecia en la figura 4. En el primer año del estudio, el 30 % de las pacientes presentó al menos una complicación durante el post-operatorio; mientras que en el año final la frecuencia disminuyó a 11 %.



Fuente: Registro automatizado de cesáreas.

Fig. 4. Frecuencia de complicaciones post-operatorias
Hospital “Ramón González Coro” (1996, 1999, 2005)

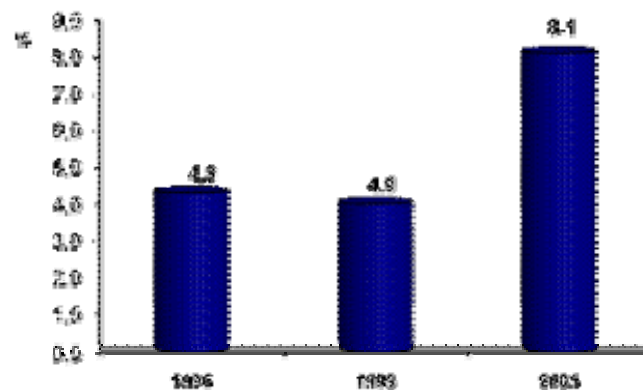
Según se aprecia en la figura 5, la frecuencia de complicaciones infecciosas en el post-operatorio mostró un comportamiento similar (15 % en 1995, 4 % en 2005).



Fuente: Registro automatizado de cesáreas.

Fig. 5. Frecuencia de complicaciones infecciosas en el post-operatorio Hospital “Ramón González Coro” (1996, 1999, 2005)

Como se aprecia en la figura 6, la transfusión de hemoderivados en el post-operatorio se incrementó durante los años del estudio: de un 4,3 % del total de pacientes operadas que recibieron alguna transfusión en el año 1995, la frecuencia ascendió a 8,1 % en el 2005.



Fuente: Registro automatizado de cesáreas.

Fig. 6. Frecuencia de transfusiones de hemoderivados en el post-operatorio. Hospital “Ramón González Coro” (1996, 1999, 2005)

DISCUSIÓN

Según el conocimiento de los autores de este artículo, no existen actualmente registros automatizados para cesáreas que estén en uso en otras instituciones del país, aunque se ha reportado su uso previamente.¹¹

El registro continuo de cesáreas comenzó a emplearse en el hospital a partir de enero del 1996, lo que permitió la recogida sistemática de algunas variables que previamente no se recogían.

El incremento de la tasa de cesáreas en el hospital se corresponde con la tendencia nacional e internacional de elevación de este indicador, mencionada anteriormente. Como se ha reportado previamente por varios autores e investigaciones, el incremento de la cesárea primitiva es un fenómeno global condicionado e influido por numerosos factores. En relación con la posible asociación entre el índice de cesáreas y las tasas de morbilidad y mortalidad perinatales, en la literatura se reportan resultados contradictorios. Por ejemplo, un estudio reciente que incluyó datos de 59 países concluyó que la realización de cesáreas en embarazos de alto riesgo pudiera contribuir a mejorar los resultados maternos y perinatales;¹² mientras que otra investigación también reciente reportó que el incremento en la tasa de cesáreas se asoció con un aumento en las tasas de morbilidad materna y perinatal.¹³

En este estudio, el incremento de la frecuencia de realización de cesáreas no se acompañó de un incremento en la mortalidad materna. No se evidenciaron grandes diferencias en las indicaciones para la cesárea primitiva. No obstante, el incremento de la frecuencia de oligohidramnios y RCIU. como indicaciones de cesárea pudiera ser consecuencia de una mejor aplicación de los esquemas de vigilancia fetal anteparto, que permite identificar situaciones de riesgo de deterioro del estado fetal constituyendo una indicación para la terminación de la gestación.

