



**UAP** | **UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS**

**“RELACIÓN DE LA CESÁREA DE EMERGENCIA CON LAS  
COMPLICACIONES CLÍNICAS EN POSTCESAREADAS DEL  
ESSALUD DE ABANCAY DEL 2017”.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:  
YANINA ESPINOZA MARROQUIN**

**ASESOR:  
DR. ESP. SOSIMO TELLO HURANCCA**

**ABANCAY, PERÚ - 2018**

## **DEDICATORIA**

Mi tesis la dedico a mis padres y hermanas, pues ellos son los que me dieron fuerzas y su apoyo incondicional en todo momento.

A mis amigas, que durante mi etapa universitaria me brindaron fuerzas para continuar con mis sueños.

A la universidad por darme momentos inolvidables y de poder conocer a docentes y amistades maravillosas.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar agradezco a Dios por bendecirme y cuidarme todo los días de mi vida y darme ánimos para superar dificultades en esta fase de mi vida.

A la Universidad Alas Peruanas Filial Abancay, a los asesores por su guía y dedicación. Al Director del EsSalud Abancay por haberme permitido realizar mi trabajo de investigación en el EsSalud; y a todos aquellos quienes formaron parte de mi vida profesional. Gracias por sus conocimientos, consejos y motivación.

Y un reconocimiento a mi familia por todo su amor y apoyo que me brindaron.

## RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo:** Determinar la relación entre la cesárea de emergencia con las complicaciones clínicas en potscesareadas del Hospital II Essalud Abancay de enero a junio del 2017. **Material y métodos:** Estudio no experimental, cuantitativo con una muestra de 100 pacientes postcesareadas, a quienes se le aplicó una ficha de recolección de datos. **Resultados:** Se observó que el 63% de las gestantes tuvieron cesárea de emergencia antes del parto y el 37% de las gestantes tuvieron cesárea de emergencia después del parto. El 33% de las gestantes tuvieron complicaciones clínicas con infección de pared abdominal, el 13% de las gestantes tuvieron complicaciones clínicas con hemorragias postparto y el 54% de las gestantes tuvieron complicaciones anestésicas. En tanto que el 74% de recién nacidos no presenta complicación fetal de tipo síndrome de dificultad respiratoria, mientras que el 26% si presenta esta complicación fetal en el Hospital de Essalud de Abancay del 2017. **Conclusiones:** En la presente investigación se pudo determinar la relación entre la cesárea de emergencia con las complicaciones clínicas en potscesareadas, donde se demuestra que si hay una relación de manera significativa entre las variables.

**Palabras claves:** cesárea, complicaciones clínicas.

## ABSTRACT

The present study was raised with. **Objective:** To determine the relation between the emergency Caesarean with the clinical complications in potscesareadas of the Hospital II EsSalud of Abancay of January to June of 2017. **Methods and material:** Not experimental, quantitative study with a sample of 100 patients postcesareadas, to whom there was applied a card of compilation of information. **Results:** Was observed that 63 % of the gestantes had emergency Caesarean before the childbirth and 37 % of the gestantes they had emergency Caesarean after the childbirth. 33 % of the gestantes had clinical complications with infection of abdominal wall, 13 % of the gestantes had clinical complications with postpartum hemorrhages and 54 % of the gestantes had anesthetic complications. While 74 % of newborn children does not present foetal complication of type syndrome of respiratory difficulty, whereas 26 % if he presents this foetal complication in the Hospital II EsSalud of Abancay of 2017. **Conclusions:** In the present investigation it was possible to determine the relation between the emergency Caesarean with the clinical complications in potscesareadas, where there is demonstrated that if there is a relation of a significant way between the variables.

**Key words:** caesarean, clinical complications.

## ÍNDICE

|   |      |
|---|------|
| DEDICATORIA.....                                  | i    |
| AGRADECIMIENTOS .....                             | ii   |
| RESUMEN .....                                     | iii  |
| ABSTRACT .....                                    | iv   |
| ÍNDICE .....                                      | v    |
| ÍNDICE DE TABLAS .....                            | viii |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS .....                          | ix   |
| INTRODUCCIÓN .....                                | x    |
| CAPÍTULO I .....                                  | 12   |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....                  | 12   |
| 1.1 Descripción de la realidad problemática. .... | 12   |
| 1.2 Delimitación de la investigación. ....        | 13   |
| 1.2.1 Delimitación temporal. ....                 | 13   |
| 1.2.2 Delimitación geográfica. ....               | 13   |
| 1.2.3 Delimitación social. ....                   | 13   |
| 1.3 Formulación del problema. ....                | 13   |
| 1.3.1 Problema principal. ....                    | 13   |
| 1.3.2 Problemas secundarios .....                 | 13   |
| 1.4 Objetivos de la investigación. ....           | 14   |
| 1.4.1 Objetivo general. ....                      | 14   |
| 1.4.2 Objetivos específicos .....                 | 14   |
| 1.5 Hipótesis de la investigación. ....           | 14   |
| 1.5.1 Hipótesis general. ....                     | 14   |
| 1.5.2 Hipótesis secundarias .....                 | 14   |
| 1.6 Justificación de la investigación .....       | 15   |
| CAPÍTULO II: .....                                | 16   |
| MARCO TEÓRICO.....                                | 16   |

|                     |   |    |
|---------------------|---|----|
| 2.1                 | Antecedentes de la investigación.....                   | 16 |
| 2.1.1               | Antecedentes internacionales. ....                      | 16 |
| 2.1.2               | Antecedentes nacionales. ....                           | 20 |
| 2.2                 | Bases teóricas. ....                                    | 24 |
| 2.2.1               | Cesárea.....  | 24 |
| 2.2.1.1             | Técnica.....  | 25 |
| 2.2.1.2             | Tipos de cesárea.....                                   | 27 |
| 2.2.2               | Complicaciones maternas. ....                           | 30 |
| 2.2.2.1             | Complicaciones anestésicas .....                        | 30 |
| 2.2.2.2             | Complicaciones quirúrgicas .....                        | 32 |
| 2.2.2.3             | Complicaciones infecciosas: .....                       | 34 |
| 2.2.2.4             | Complicaciones hemorrágicas postparto: .....            | 40 |
| 2.2.3               | Complicaciones fetales:.....                            | 43 |
| 2.2.3.1             | Síndrome de dificultad respiratoria.....                | 43 |
| 2.2.3.2             | Asfixia neonatal.....                                   | 48 |
| 2.2.4               | Test de apgar .....                                     | 52 |
| 2.3                 | Definición de términos: .....                           | 52 |
| CAPÍTULO III: ..... |   | 56 |
| METODOLOGÍA .....   |   | 56 |
| 3.1                 | Tipo de investigación. ....                             | 56 |
| 3.2                 | Diseño de la investigación. ....                        | 57 |
| 3.3                 | Población y muestra de la investigación. ....           | 57 |
| 3.3.1               | Población.....  | 57 |
| 3.3.2               | Muestra. ....   | 57 |
| 3.4                 | Variables, dimensiones e indicadores.....               | 58 |
| 3.5                 | Técnicas e instrumentos de la recolección de datos..... | 58 |
| 3.5.1               | Técnicas.....   | 58 |
| 3.5.2               | Instrumentos.....                                       | 59 |
| 3.6                 | Procedimientos .....                                    | 59 |
| CAPITULO IV .....   |   | 60 |

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| RESULTADOS.....                     | 60 |
| 4.1    Resultados.....              | 60 |
| 4.2    Discusión de resultados..... | 75 |
| CONCLUSIONES.....                   | 78 |
| RECOMENDACIONES .....               | 79 |
| BIBLIOGRAFÍA .....                  | 80 |
| ANEXOS .....                        | 83 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1.- Cesárea de Emergencia antes del trabajo de parto en el Hospital Essalud Abancay de Enero a Junio del 2017.....                               | 61 |
| Tabla 2.- Cesárea emergencia Durante el trabajo de parto en el hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....                           | 62 |
| Tabla 3.- Complicaciones maternas e Infección de pared abdominal en el hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....                   | 64 |
| Tabla 4.- Complicaciones maternas y Hemorragias postparto en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....                          | 65 |
| Tabla 5.- Complicaciones maternas y Complicaciones anestésicas en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....                     | 66 |
| Tabla 6.- Complicación fetales según Síndrome de dificultad respiratoria en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....           | 67 |
| Tabla 7.- Recién nacidos según APGAR AL 1' en el Hospital Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....  | 68 |
| Tabla 8.- Recién nacidos según APGAR A LOS 5' en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....                                      | 70 |
| Tabla 9.- Gestantes según cesárea de emergencia por complicaciones clínicas en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017. ....       | 71 |
| Tabla 10.- Pruebas de chi-cuadrado de Pearson de Gestantes según cesárea de emergencia por complicaciones clínicas de Essalud de Abancay del 2017..... | 72 |
| Tabla 11.- Prueba de chi-cuadrado para complicación materna .....  | 73 |
| Tabla 12 Estadísticos de contraste .....   | 74 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1.- Cesárea de Emergencia antes del trabajo de Parto en el Hospital de Essalud Abancay de Enero a Junio del 2017.....                      | 61 |
| Gráfico 2.- Cesárea emergencia Durante el trabajo de parto en el hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....                     | 62 |
| Gráfico 3.- Complicaciones maternas e Infección de pared abdominal en el hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....             | 64 |
| Gráfico 4.- Complicaciones maternas y Hemorragias postparto en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....                    | 65 |
| Gráfico 5.- Complicaciones maternas y Complicaciones anestésicas en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....               | 66 |
| Gráfico 6.- Complicación fetales según Síndrome de dificultad respiratoria Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....                       | 67 |
| Gráfico 7.- Recién nacidos según APGAR AL 1' en el Hospital Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....                                      | 68 |
| Gráfico 8.- Recién nacidos según APGAR A LOS 5' en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.....                                | 70 |
| Gráfico 9.- Gestantes según cesárea de emergencia por complicaciones clínicas en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017. .... | 71 |

## INTRODUCCIÓN

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina, es la operación abdominal más frecuente que suele realizarse en mujeres en todo el mundo; el porcentaje de dicha práctica varía considerablemente dependiendo del país donde se realice. La Organización Mundial de la Salud, en el año 1985, propuso que el porcentaje de cesáreas no debía exceder de 15% del total de nacimientos, y concluyó que estadísticamente no existen beneficios adicionales a la salud por arriba de este porcentaje. Durante el período 2000-2008, la Organización Mundial de la Salud reportó cifras cercanas a lo establecido (16-18%) en Suecia, Finlandia, Croacia, Francia, Noruega y Eslovenia; en el otro extremo, cifras de 36 a 42% en México, Mauricio, Italia, Corea, China, Brasil y República Dominicana.

Las cesáreas de emergencia ocurren cuando la madre está dando a luz de manera natural y surge una complicación. En estos casos, la cesárea no es planificada y es efectuada como una decisión del médico en una situación crítica para salvar la vida del bebé y conservar el bienestar de la madre.

Según la Organización Mundial de la Salud, sólo 15% de nacimientos deben darse por cesárea. En Arequipa, la cifra llega al 48%, es decir más del triple. En el hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo de ESSALUD, el año 2014, se practicaron 3 mil 887 partos naturales y 3 mil 394 cesáreas. El panorama se repite en 2015, donde en los primeros 7 meses del año se realizaron 2 mil 248 partos naturales, y 2 mil 029 cesáreas. La estadística incrementó al 48%.

El hospital regional Honorio Delgado Espinoza tiene un reporte similar. En los últimos cinco años, el número de cesáreas alcanzó al 44%. En 2014 de los 6 mil 423 partos reportados, 2 mil 934 fueron cesáreas, ese año aumentó un punto porcentual. Pero entre enero y junio de este año la cifra incrementó al 49%.

La coordinadora de la estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Gerencia Regional de Salud, Aide Vargas López, explica que hay una curva ascendente desde el 2000, tras la descentralización de los partos, es decir, los 6 centros de salud de nivel 1.4, que trabajan las 24 horas empezaron a realizar partos naturales, mientras que los grandes hospitales las intervenciones quirúrgicas.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 Descripción de la realidad problemática.

Actualmente el tema más importante en el servicio de gineco - obstetricia son las intervenciones quirúrgicas, ya que se presentan complicaciones clínicas, tanto para la madre como para el recién nacido.

En cuanto a la cesárea de emergencia ocurre cuando la madre está en trabajo de parto de manera natural y surge una complicación. En estos casos, la cesárea no es planificada y es efectuada como una decisión del médico en una situación crítica para salvar la vida del recién nacido y conservar el bienestar de la madre.<sup>1</sup>

Es importante tener presente que la evolución de las técnicas y materiales quirúrgicos han hecho de este procedimiento gineco -obstétrico una de las cirugías más realizadas en el mundo. Su implementación ha permitido mejorar el pronóstico de patologías que antes representaban una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal tales como las distocias,

hemorragias del tercer trimestre, el bajo peso al nacer y la pre eclampsia, entre otras patologías gineco-obstétricas.<sup>2</sup>

Es por eso que debemos tener en cuenta, que las reales indicaciones de parto por cesárea hacen referencia a las circunstancias clínicas en las cuales el pronóstico materno-fetal se optimiza utilizando este procedimiento quirúrgico.

## **1.2 Delimitación de la investigación.**

### **1.2.1 Delimitación temporal.**

Enero a Junio del 2017.

### **1.2.2 Delimitación geográfica.**

Hospital II EsSalud, Abancay – Apurímac.

### **1.2.3 Delimitación social.**

Pacientes postcesareadas del Hospital II EsSalud.

## **1.3 Formulación del problema.**

### **1.3.1 Problema principal.**

¿Cuál es la relación entre la cesárea de emergencia con las complicaciones clínicas en postcesareadas de EsSalud Abancay de enero a junio de 2017?

### **1.3.2 Problemas secundarios**

¿Cuáles son las complicaciones maternas en la cesárea de emergencia de EsSalud Abancay de enero a junio de 2017?

¿Cuáles son las complicaciones fetales en la cesárea de emergencia del Essalud Abancay de enero a junio de 2017?

#### **1.4 Objetivos de la investigación.**

##### **1.4.1 Objetivo general.**

Determinar la relación entre la cesárea de emergencia con las complicaciones clínicas en potscesareadas de Essalud Abancay de enero a junio de 2017.

##### **1.4.2 Objetivos específicos**

Identificar las complicaciones maternas en la cesárea de emergencia de Essalud Abancay de enero a junio de 2017.

Identificar las complicaciones fetales en la cesárea de emergencia de Essalud Abancay de enero a junio de 2017.

#### **1.5 Hipótesis de la investigación.**

##### **1.5.1 Hipótesis general.**

Existe una relación significativa entre la cesárea de emergencia con las complicaciones clínicas en las postcesareadas de EsSalud Abancay.

##### **1.5.2 Hipótesis secundarias**

La complicación materna más común es la complicación anestésica de EsSalud Abancay.

La complicación fetal más común es el síndrome de dificultad respiratoria de EsSalud Abancay.

## **1.6 Justificación de la investigación**

El presente estudio se argumenta por la magnitud de conocer las complicaciones clínicas, debido al crecimiento en la demanda de tal intervención quirúrgica.

Además la falta de investigación acerca de este tema brinda una importancia adicional para que estudios similares se realicen en diferentes hospitales del país con el fin de identificar y esclarecer esta problemática que viene progresando en los últimos años.

No debemos olvidar que son muchos los factores que subyacen al uso excesivo de cesárea, por una parte aquéllos asociados a las preferencias o prácticas del propio personal de salud, por otra lado, la comercialización de esta intervención quirúrgica donde las propias mujeres se convierten en demandantes activas de la cesárea, porque la ausencia de información en torno a las posibles complicaciones favorece el que sea vista como una forma de parto sin dolor.

Por último debemos tener en cuenta que el continuo progreso de la utilización de cesárea en el país, la diversidad de complicaciones asociadas a ésta, de las mujeres en mayor riesgo de ser sometidas a esta cirugía, enfatizarían la necesidad de realizar estudios adicionales para revisar los criterios bajo los cuales se llevan a cabo, con el propósito de lograr que toda cesárea de emergencia efectuada sea justificada médicamente para el bienestar y la salud del binomio madre – hijo.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes de la investigación.**

#### **2.1.1 Antecedentes internacionales.**

**Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea. Servicio de Obstetricia. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron de Barcelona.** Higuera MT, Cabero LI. España 2012. Objetivo: Determinar si las pacientes con cesárea tienen un mayor número de complicaciones que las de parto y describir el tipo de complicaciones observadas. Método: Se revisaron los expedientes de 1.017 pacientes que finalizaron su gestación en el Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron durante el primer trimestre. Resultados: Para una tasa de cesáreas del 22%, la incidencia de complicaciones maternas fue del 18% y del 6% en los partos (riesgo relativo = [RR] 3,1; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,4-15,1). Las complicaciones más frecuentes fueron la infección de herida (7,5%), la transfusión de sangre (5,3%) y la hemorragia (3,1%); la endometritis fue más común en el grupo de pacientes de parto (el

1,6 frente al 1,3%). Conclusiones: La cesárea tiene un riesgo de complicaciones tempranas 3 veces mayor que el parto. La menor incidencia de endometriitis poscesárea quizá es consecuencia de la profilaxis antibiótica, pero se requieren más estudios para llegar a una conclusión al respecto.<sup>3</sup>

**Prevalencia y Correlación clínico - quirúrgico de las Cesáreas en el Hospital “José Carrasco Arteaga”.** Patiño DA, Pineda AP, Polo DN. Ecuador 2010. Objetivo: Determinar la prevalencia de cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga y correlacionar el diagnóstico clínico-quirúrgico durante el año 2010. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de la prevalencia y Correlación Clínico-Quirúrgico de las Cesáreas, del periodo 2010, en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, estudiándose todo el universo. Se seleccionaron como variables: Edad, Estado civil, Instrucción, Residencia, Controles Prenatales, Motivo de la Cesárea, Trabajo de parto, Médico que realiza la intervención, tipo de incisión, Diagnóstico Quirúrgico. Resultados: En el HJCA durante el año 2010, la intervención cesárea representa el 32.83% del total de nacimientos en ese año, las mujeres entre los 24-33 años, con instrucción secundaria y superior, son las que con mayor frecuencia se someten a este tipo de intervención, a pesar de haberse realizado un adecuado control prenatal. Del total de cesáreas, el 65.9% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal causa el antecedente de una cesárea anterior (36,54%), seguida de distocias fetales, compromiso del bienestar fetal, y la Hipertensión arterial relacionada con el embarazo. Tan solo en un 51.84% existen

correlación clínico- quirúrgica, en tanto que un 48.16% no presenta esta relación existiendo una variación del 10% entre los diagnósticos pre y post cesárea. Conclusión: El porcentaje de cesáreas ha ido incrementando considerablemente tanto el ámbito de salud privado como público, superando así lo recomendado por la OMS, por lo tanto es necesario establecer parámetros que permitan una mejor valoración clínica de la materna, para evitar una cesárea innecesaria, disminuyendo así el riesgo en la salud del binomio madre- hijos, así como también reducir gastos institucionales.<sup>4</sup>

**Complicaciones postoperatorias en la operación cesárea sin sutura del plano peritoneal Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis**

**Díaz Soto".** Leon C, Rodriguez G, Segura F. La Habana, Cuba. 2011.

Objetivo: Describir las complicaciones posoperatorias en mujeres cesareadas sin sutura y con sutura peritoneal. Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de evaluación de técnica quirúrgica sin sutura peritoneal en 427 mujeres cesareadas en el ISMM "Dr. Luis Díaz Soto" y se comparó con un grupo control a las que se le aplicó la técnica convencional con sutura de ambos peritoneos, desde octubre del 2002 hasta marzo del 2006. Se incluyeron pacientes hasta con una sola cesárea anterior y anestesia regional. Fueron estudiadas diferentes variables: fiebre, sepsis urinaria, endometritis, complicaciones de la pared abdominal, Íleo paralítico, uso de antibióticos terapéuticos y estadía posquirúrgica. Para el análisis se utilizó la prueba de Chi-Cuadrado de homogeneidad entre grupos y la prueba t de Student, con

un nivel de significación de 0,05. Resultados: Presentaron complicaciones un porcentaje menor de las pacientes del grupo estudio, dentro de estas con significación estadística la fiebre postoperatoria (15 % vs. 22,9 %) y las patologías de la pared abdominal (74,5 vs. 25,5 %), con una reducción significativa en la indicación de antibióticos (11 % vs. 26,6 %) y de la estadía posquirúrgica (4,1 y 5,0 días, respetivamente). Conclusión: Se evidenció que la sutura rutinaria del plano peritoneal en la operación cesárea puede omitirse de forma segura, existiendo menos complicaciones y más rápida recuperación.<sup>5</sup>

**Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza.** Moura RC, De Souza FL. Brasil. Objetivo: Caracterizar los casos de infección de herida operatoria tras cesárea en las mujeres que permanecieron hospitalizadas en el periodo 2010 a 2012 en un hospital público de Fortaleza. Método: Es un estudio documental retrospectivo, con enfoque cuantitativo, con 51 formularios de notificación de infección hospitalaria de mujeres por cesárea, siendo excluidos los que no se completaron correctamente. Resultados: De los 51 formularios de notificación de las mujeres del hospital por infección de cesárea, 5 no cumplieron con los criterios de inclusión, lo que resulta en 46 formularios de información. La edad media de las pacientes fue de 26,57 años, con edades entre 14 y 40 años, mediana de 24 años y una desviación estándar de 8,1. En este estudio, se observó que de 46 pacientes con infección de herida operatoria el diagnóstico de ingreso fue diversificado de forma que el diagnóstico del proceso del parto se destaca con 19

pacientes. 45 pacientes de esta población mostraron signos y síntomas característicos de este tipo de infección, el grupo de edad predominante con diagnóstico de infección en sitio quirúrgico fue de 20-29 años, las infecciones del sitio quirúrgico que se produjeron con mayor frecuencia fue la infección del sitio quirúrgico superficial con 31 mujeres afectadas y todos los pacientes evolucionaron al alta hospitalaria. Conclusión: Se concluye en este trabajo, que incluso con técnicas avanzadas y cuidados de higienización por parte de los profesionales el número de mujeres que evolucionan a infección del sitio quirúrgico después de una cesárea es aún importante.<sup>6</sup>

### **2.1.2 Antecedentes nacionales.**

**Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013.** Galvez EM. Perú. Objetivo: Determinar la Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital “San José” del Callao, en el período Enero - Diciembre 2013. Material y Método: Para la presente tesis se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, de diseño cuantitativo; en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero – Diciembre 2013. La población está constituida por 762 pacientes cesareadas durante ese tiempo y el espacio muestral corresponde a 160 pacientes. La información fue recolectada principalmente del libro de cesáreas de sala de operaciones, de las Historias Clínicas respectivas, así como del Libro de Registros que se encuentra en el Servicio de Gineco-Obstetricia del hospital San José del Callao. Resultados: Al analizar las 160 historias clínicas, se encontró

que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52 % han sido nulíparas, el 69% de las pacientes no había sido intervenido quirúrgicamente para cesárea. El 81%, se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2 500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las Indicaciones principales fueron: Desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9% , sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha , periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%. Conclusiones: La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao en el periodo Enero-Diciembre 2013 fue de 42 % respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40 % registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18 % son cesáreas emergencia y el 24 % son de tipo electivas. Adicionalmente (a pesar que no fue el objetivo de esta investigación) se encontró que las 5 principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: Desproporción céfalo- pélvica y macrosomía fetal (12 %), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%).<sup>7</sup>

**Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014.** Curahua LV. Perú. Objetivo: Determinar las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y cesárea atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014. Metodología: Estudio de tipo observacional, descriptivo comparativo, retrospectivo de corte transversal. Para este trabajo se trabajó con dos muestras: 100 gestantes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y 99 gestantes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal, atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el primer semestre del año 2014. Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se estimó medidas de tendencia central (promedio) y medidas de dispersión (desviación estándar). Para el análisis de variables cualitativas se estimó frecuencias absolutas y porcentajes (frecuencias relativas). Las gráficas fueron diseñadas en Microsoft Excel 2013, se utilizaron las herramientas graficas: diagramas barras. Resultados: Las características generales de las pacientes con cesárea previa según tipo de parto fueron: la edad promedio del grupo de parto vaginal fue 28.65 años y del grupo de parto por cesárea fue 29.13 años. La mayoría de las pacientes del grupo de parto vaginal (46%) y de cesárea (49.5%) tuvieron edades con rangos entre 30 a 35 años. La indicación de cesárea anterior, el grupo de parto vaginal fue alteración de la vitalidad fetal (21%), la preeclampsia-eclampsia (12%), la

macrosomía (12%) y la presentación pélvica (10%), mientras que en el grupo de parto por cesárea fueron la alteración de vitalidad fetal (33.3%), la desproporción feto-pélvica (14.1%), la preeclampsia-eclampsia (10.1%) y la macrosomía (7.1%). La indicación de cesárea actual fue antecedente de cesárea previa en el 35.4%, alteración de la vitalidad fetal en el 21.2% y la desproporción feto-pélvica en el 18.2%. Respecto a las complicaciones maternas de la cesárea previa en el grupo que culminó por parto vaginal fueron: el trauma perineal (29%), el alumbramiento incompleto (8%), los desgarros cervicales (4%) y la hemorragia intraparto (2%), y en el grupo que culminó en cesárea la principal complicación fue la hemorragia intraparto (8.1%). Las complicaciones maternas durante el puerperio que presentaron las pacientes de parto vaginal con cesárea previa fueron: la anemia (42%), la fiebre puerperal (7%) y la infección del tracto urinario (4%), y en las pacientes de parto por cesárea con cesárea previa se evidenció anemia (42.4%), fiebre puerperal (11.1%), infección de herida operatoria (4%) y hemorragia posparto e infección del tracto urinario (3%) respectivamente. Conclusión: Las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio que presentaron las pacientes con cesárea previa atendidas en el INMP durante el primer semestre 2014 fueron en el grupo de parto vaginal la anemia y el trauma perineal, y en el grupo de parto por cesárea fueron la anemia y la fiebre puerperal.<sup>8</sup>

**Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un Hospital General de Lima.** Puma J, Diaz J,

Caparo C. Perú. 2012. Objetivo: Describir las complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general. Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, tipo serie de casos, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre el 1 de enero de 2011 hasta el 31 diciembre de 2012. Se incluyeron 67 gestantes a término operadas en periodo expulsivo. Se revisaron las historias clínicas de las pacientes, se registraron las características clínicas y las complicaciones maternas. Resultados: 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 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. Conclusión: La cesárea realizada en período expulsivo ocasiona complicaciones frecuentes, algunas muy severas.<sup>9</sup>

## **2.2 Bases teóricas.**

### **2.2.1 Cesárea**

Se define operación cesárea a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción a través de una incisión de las paredes abdominales y uterinas.

Las causas que motivan la operación pueden ser maternas o fetales y en ocasiones son mixtas al existir indicaciones de ambas partes.

### **2.2.1.1 Técnica**

Existen 4 técnicas básica para realizar la cesárea:

- Cesárea tipo Clásica o corporal: En esta se practica una incisión vertical sobre la cara anterior del cuerpo uterina cerca del fondo. Por las inconvenientes técnicas que representa una ruptura uterina y por el peligro de que esto suceda en un próximo embarazo, no se emplea en la actualidad.
- Cesárea Segmentaría Transversal (Operación tipo Kerr): En esta se practica una incisión transversal semilunar a nivel segmento inferior del útero. En la actualidad es la técnica de elección por las ventajas que ofrece.
- Cesárea Segmentaría Longitudinal (Operación tipo Beck): Es parecida a la anterior para la incisión segmentaría es longitudinal. Se indica en casos de anillo de retracción o cuando el producto está en situación transversa. Con frecuencia en esta operación se prolonga la incisión uterina y se convierte en segmento corporal.

- Cesárea extraperitoneal: actualmente resulta obsoleta; se realizaba ante el deseo de disminuir posibilidad de una infección posquirúrgica.<sup>10</sup>

### 2.2.1.2 Tipos de cesárea

En primer lugar, se pueden dividir las cesáreas en dos grupos, según el momento en el que se toma la decisión de realizarla: la cesárea electiva o programada, cuando se decide hacer una cesárea antes de que haya comenzado el parto, y la cesárea intraparto, que se decide durante el transcurso del parto.

Otra división de las cesáreas está asociada a la zona donde se realice el corte en el útero para abrirlo; hay dos: la cesárea corporal y la cesárea segmentaria. Esta última es la habitual, ya que el corte se realiza en el segmento inferior del útero, donde se dañan menos fibras musculares y la cicatrización es más rápida.<sup>11</sup>

La cesárea segmentaria puede ser vertical (aunque esta incisión está desaconsejada porque secciona más fibras y solo se utiliza en casos necesarios como placenta previa); transversa (la cicatriz es muy resistente y es la que menos fibras daña); en forma de T: se realiza un corte vertical y otro horizontal (en T) para que haya más espacio para sacar al feto (necesario sobre todo cuando el feto es prematuro o presenta algún problema de salud, viene de nalgas, etcétera).<sup>11</sup>

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:

- Con una laparotomía más pequeña se aborda el 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.

- En esa región el peritoneo puede ser despegado y permite luego una buena peritonización, con menor probabilidad de adherencias posteriores.
- La menor vascularización del segmento produce menos hemorragia, y como se trata de una zona delgada y pasiva, después de la expulsión del feto es más fácil de suturar y en reposo cicatriza mejor.
- El asiento fijo y bajo de la herida proporciona, en caso de infección, mejor bloqueo y defensa.<sup>12</sup>

La cesárea corporal es una práctica muy poco común en la actualidad por presentar una mayor morbilidad materno-fetal, y un porcentaje superior de riesgo de rotura uterina en un embarazo posterior (4-9% frente a menos del 1% de la cesárea segmentaria). La incisión se realiza de forma longitudinal, en la cara anterior del cuerpo uterino, atravesando la musculatura uterina, y perpendicular a la mayoría de las fibras uterinas, lo que provoca grandes hemorragias y hace que la cicatriz resulte frágil. La cesárea corporal está indicada sólo en determinados casos como:

- Segmento uterino inferior inaccesible (miomas, adherencias, grandes varices).
- Cesárea postmortem.