No se encontraron en la literatura revisada reportes con diseño similar al del presente estudio que muestren la clasificación de la cesárea según el riesgo de infección en diferentes períodos de tiempo. En un estudio realizado en el año 2000 con datos obtenidos de este mismo registro de cesáreas, se encontró una mayor frecuencia de intervenciones clasificadas como limpias, seguidas de las limpia-contaminadas y que la mayor frecuencia de complicaciones infecciosas se presentó en las cesáreas clasificadas como sucias, seguidas por las limpias.¹⁴

Tanto la anestesia general como la regional (espinal o subaracnoidea y peridural o epidural) son muy empleadas para la cesárea, ambas tienen sus indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas. La selección del método a emplear depende de factores relacionados con el anestesiólogo, la paciente, el feto, las condiciones de realización de la intervención y la urgencia de la misma. Aunque varios autores prefieren la aplicación de métodos regionales para reducir el riesgo de algunas importantes complicaciones maternas,¹⁵ una revisión sistemática reciente no demostró que la anestesia regional se asociara con mejores resultados maternos o neonatales cuando se la compara con la anestesia general oro-traqueal.¹⁶ Los métodos regionales más empleados tienen indicaciones y ventajas similares, por lo que el incremento en la realización de la anestesia peridural encontrado en este estudio, unido a la importante reducción de la espinal, pudiera ser consecuencia de preferencias de los anestesiólogos que se inclinan a la realización de uno u otro método, con predominio, en este caso, de la anestesia epidural.

Durante los años del estudio se evidenció una reducción importante de todas las complicaciones post-operatorias y de las complicaciones infecciosas. Varios factores pueden haber contribuido a este resultado. En primer lugar, la reducción de la

realización de anestesia espinal produjo una disminución de la incidencia de cefalea post-punción lumbar, que constituyó la segunda complicación post-operatoria más frecuente en los años 1995 y 1996.⁹ En el año 1997 se aplicó en el hospital un esquema de antibioticoterapia profiláctica basado en la administración de cefazolina en las primeras 24 horas a las pacientes clasificadas como limpia-contaminadas y contaminadas, reservándose la antibioticoterapia combinada por varios días a las intervenciones clasificadas como sucias.¹⁴ Este esquema de antibioticoterapia, con algunas modificaciones menores, es el que actualmente se emplea en la institución. La implementación del esquema mencionado, unido a la introducción del registro de cesáreas, contribuyó a una mejor clasificación de la cesárea según riesgo de infección, con un mejor uso de la política de antibióticos, que pudo haber influido en la reducción de la incidencia de complicaciones infecciosas en el período estudiado. En efecto, varios estudios publicados en Cuba^{14,17} y en otros países¹⁸⁻²⁰ han demostrado que los esquemas de antibioticoterapia profiláctica son eficaces en la reducción de la incidencia de complicaciones infecciosas tras la cesárea.

Se encontró en este estudio un incremento de la indicación de transfusiones de hemoderivados en el post-operatorio. Como quiera que la frecuencia de complicaciones en el post-operatorio se redujo, este incremento pudiera ser consecuencia de cambios en los criterios para la indicación de la transfusión. Muchos factores pueden influir en la necesidad de transfusión tras la cesárea, como la anemia pre-existente, la indicación de la intervención, la placenta previa, el tipo de anestesia, entre otros. Es por eso que, según reportan algunos estudios, la frecuencia de hemotransfusión tras la cesárea oscila entre el 3,2 %²¹ y 25 %.²²

El presente estudio muestra la importancia de la recogida sistemática de variables relacionadas con la cesárea para una mejor interpretación de los procesos relacionados con la intervención. El estudio del comportamiento de algunas de estas variables en diferentes períodos de tiempo puede ser útil en la identificación de factores que pudieran influir en estos, lo que sería la base para la aplicación de estrategias encaminadas a mejorar algunos indicadores relacionados con la cesárea.

summary

Trends of some indicators related to caesarean section. "Ramón Gonzalez Coro" Hospital, 1996-2005.