- Cesárea corporal previa.
- Carcinoma de cérvix que afecta al segmento inferior.
- Cesárea con histerectomía programada.
- Gestación pretérmino que finaliza por vía abdominal (especialmente en los casos de gran prematuridad).<sup>11</sup>

La cicatriz que queda en la piel del vientre es independiente del tipo de cesárea que se realice, ya que el corte externo solo sirve para abrir el abdomen (laparotomía). La cicatriz que más frecuentemente queda después de la cesárea es horizontal, encima del pubis, porque la incisión más empleada es la transversal (conocida también como incisión de Pfannestiel), y se elige por razones estéticas. Sin embargo, la más sencilla y rápida es la incisión media infraumbilical.<sup>11</sup>

Llamada por su antigüedad cesárea clásica, ha sido casi abandonada y debe reservarse para casos excepcionales. Su ejecución exige una laparatomía muy extensa, y frente a una infección ovular ello incrementa el riesgo de siembra séptica. La sección del musculo, a pesar de hacerse en la línea media, es muy hemorragia; los labios gruesos de la incisión, con tendencia a evertirse, son difíciles de reunir con la sutura, y en el posoperatorio la constante actividad del musculo puede aflojar los puntos y provocar la dehiscencia de la brecha. La adherencia solida de la serosa al miometrio hace imposible la buena peritonizacion; por este motivo se producen secundariamente muchas adherencias que pueden originar

oclusión intestinal. Sus indicaciones actuales son muy restringidas. Solo debe recurrirse a ella en casos de dificultad para abordar el segmento inferior o procediendo a la histerectomía en el embarazo con cáncer cervical.<sup>12</sup>

## **2.2.2 Complicaciones maternas.**

### **2.2.2.1 Complicaciones anestésicas**

Dependen de los procedimientos anestésicos. Las complicaciones relacionadas con la anestesia han disminuido por la tendencia reciente al mayor uso de analgesia regional que de anestesia general.<sup>13</sup>

En la actualidad, la principal técnica para el alivio del dolor en el trabajo de parto, la más eficaz e inocua, es la anestesia epidural, existiendo con ella complicaciones maternas y fetales mínimas; no obstante pueden aparecer: hipotensión, cefalea postpunción dural, bloqueo incompleto, inyección intravascular, hematoma y absceso epidural, meningitis química, anestesia espinal total, complicaciones neurológicas, pirexia materna.<sup>13</sup>

Cuando se emplea la analgesia subdural o bloqueo raquídeo los efectos secundarios son más frecuentes, entre ellos aumenta la incidencia de hipotensión, de cefaleas postpunción y puede aparecer prurito cuando se administran opiáceos. Como ventajas ofrece un efecto más rápido y una menor dosis de anestésico requerido.

Menos frecuentes son cuadros graves como son la parada cardiorrespiratoria o el síndrome de aspiración pulmonar del contenido gástrico (Síndrome de Mendelson), que pueden desencadenar un compromiso cardiocirculatorio materno con la consiguiente repercusión fetal. Estas complicaciones se dan casi invariablemente tras una cesárea con anestesia general.<sup>13</sup>

Una complicación frecuente de la anestesia epidural y del bloqueo raquídeo es la aparición de hipotensión, debida a la vasodilatación producida por el bloqueo simpático y a la obstrucción del retorno venoso por compresión de la vena cava y grandes venas adyacentes por el útero gravídico (Síndrome de hipotensión por decúbito supino). Se trata con el cambio postural (decubito lateral izquierdo), con hidratación IV y con la administración rápida de efedrina o fenilefrina IV.<sup>13</sup>

Otra complicación es la cefalea tras punción dural. Es una complicación que ocurre al puncionar la duramadre en el curso de una anestesia intradural o epidural. La pérdida de líquido cefalorraquídeo produce vasodilatación intracerebral, que a su vez produce cefalea. Lo más frecuente es que aparezca tras 24 horas de la punción. Se trata de una cefalea pulsátil que aumenta con la bipedestación y la maniobra de valsalva y mejora con el decúbito. A veces se acompaña de síntomas audiovisuales y vegetativos. Se recomienda el reposo en cama y la hidratación intravenosa, junto al tratamiento médico con Paracetamol 1g/VO/6h, Codeína 30-60mg/VO/6h, Cafeína

300mg/6h, Hidrocortisona 100mg/8h (hasta 3 dosis). En casos de no respuesta, se llevaría a cabo un tratamiento invasivo por parte del servicio de Anestesia (inyección en el espacio intradural de suero salino fisiológico, dextrano, gelatina, albúmina, parche hemático epidural).<sup>13</sup>

Estas complicaciones se podrían evitar en parte con una preparación pre anestésico adecuado y una elección correcta del tipo de anestesia.<sup>13</sup>

#### **2.2.2.2 Complicaciones quirúrgicas**

El riesgo de que se produzcan este tipo de complicaciones oscila entre un 1 y un 2 %. Son más frecuentes en las cesáreas urgentes, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas.

Factores de riesgo:

- Prematuridad
- Existencia de trabajo de parto previo
- Presentación en plano bajo
- Inexperiencia del cirujano.<sup>14</sup>

#### **A. Complicaciones hemorrágicas intraoperatorias.**

Se pueden deber en parte a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular), pero en la mayoría de los casos no va a ser así, interviniendo factores a menudo incontrolables como son la placenta previa, el

desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, coagulopatías, atonía uterina, retención placentaria. No obstante este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oxitócicos desde el alumbramiento hasta 2-4 horas después de parto.<sup>14</sup>

#### **B. Lesiones de tracto urinario.**

La lesión vesical (0'3%) es más frecuente en cesáreas repetidas y durante una cesárea-histerectomía. Se suele identificar inmediatamente, en el curso de la intervención. Se recomienda reparar la lesión con 2 capas y dejar un sondaje vesical prolongado.

Las lesiones ureterales son menos frecuentes (0'09%) y se suelen producir al reparar la prolongación de la histerotomía. Se podrían prevenir identificando su trayecto. Su diagnóstico suele ser tardío en la mayoría de los casos. Ambas lesiones son más frecuentes en la cesárea que en el parto vaginal.<sup>14</sup>

#### **C. Lesiones intestinales.**

Se suelen asociar a la existencia de laparotomía previa.

Las lesiones a nivel del intestino delgado son fáciles de reparar; más complicada es la reparación a nivel del colon, pudiendo requerir una resección o colostomía asistida por el cirujano general.<sup>14</sup>

#### **D. Lesiones nerviosas.**

Las lesiones de nervios o compresión de los mismos por el instrumental son poco frecuentes durante la cesárea.<sup>14</sup>

#### **2.2.2.3 Complicaciones infecciosas:**

Son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea.<sup>15</sup>

Entre ellas la más frecuente es la endometritis, seguida de las infecciones urinarias y la infección de la herida quirúrgica.<sup>15</sup>

Otras más graves pero afortunadamente menos frecuentes son bacteriemias, sepsis, peritonitis, abscesos pélvicos, fascitis necrotizante, tromboflebitis séptica, peritonitis por vermix caseoso. Además de factores de riesgo tales como trabajo de parto ya iniciado (el de mayor relevancia) o urgencia de la intervención, las complicaciones infecciosas se relacionan con la ruptura de membranas, el tiempo transcurrido con bolsa rota, el nivel socioeconómico, el número de tactos vaginales, la existencia de infección urinaria previa, la anemia o pérdida hemática importante, la obesidad (sobre todo en infecciones de pared), la Diabetes Mellitus , la anestesia epidural, la experiencia del cirujano y la técnica quirúrgica utilizada, la existencia de vaginosis bacteriana.<sup>15</sup>

La fuente principal de microorganismos que ocasionan las infecciones postcesárea es el tracto genital, sobre todo si no hay

integridad de membranas suelen ser infecciones polimicrobianas y los microorganismos más frecuentemente aislados son E.Coli, Estreptococo del grupo B, Enterococo Faecalis, Estafilococo Aureus (relacionado con la infección de la herida quirúrgica), Gardnerella vaginalis, Micoplasmas, anaerobios.<sup>15</sup>

Hay varios aspectos a tener en cuenta para la prevención de la infección en el acto quirúrgico:

- Cuidadosa asepsia de la piel
- Técnica quirúrgica depurada
- Profilaxis antimicrobiana

#### **A. Endometritis**

Complicación infecciosa más frecuente tras la cesárea. Su frecuencia oscila entre un 15 y un 20% si no se usa profilaxis antibiótica; en presencia de ésta la frecuencia se reduce a un 5%. Su incidencia es mayor tras la cesárea.<sup>16</sup>

- Factores predisponentes: Cesárea, Duración del parto más de 8 horas, Duración de la rotura de membranas más de 6 horas, Monitorización interna, Heridas y desgarros en el canal del parto, Baja edad materna.<sup>16</sup>
- Etiología: La infección del endometrio tiene un origen polimicrobiano procedente de vagina o cervix. Los agentes más frecuentemente aislados son: Estreptococo del grupo B, Estreptococos anaerobios, Escherichia Coli y especies de Bacteroides. La fiebre en las primeras 12

horas del puerperio suele asociarse a infección por Escherichia Coli; la fiebre en el puerperio tardío (3 días – 6 semanas postparto) suele asociarse con Chlamydia Trachomatis; en la endometritis que aparece a pesar de la profilaxis antibiótica se aíslan normalmente Enterococos y Enterobacterias.<sup>16</sup>

- Diagnóstico: Clínica:
  - Fiebre (> o igual a 38'5°C en una ocasión o > o igual a 38°C en dos ocasiones separadas 6 horas en los 10 primeros días del puerperio excluyendo el primero), MEG.
  - Taquicardia.
  - Dolor hipogástrico.
  - Subinvolución uterina, con dolor y sensibilidad.
  - Pueden aparecer loquios malolientes.
  - Pruebas complementarias:
    - Hemograma y fórmula leucocitaria.
    - Cultivos vaginales y cervicales, hemocultivo y urocultivo (con antibiograma).
    - Ecografía transvaginal (veremos un endometrio engrosado), TAC, RNM.