The index of caesarean sections has considerable increased in the last years. That's why, the study of different factors related to this procedure is very important at present. In "Ramón Gonzalez Coro" Hospital it was created a system for the automated register of caesarean sections in 1996. Some variables connected with the operation in 1996, 1999 and 2005 were presented in this paper. The caesarean section index rose (from 18.3 %, in 1996, to 29.2 %, in 2005). The most frequent indications in 1996 were cephalopelvic disproportion (13.1 %) and pelvic presentation (11.1 %), whereas in 2005 they were acute fetal suffering (15.1 %) and the associated medical affections (12.1 %). The clean-contaminated caesarean sections predominated in the three years (40 %, 35 %, 42 %; in 1996, 1999 and 2005, respectively). It was observed a considerable growth of the frequency of peridural anesthesia (16 %, 34 %, 92 %, in 1996, 1999 y 2005, respectively). There was a decrease in the frequency of all the postoperative complications (30 %, 26 %, 11 %, in 1996, 1999 y 2005, respectively). The transfusions of hemoderivatives increased (4.3 %, 4 %, 8.1 %, in 1996, 1999 y 2005,

respectively). The application of similar programs was recommended to improve the collection of data related to caesarean section.

Key words: Caesarean section, trends, indications, complications.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Linton A, Peterson MR, Williams TV. Effects of maternal characteristics on cesarean delivery rates among U.S. Department of Defense healthcare beneficiaries, 1996-2002. *Birth*. 2004;31(1):3-11.
2. Hamilton BE, Martin JA, Sutton PD. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Births: preliminary data for 2003. *Natl Vital Stat Rep*. 2004;23;53(9):1-17.
3. Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. *Semin Perinatol*. 2006;30(5):235-41.
4. Kilsztajn S, Carmo MS, Machado LC Jr, Lopes ES, Lima LZ. Cesarean sections and maternal mortality in Sao Paulo. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;132(1):64-9.
5. Falcón Viera E, Sánchez Montesinos I, La Rúa A, González Fuentes Y. Índice de cesárea primitiva: ¿un problema resuelto? X Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Palacio de Convenciones, La Habana, 1997.
6. Hale, RW. Operative delivery. En: Pernoll ML, De Cherney AH, editors. *Current Obstetric Diagnosis and treatment*. USA: Appleton and Lange;1994. p. 543-71.
7. Nielsen PE, Thomson BA, Jackson RB, Kosman K, Kiley KC. Standard obstetric record charting system: evaluation of a new electronic medical record. *Obstet Gynecol*. 2000; 96(6):1003-8.
8. Haberman S, Rotas M, Perlman K, Feldman JG. Variations in compliance with documentation using computerized obstetric records. *Obstet Gynecol*. 2007;110(1):141-5.
9. García Valenciano P, Casagrandi Casanova D, Pérez Piñero J. Sistema automatizado para el registro de cesáreas. X Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Palacio de las Convenciones, La Habana, 1997.
10. Colectivo de autores. *Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas;1997.
11. Gazapo Pernas R, Rodríguez Fernández T, Aguila Setién S, Ruagip Muisi G. Sistema de apoyo informático a la gestión investigativa y administrativa en las cesáreas. *Rev Cubana Obstet Ginecol*.1990;16(1):29-33.
12. Althabe F, Sosa C, Belizán JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006;33(4):270-7.
13. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*.2006;367(9525):1819-29.
14. Caraballo López S, García Romero Y, Núñez Álvarez, A. Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos. *Rev Cubana Med Trop*.2001;53(2).
15. Ng K, Parsons J, Cyna AM, Middleton P. Spinal versus epidural anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD003765.

16. Afolabi BB, Lesi FE, Merah NA. Regional versus general anaesthesia for caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Oct 18;(4):CD004350.
17. Pérez Velázquez C, Reyes Pérez A, Pérez de Villa Amil A. Antibioticoterapia profiláctica en la cesárea. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(1).
18. Hopkins L, Smaill F. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001136.
19. Larsen JW, Hager WD, Livengood CH, Hoyme U. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of postoperative infections. Infect Dis Obstet Gynecol. 2003;11(1):65-70.
20. Ledger WJ. Prophylactic antibiotics in obstetrics-gynecology: a current asset, a future liability? Expert Rev Anti Infect Ther. 2006;4(6):957-64.
21. Rouse DJ, MacPherson C, Landon M, Varner MW, Leveno KJ, Moawad AH, et al. Blood transfusion and cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2006;108(4):891-7.
22. Ozumba BC, Ezegwui HU. Blood transfusion and caesarean section in a developing country. J Obstet Gynaecol. 2006; 26(8):746-8.