## **B. Tromboflebitis pélvica séptica**

Es una complicación puerperal rara pero grave, apareciendo más frecuentemente tras una endometritis postcesárea (1-2%)

Etiología:

- Estado trombogénico del embarazo.
- Microorganismos que encontramos en las endometritis.
- Diagnóstico: Clínica: Nos podemos encontrar con dos formas clínicas
- Trombosis aguda de la vena ovárica: Cursa con fiebre en agujas, escalofríos, dolor abdominal constante, severo y localizado, masa palpable.
- Fiebre de origen desconocido (sin más sintomatología).<sup>17</sup>
- Pruebas Complementarias:
- Hemograma y fórmula leucocitaria.
- Ecografía, TAC, RNM (el TAC es la prueba a realizar ante la sospecha de trombosis de la vena ovárica)

Se debe sospechar cuando un tratamiento antibiótico no hace disminuir la fiebre en una paciente con endometritis.<sup>17</sup>

## **C. Infecciones del tracto urinario**

Frecuencia de 2-16%.

Factores de riesgo:

- Se relaciona con la cateterización uretral y el sondaje vesical continuo durante la cesárea y las primeras horas del postoperatorio.
- También guarda relación con los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación (hidronefrosis fisiológica con aumento de orina en la pelvis renal) que normalmente desaparecen a las 2 semanas del parto.
- Otros: Existencia de bacteriuria asintomática durante el embarazo, partos operatorios, anestesia epidural.<sup>15</sup>
- Diagnóstico: Clínica:
  - Síndrome miccional
  - Dolor en hipogastrio
  - Fiebre.

#### **D. Infección de la herida quirúrgica**

Tiene una frecuencia del 6% de todos los partos acabados por cesárea. La frecuencia se reduce a un 2 % si aplicamos profilaxis antibiótica perioperatoria.

Factores de riesgo:

- Cesárea urgente.
- Corioamnionitis.
- Obesidad, Diabetes Mellitus, malnutrición, inmunosupresión.
- Tiempo quirúrgico aumentado.
- Pérdida hemática intensa.
- Exámenes vaginales repetidos.<sup>14</sup>

Etiología: La infección de la pared abdominal tiene su origen en la contaminación de la flora cutánea o en la diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea.

Los microorganismos más frecuentemente aislados son *Estafilococo Aureus* y *Estreptococo* de grupo A; menos frecuentes son los bacilos anaerobios que pueden causar celulitis de pared (la mionecrosis por *Clostridium* es una grave complicación que compromete la vida de la paciente por hemólisis, fallo renal y paro cardíaco).<sup>14</sup>

Diagnóstico: Clínica:

- Fiebre.
- Eritema, hipersensibilidad, dolor y secreción por herida quirúrgica.
- Pruebas Complementarias:
  - Cultivo del exudado de la herida.
  - Radiografía de abdomen: la presencia de gas, coincidiendo con clínica de pus maloliente, bullas y crepitación, puede indicar el diagnóstico de infección por *Clostridium* (celulitis necrotizante o fascitis).
  - Ecografía: Podemos identificar una colección purulenta en el caso de un absceso. Pueden darse al mismo tiempo una endometritis y una infección de pared teniendo que estar alerta ante la posible aparición de fístula útero-cutánea con miositis necrotizante del útero.<sup>14</sup>

#### **2.2.2.4 Complicaciones hemorrágicas postparto:**

Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal.

La definición de hemorragia postparto no está consensuada. Aunque parece que se suele definir como aquel sangrado vaginal mayor de 500cc tras un parto vía vaginal o mayor de 1000cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta (grado de recomendación C).<sup>12</sup>

La hemorragia postparto complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna.

Por su tiempo de aparición distinguimos entre:

- Hemorragia precoz: (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves y las que citaremos.
- Hemorragia tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto.

Factores de riesgo: Se encuentran en 1/3 de las HPP por lo que es importante identificarlos y tenerlos en cuenta en el manejo del parto. Responden a la regla nemotécnica de “las 4 Ts”.<sup>13</sup>

Tono: La atonía uterina aparece ante:

- Útero sobredistendido (polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía).

- Cansancio del músculo uterino (parto rápido o prolongado, alta paridad).
- Infección intraamniótica (rotura prematura de membranas prolongada).
- Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa).<sup>13</sup>

Tejido:

- Retención de restos placentarios.
- Retención de coágulos (útero atónico).
- Trauma:
  - Desgarro en canal blando del parto (parto precipitado, parto operatorio).
  - Desgarro en cesárea (malposición fetal, gran encajamiento).
  - Rotura uterina (cirugía previa).
  - Inversión uterina (gran paridad, placenta fúndica).<sup>13</sup>

Trombina: Alteraciones de la coagulación:

- Previas a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand,...
- Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopénica idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la preeclampsia, la muerte intraútero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico).
- Anticoagulación terapéutica.

La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP, está implicada en más de la mitad de los casos y es responsable del 4% de las muertes maternas.

La placenta adherente (acretismo placentario) es poco frecuente pero su incidencia aumenta en las mujeres con placenta previa y útero con una o más cicatrices. Supone la causa más frecuente de histerectomía por hemorragia postparto.<sup>13</sup>

Diagnóstico: Clínica:

- Cuantificación subjetiva de la pérdida hemática.
- Sensación de afectación hemodinámica de la puerpera.

Según la clínica podemos dividir la HPP en:

Leve: Pérdida hemática entre 1000-1500cc, TAS entre 80-100 mmHg, clínica de debilidad, sudor, taquicardia.

Moderada: Pérdida hemática entre 1500-2000cc, TAS entre 70-80 mmHg, clínica de inquietud, palidez, oliguria.

Grave: Pérdida hemática entre 2000-3000cc, TAS entre 50-70 mmHg, clínica de colapso, disnea, anuria.<sup>13</sup>

Etiología:

- Si no se ha desprendido la placenta: Extraerla mediante la maniobra de Credé o expresión uterina. Si así no es posible su extracción se hace manualmente.
- Si se observa una inversión uterina: Reponer el útero con el puño presionando el interior de la cavidad, bajo anestesia para favorecer la relajación del útero.

- Se realizará un masaje uterino, presionando el fondo para favorecer su vaciamiento y comprobar que esté contraído. Si nos encontramos con un útero blando no contraído, simultáneamente al masaje uterino, se administran vía parenteral fármacos uterotónicos:
- Si se recibe el estudio de coagulación alterado se realiza un tratamiento específico de la alteración.
- Se valora, en función del hemograma y del estado hemodinámico de la paciente, la necesidad de transfusión sanguínea. Se consideran criterios para transfundir una hemoglobina < 7g/dl y/o un hematocrito < 21%, siempre y cuando se añada uno de los siguientes: paciente sintomática, signos de pérdida aguda, signos de hipoxia aguda, intervención inminente.<sup>13</sup>

### **2.2.3 Complicaciones fetales:**

#### **2.2.3.1 Síndrome de dificultad respiratoria**

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), anteriormente llamado enfermedad de las membranas hialinas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNP). La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de

mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados. Los síntomas comienzan al poco de nacer, con dificultad respiratoria debida a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso. La dificultad respiratoria que lo caracteriza progresa durante las primeras horas de vida, alcanzando su máxima intensidad a las 24 - 48 horas de vida y, en los casos no complicados, comienza a mejorar a partir del tercer día de vida. La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores de 32 semanas, siendo del 50% entre las 26 y 28 semanas. La incidencia es mayor en varones, en los nacidos por cesárea y segundos gemelos. También se puede presentar en niños de mayor edad gestacional nacidos de madres diabéticas con mal control metabólico y en los que han sufrido asfixia perinatal, otros problemas intraparto o durante el periodo postnatal inmediato.<sup>19</sup>

El surfactante es una compleja estructura de agregados macromoleculares de proteínas, fosfolípidos y carbohidratos, siendo el componente principal la fosfatidil-colina, que representa el 70% de los lípidos, un 60% de ella en forma de dipalmitoil-fosfatidil-colina (DPPC), principal componente del surfactante para reducir la tensión superficial de la interfase aire - líquido alveolar. Se han descrito cuatro proteínas asociadas al surfactante, SP-A, SP-B, SP-C y SP-D. La SP-A interviene en la

secreción y reciclaje del surfactante y en la estabilización de la mielina tubular, aumentando su actividad. También tiene un importante papel en las defensas del huésped. La SP-B aumenta la acción superficial de los fosfolípidos, facilitando su reciclado por los neumocitos tipo II. Su déficit causa un cuadro de dificultad respiratoria en el RN a término. La SP-C aumenta el reciclado de los fosfolípidos, habiéndose descrito una enfermedad pulmonar asociada a su déficit.. La función de la SP-D no es bien conocida, pero su presencia facilita la rápida distribución del surfactante en la interfase aire - líquido. Existen otras proteínas presentes en el lavado bronco-alveolar cuya función no se ha determinado con precisión.<sup>19</sup>

Fisiopatología.- La etiología del SDR es un déficit transitorio de surfactante por disminución de la síntesis, alteraciones cualitativas o aumento de su inactivación. La pérdida de la función tensoactiva produce colapso alveolar, con pérdida de la capacidad residual funcional (CRF), que dificulta la ventilación y altera la relación ventilación perfusión, por aparición de atelectasias. El pulmón se hace más rígido (cuesta distenderlo) y tiende fácil y rápidamente al colapso, aumentando el trabajo y el esfuerzo respiratorio. Este aumento del esfuerzo no podrá mantenerse debido a la limitación de la fuerza muscular que afecta a la función del diafragma y facilita que la pared torácica sea más débil y con tendencia a deformarse, lo que dificulta la ventilación y el intercambio gaseoso. Se produce cianosis por

hipoxemia secundaria a las alteraciones de la ventilación-perfusión y se retiene CO<sub>2</sub> por hipoventilación alveolar. Todo ello produce acidosis mixta, que aumenta las resistencias vasculares pulmonares y favorece la aparición de un cortocircuito derecha izquierda a nivel del ductus y del foramen, aumentando la hipoxemia. En el pulmón aparecen microatelectasias difusas, edema, congestión vascular y lesión del epitelio respiratorio, más evidente en los bronquiolos terminales, con aspecto hepatizado y poco aireado. El edema alveolar, rico en proteínas, inactiva el surfactante precisando elevadas presiones para la apertura de los alvéolos colapsados, que son superiores a 25-30 cm de H<sub>2</sub>O para los alvéolos de menor radio. Cuando el paciente es sometido a ventilación asistida puede aparecer sobredistensión y rotura de los alvéolos de mayor radio, dando lugar a un enfisema intersticial y a un acúmulo de aire extrapulmonar. El tratamiento con surfactante exógeno disminuye la tensión superficial, y por ello, la presión de apertura necesaria para iniciar la inspiración. Por otra parte, dificulta el colapso alveolar espiratorio al retrasar su vaciamiento, por lo que mantiene la capacidad residual funcional. Ambas acciones favorecen el reclutamiento alveolar, mejorando la oxigenación y la ventilación, es decir, el intercambio gaseoso pulmonar.

**CLINICA** En la actualidad el cuadro clínico es muy recortado debido a la administración precoz de surfactante y al soporte respiratorio. Los primeros síntomas se inician al nacer o en las

primeras horas, empeorando progresivamente, apareciendo dificultad respiratoria moderada o intensa con polipnea, tiraje costal y xifoideo, quejido, aleteo nasal y cianosis en aire ambiente. El quejido espiratorio característico es debido al paso del aire espirado a través de la glotis semicerrada, para intentar mantener un volumen alveolar adecuado y evitar el colapso alveolar. Los niños más inmaduros presentan mayor riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar grave y un mayor grado de complicaciones pulmonares y extrapulmonares. El tratamiento con surfactante exógeno ha modificado la evolución natural de la enfermedad, disminuyendo los síntomas clínicos, la duración de la asistencia respiratoria y las tasas de mortalidad.<sup>20</sup>

Diagnostico.-En un neonato pretérmino con dificultad respiratoria, el diagnóstico se basa en los antecedentes, datos clínicos y en el aspecto radiográfico de los pulmones, si bien la radiografía puede no reflejar la intensidad de la afectación pulmonar, sobre todo cuando el neonato recibe asistencia respiratoria. En la evolución natural de la enfermedad aparecen los cambios típicos, aunque no patognomónicos de SDR: disminución del volumen pulmonar, opacificación difusa de los campos pulmonares con un moteado fino de aspecto de vidrio esmerilado y presencia de broncograma aéreo. Hay que valorar la presencia de complicaciones como enfisema intersticial, neumotórax o, con el tiempo, evolución a una enfermedad pulmonar crónica (EPC). El cuidado de estos pacientes debe

efectuarse en unidades de cuidados intensivos neonatales, donde el personal de enfermería especialmente entrenado los asistirá y controlará. Preferentemente se usa monitorización incruenta de la temperatura cutánea, frecuencia cardiaca, respiratoria, pausas de apnea, tensión arterial por oscilometría y saturación transcutánea de oxígeno por pulsioximetría, o bien la PO<sub>2</sub> y la pCO<sub>2</sub> estimada por electrodo transcutáneo. Se reserva la monitorización cruenta (cateterización radial o umbilical) para la medición discontinua o continua de la pO<sub>2</sub> y de la pCO<sub>2</sub> en los pacientes graves, inestables o más inmaduros. Los gases arteriales son un buen indicador de la gravedad de la enfermedad, presentando los cuadros más graves una acidosis mixta con hipoxemia y retención de CO<sub>2</sub>. Además, el llamado índice de oxigenación (IO) definido como la relación de la FiO<sub>2</sub> y la presión media de la vía aérea con la pO<sub>2</sub> arterial es muy útil para juzgar la gravedad cuando el niño está sometido a ventilación asistida. Así un IO mayor de 15 indica una enfermedad pulmonar grave.<sup>20</sup>

### **2.2.3.2 Asfixia neonatal**

Ausencia de esfuerzo respiratorio al nacer que determina trastornos hemodinámicos y/o metabólicos debido a hipoxemia e isquemia en distintos órganos. Fisiopatológicamente se caracteriza por: bradicardia, hipoxemia, hipercapnia, hipotensión y acidosis metabólica. Clínicamente se expresa por un test de

Apgar  $\leq$  a 3 al minuto de vida y acidosis en sangre de cordón. La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, han decidido incluir como criterios para definir asfixia: pH de cordón menor a 7.0, Apgar a los 5 minutos menor de 3, Compromiso neurológico: irritabilidad, convulsiones, coma y Compromiso de 2 o más sistemas: renal, cardiaco, etc.<sup>21</sup>

a. Clasificación (según criterio práctico u operativo):

- Test de Apgar  $\leq$  a 3 y  $>$  de 5 a los 5 minutos, ph de sangre de cordón  $>7,1$  y asintomático: asfixia neonatal leve.
- Test de Apgar  $\leq$  a 3 al minuto,  $\leq$  5 a los 5 minutos, ph de sangre de cordón, menor 7,1 asintomático: asfixia neonatal moderada.
- Test de Apgar  $\leq$  a 3 al minuto,  $\leq$  5 a los 5 minutos y con signos de compromiso asfíctico de uno o más órganos: asfixia neonatal severa.<sup>21</sup>

Conducta a seguir frente a un Recién Nacido (RN) con test de Apgar igual o menor a 3 al minuto.

b. Síntomas:

En caso de asfixia aguda, que se desarrolla en el fondo de la hipoxia crónica, hay hipovolemia. Este término se refiere a la reducción del volumen de sangre circulante. La sangre se vuelve más densa y viscosa.

En el cerebro, corazón, hígado, riñones; la hemorragia y edema son posibles, que se desarrollan debido a la falta de oxígeno.<sup>22</sup>

La hipoxia y la asfixia del recién nacido conduce a la disminución de la presión arterial. El número de latidos del corazón se reduce significativamente y la función renal urinaria se deteriora.<sup>22</sup>

c. Signos:

Los médicos van a identificar esta condición patológica en los primeros segundos de vida de un recién nacido. Se estima la frecuencia y la adecuación de la respiración, color de la piel, el tono muscular, la frecuencia cardíaca y reflejo de irritabilidad.

El principal signo de asfixia en un bebé son los problemas respiratorios, dando lugar a cambios importantes en el cuerpo.

Inmediatamente después del nacimiento del bebé, los médicos realizan una inspección minuciosa. El estado de salud del recién nacido se evalúa de acuerdo con la puntuación de Apgar.<sup>22</sup>

Los médicos pueden distinguir las siguientes formas de asfixia:

- Ligero
- Medio
- Difícil

- La muerte clínica.

El estado de un recién nacido con asfixia se calcula según la puntuación de Apgar 6-7: el bebé hace su primer aliento, pero su respiración se debilita, el tono muscular se reduce, y el triángulo nasolabial es azulado.<sup>22</sup>

Con medio rango de asfixia según Apgar es de 4-5 puntos: el bebé recién nacido hace el primer aliento dentro de los primeros 60 segundos de vida. Su respiración se debilita (irregular o regular).

El recién nacido puede presentar taquicardia, pérdida de reflejos, disminución del tono muscular o bradicardia. La piel de la cara, las manos y los pies tiene un tono azulado.<sup>22</sup>

El niño con asfixia severa se estima en 1-3 en la puntuación de Apgar: la respiración está ausente o tiene naturaleza errática. El bebé no llora, gime solamente a veces. El latido del corazón es lento, los reflejos están ausentes.

Los médicos observan la atonía muscular, o hipotensión. La piel es pálida. El cordón umbilical no es pulsante. Muy a menudo se desarrolla insuficiencia suprarrenal.

Durante la muerte clínica, los médicos puntúan el bebé con cero (0) de acuerdo con la puntuación de Apgar. Los especialistas comienzan inmediatamente complejos procedimientos de resucitación para salvar la vida del bebé.<sup>22</sup>

## 2.2.4 Test de apgar

Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento. La puntuación en el minuto 1 determina si el recién nacido tolera bien el proceso de nacimiento, mientras que la puntuación al minuto 5 le indica al médico cómo va la evolución del recién nacido tras el nacimiento. Este examen se hace para determinar si un recién nacido necesita ayuda con la respiración o está teniendo problemas cardíacos.<sup>23</sup>

En la prueba del Apgar se examina los siguientes parámetros.<sup>23</sup>

**Tabla de valoración del test de Apgar**

| Puntuación / SIGNO | Tono muscular           | Respuesta sonda nasal | Color                            | Respiración           | Frecuencia cardíaca |
|--------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|---------------------|
| 0                  | Ausente                 | Ninguna               | Azul o pálido                    | Ausente               | Ausente             |
| 1                  | Semiflexión de miembros | Ligera                | Cuerpo rosado<br>Miembros azules | Bradipnea o irregular | Menor de 100        |
| 2                  | Movimientos activos     | Tos o estornudos      | Todo rosado                      | Amplia o llanto       | Mayor de 100        |

## 2.3 Definición de términos:

- a. **Cesárea:** Se denomina operación cesárea a la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción a través de una incisión de las paredes abdominales y uterinas. Las causas que motivan

la operación pueden ser maternas o fetales y en ocasiones son mixtas al existir indicaciones de ambas partes.<sup>10</sup>

- b. Cesárea segmentaria:** La cesárea segmentaria puede ser vertical (aunque esta incisión está desaconsejada porque secciona más fibras y solo se utiliza en casos necesarios como placenta previa); transversa (la cicatriz es muy resistente y es la que menos fibras daña); en forma de T: se realiza un corte vertical y otro horizontal (en T) para que haya más espacio para sacar al feto (necesario sobre todo cuando el feto es prematuro o presenta algún problema de salud, viene de nalgas, etc.<sup>11</sup>
  
- c. Cesárea corporal:** Es una práctica muy poco común en la actualidad por presentar una mayor morbimortalidad materno-fetal, y un porcentaje superior de riesgo de rotura uterina en un embarazo posterior (4-9% frente a menos del 1% de la cesárea segmentaria). La incisión se realiza de forma longitudinal, en la cara anterior del cuerpo uterino, atravesando la musculatura uterina, y perpendicular a la mayoría de las fibras uterinas, lo que provoca grandes hemorragias y hace que la cicatriz resulte frágil. La cesárea corporal está indicada sólo en determinados casos.<sup>11</sup>
  