ANEXO

Hospital Ginecoobstétrico “Ramón González Coro” Comité para la Evaluación de la cesárea.

Datos a llenar por los cirujanos:

Equipo: Fecha: / /
 HC:
 Nombre: _____
 Edad: E.G.

Partos anteriores:

Ninguno: Eutócico:
 Instrumentado: Cesárea:

Tipo de cesárea: 1.Primitiva 2.Alterada
Cesárea primitiva: 1.Urgente 2.Electiva

Anuncio de cesárea primitiva:

1. Equipo 2. Servicio 3. Otro equipo:

Diagnóstico de cesárea primitiva:

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. S.F.A | 2. D.C.P. |
| 3. Pelviana | 4. Distocia Dinámica |
| 5. Hipoxia Fetal | 6. Placenta Previa |
| 7. DPPNI | 8. Fallo de inducción |
| 9. Accidente cordón | 10. Afección asociada |
| 11. P.E. Grave | 12. Gemelar |
| 13. Oligohidramnios | 14. RCIU |
| 15. Otra _____ | |

Cirujanos: 1. Especialista 2. Residente

1. _____

2. _____

3. _____

Trabajo de parto:

1. No 2. Espontáneo 3. Inducción 4. Cond.

Tiempo de:

Trabajo parto: Rotura Membranas:

Clasificación según riesgo de infección:

1. Limpia 2. Limpia-Cont. 3. Contaminada

4. Sucia 5. No clasificada

Tipo de anestesia: 1. Espinal 2. Peridural

3. G.O.T. 4. Reg. + G.O.T.

Tipo de histerotomía:

1. Seg. Arciforme 2. Seg. Corpórea 3. Corpórea

Tiempo quirúrgico: minutos.

Peso: gramos. *Apgar:* /

Datos a llenar al egreso:

Complicaciones post-operatorias:

Ninguna:

Endometritis: Absceso pared:

Infecc. H.Q.: Dehiscencia:

Anemia: Atonía:

Ileo: Cefalea:

Fiebre de etiología no precisada:

Hemoperitoneo

Otra: _____

Cultivo loquios: _____

Cultivo sec. herida quirúrgica: _____

Transfusión:

1. No. 2. Transoperatoria 3. Postoperatoria

Antibioticoterapia profiláctica:

1. Sí 2. No 3. No precisado

Antibioticoterapia postoperatoria:

1. Sí 2. No

Antibióticos empleados (postoperatorio):

Penicilina: Gentamicina:

Kanamicina: Metronidazol:

Ceftriaxona:

Otros: _____

Reintervención: 1. Sí 2. No

Estadía post-operatoria: días

Reingreso: 1. Sí 2. No

FAVOR ESCRIBIR AL DORSO DATOS RELEVANTES

Para uso exclusivo del Comité:

¿Discutida en el colectivo? 1. Sí 2. No

Informe operatorio: _____

Señalamientos: _____

Revisada por: _____

Recibido: 11 de octubre de 2007. Aprobado: 30 de octubre de 2007.

Dr. Davide Casagrandi Casanova. Calle 44 No. 3702, Playa, C.Habana. Teléf.

2036185. Hospital "Ramón González Coro". Calle 21 e/ 4 y 6, Plaza, C.Habana.

552631. E-mail: davide@infomed.sld.cu

[1 Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Genética Prenatal y Medicina Fetal. Profesor Auxiliar.](#)

[2 Doctora en Ciencias de la Salud. Especialista de II Grado en Bioestadísticas. Profesora Auxiliar.](#)

[3 Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Auxiliar.](#)

[4 Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente.](#)

[5 Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.](#)

[6 Residente de Ginecología y Obstetricia.](#)