- d. Complicaciones anestésicas:** Dependen de los procedimientos anestésicos. Las complicaciones relacionadas con la anestesia han disminuido por la tendencia reciente al mayor uso de analgesia regional que de anestesia general.<sup>13</sup>

- e. Hemorragias postparto:** Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal. La definición de HPP no está consensuada. Aunque parece que se suele definir como aquel sangrado vaginal mayor de 500cc tras un parto vía vaginal o mayor de 1000cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta (grado de recomendación C).<sup>13</sup>
- f. Infección de herida operatoria:** Tiene una frecuencia del 6% de todos los partos acabados por cesárea. La frecuencia se reduce a un 2 % si aplicamos profilaxis antibiótica perioperatoria. La infección de la pared abdominal tiene su origen en la contaminación de la flora cutánea o en la diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea. Los microorganismos más frecuentemente aislados son Estafilococo Aureus y Estreptococo de grupo A; menos frecuentes son los bacilos anaerobios que pueden causar celulitis de pared (la mionecrosis por Clostridium es una grave complicación que compromete la vida de la paciente por hemólisis, fallo renal y paro cardíaco).<sup>14</sup>
- g. El síndrome de dificultad respiratoria (SDR):** Anteriormente llamado enfermedad de las membranas hialinas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNP). La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit

de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados. Los síntomas comienzan al poco de nacer, con dificultad respiratoria debida a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso. La dificultad respiratoria que lo caracteriza progresa durante las primeras horas de vida, alcanzando su máxima intensidad a las 24 - 48 horas de vida y, en los casos no complicados, comienza a mejorar a partir del tercer día de vida.<sup>19</sup>

**h. Asfixia neonatal:** Ausencia de esfuerzo respiratorio al nacer que determina trastornos hemodinámicos y/o metabólicos debido a hipoxemia e isquemia en distintos órganos. Fisiopatológicamente se caracteriza por: bradicardia, hipoxemia, hipercapnia, hipotensión y acidosis metabólica. Clínicamente se expresa por un test de Apgar  $\leq$  a 3 al minuto de vida y acidosis en sangre de cordón. La Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, han decidido incluir como criterios para definir asfixia: pH de cordón menor a 7.0, Apgar a los 5 minutos menor de 3, Compromiso neurológico: irritabilidad, convulsiones, coma y Compromiso de 2 o más sistemas: renal, cardiaco, etc.<sup>21</sup>

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo de investigación.**

**Cuantitativo:** el tipo de investigación es de enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos “brincar” o eludir pasos. El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones respecto de la o las hipótesis.

### **3.2 Diseño de la investigación.**

La investigación tiene como diseño cuantitativo, correlacional por que la información que se ha recogido ha sido descrita por cada dimensión y variable correspondiente, además de ser explicado para cada caso de estudio.

### **3.3 Población y muestra de la investigación.**

#### **3.3.1 Población.**

La población, el propósito de estudio estuvo constituida por 100 pacientes postcesareadas que tuvieron su cesárea de enero a junio de 2017 en el EsSalud Abancay.

#### **3.3.2 Muestra.**

No probabilística, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. Aquí el modo no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. Alcanzando una muestra de 100 postcesareadas.

### 3.4 Variables, dimensiones e indicadores.

| Variables                      | Dimensiones                                     | Indicadores   | Índice                                    |
|--------------------------------|---|---|---|
| <b>Cesárea de emergencia</b>   | 1. Según el momento en que se toma la decisión. | -Cesárea anteparto<br>-Cesárea intraparto   | -si no<br>-si no                          |
|                                | 2. Según donde se realice el corte              | -Cesárea corporal<br>-Cesárea segmentaria   | - si no<br>- si no                        |
| <b>Complicaciones clínicas</b> | 3.complicaciones maternas                       | -Infección de herida operatoria<br>-Hemorragias postparto<br>-Problemas anestésicos | - si no<br>- si no<br>-si no              |
|                                | 4.complicaciones fetales                        | -Síndrome de dificultad respiratoria<br>-Asfixia neonatal                           | -si no<br>- Apgar al 1'<br>Apgar a los 5' |

### 3.5 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos.

#### 3.5.1 Técnicas.

El presente trabajo de investigación utilizara la técnica documental con el registro de apuntes de la historia clínica de la madre y del recién nacido del EsSalud Abancay.

### **3.5.2 Instrumentos**

Ficha de evaluación. (Anexo)

### **3.6 Procedimientos**

Se realizó el procedimiento en el Hospital II Essalud Abancay, en el servicio de gineco-obstetricia, la recolección de datos fue mediante una ficha de evaluación. Se obtuvo la recolección de las historias clínicas de las postcesareadas y de las historias clínicas perinatales.

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS**

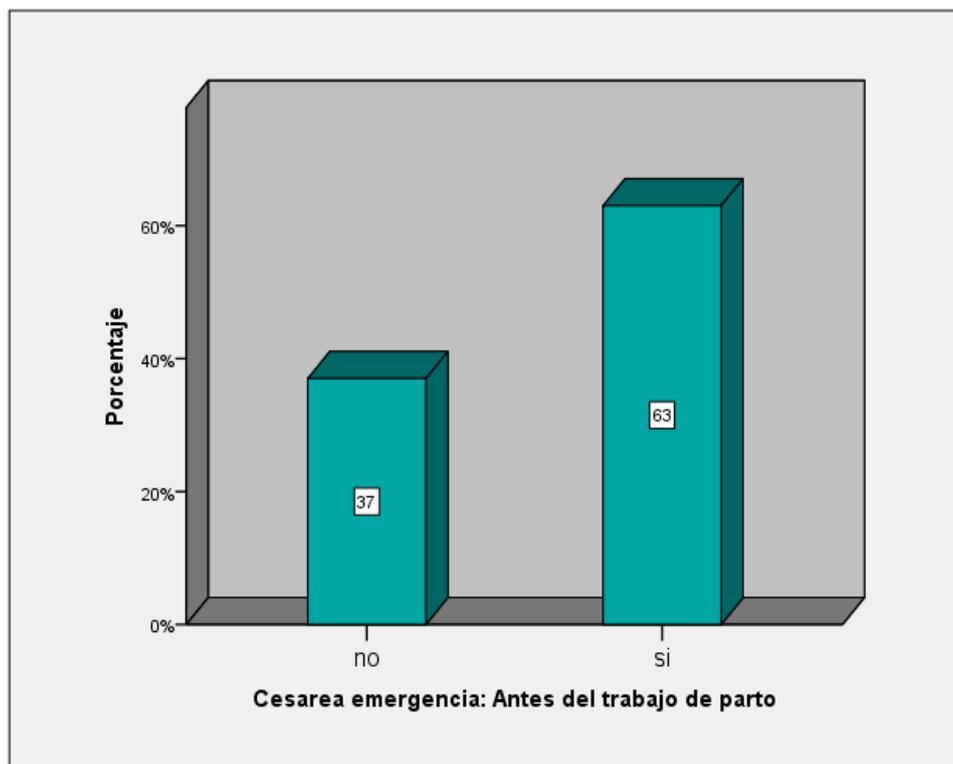
**4.1 Resultados**

**Tabla 1.- Cesárea de Emergencia antes del trabajo de parto en el Hospital Essalud Abancay de Enero a Junio del 2017.**

|         |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | no    | 37         | 37,0       | 37,0              | 37,0                 |
|         | si    | 63         | 63,0       | 63,0              | 100,0                |
|         | Total | 100        | 100,0      | 100,0             |                      |

Fuente de elaboración propia

**Gráfico 1.- Cesárea de Emergencia antes del trabajo de Parto en el Hospital de Essalud Abancay de Enero a Junio del 2017.**



### **Interpretación**

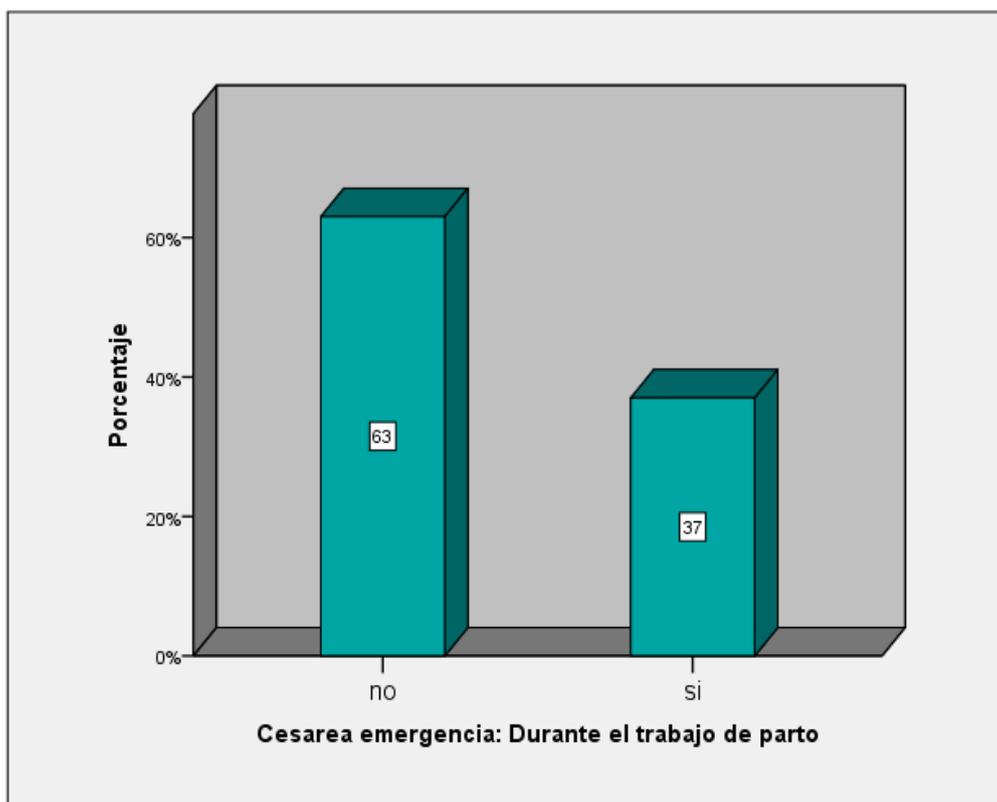
En la tabla 01 se observa que el 63% de gestantes si fueron atendidas por cesárea de emergencia Antes del trabajo de parto, mientras que el 37% de gestantes no tuvieron otro tipo de cesárea de emergencia en el Hospital de Essalud Abancay de Enero a Junio del 2017.

**Tabla 2.- Cesárea emergencia Durante el trabajo de parto en el hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**

|         |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No    | 63         | 63,0       | 63,0              | 63,0                 |
|         | Si    | 37         | 37,0       | 37,0              | 100,0                |
|         | Total | 100        | 100,0      | 100,0             |                      |

Fuente de elaboración propia

**Gráfico 2.- Cesárea emergencia Durante el trabajo de parto en el hospital de**



**Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**

**Interpretación**

En la tabla 02 se observa que el 37% de gestantes si fueron atendidas por cesárea de emergencia durante el trabajo de parto, mientras que el 63% de gestantes no tuvieron otro tipo de cesárea emergencia en el hospital de Essalud de Abancay del 2017.

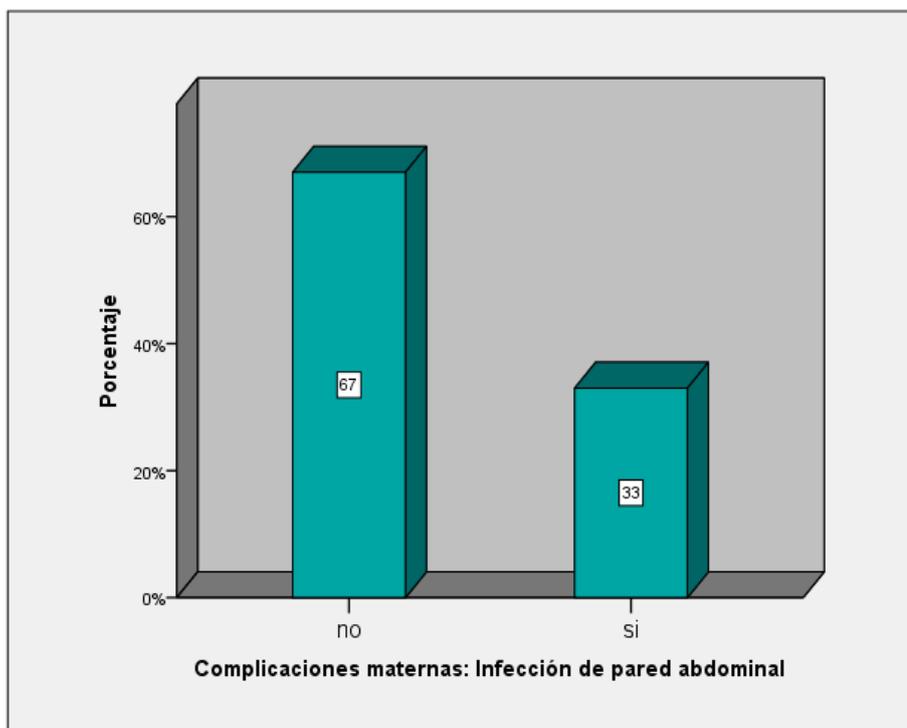


**Tabla 3.- Complicaciones maternas e Infección de pared abdominal en el hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**

|         |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No    | 67         | 67,0       | 67,0              | 67,0                 |
|         | Si    | 33         | 33,0       | 33,0              | 100,0                |
|         | Total | 100        | 100,0      | 100,0             |                      |

Fuente de elaboración propia

**Gráfico 3.- Complicaciones maternas e Infección de pared abdominal en el**



hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.

### Interpretación

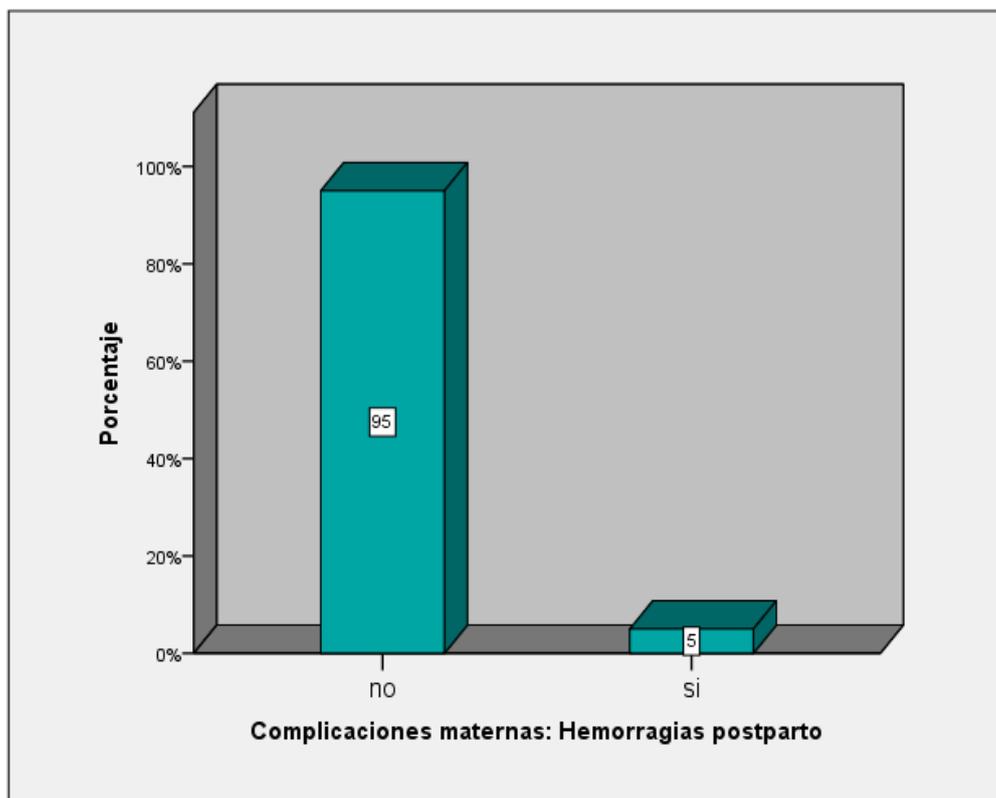
De la tabla 03 se observa que el 67% de gestantes no presenta complicaciones maternas de Infección de pared abdominal, mientras que el restante 33% de gestantes si presentan este tipo de complicación materna en el hospital de Essalud de Abancay del 2017.

**Tabla 4.- Complicaciones maternas y Hemorragias postparto en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**

|         |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No    | 95         | 95,0       | 95,0              | 95,0                 |
|         | Si    | 5          | 5,0        | 5,0               | 100,0                |
|         | Total | 100        | 100,0      | 100,0             |                      |

Fuente de elaboración propia

**Gráfico 4.- Complicaciones maternas y Hemorragias postparto en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**



### **Interpretación**

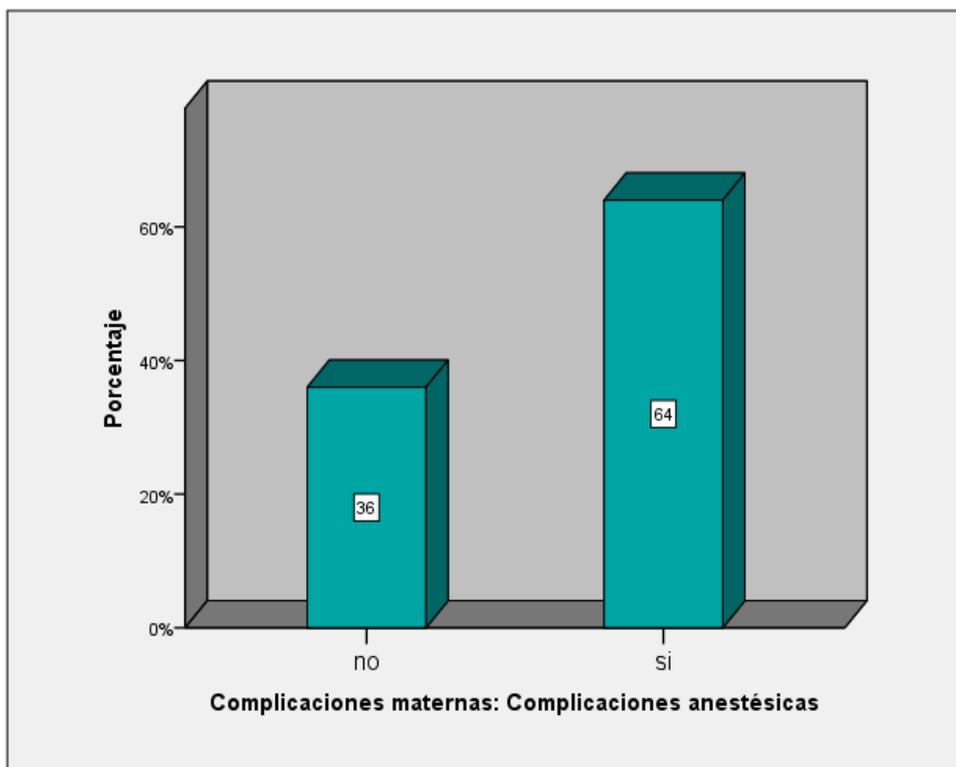
En la tabla 04 se observa que el 95% de post cesareadas no presentan complicaciones maternas de tipo de hemorragias post parto, mientras que el 5% si presentan hemorragia post parto en el Hospital de Essalud de Abancay del 2017.

**Tabla 5.- Complicaciones maternas y Complicaciones anestésicas en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**

|         |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | no    | 36         | 36,0       | 36,0              | 36,0                 |
|         | Si    | 64         | 64,0       | 64,0              | 100,0                |
|         | Total | 100        | 100,0      | 100,0             |                      |

Fuente de elaboración propia

**Gráfico 5.- Complicaciones maternas y Complicaciones anestésicas en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**



**Interpretación**

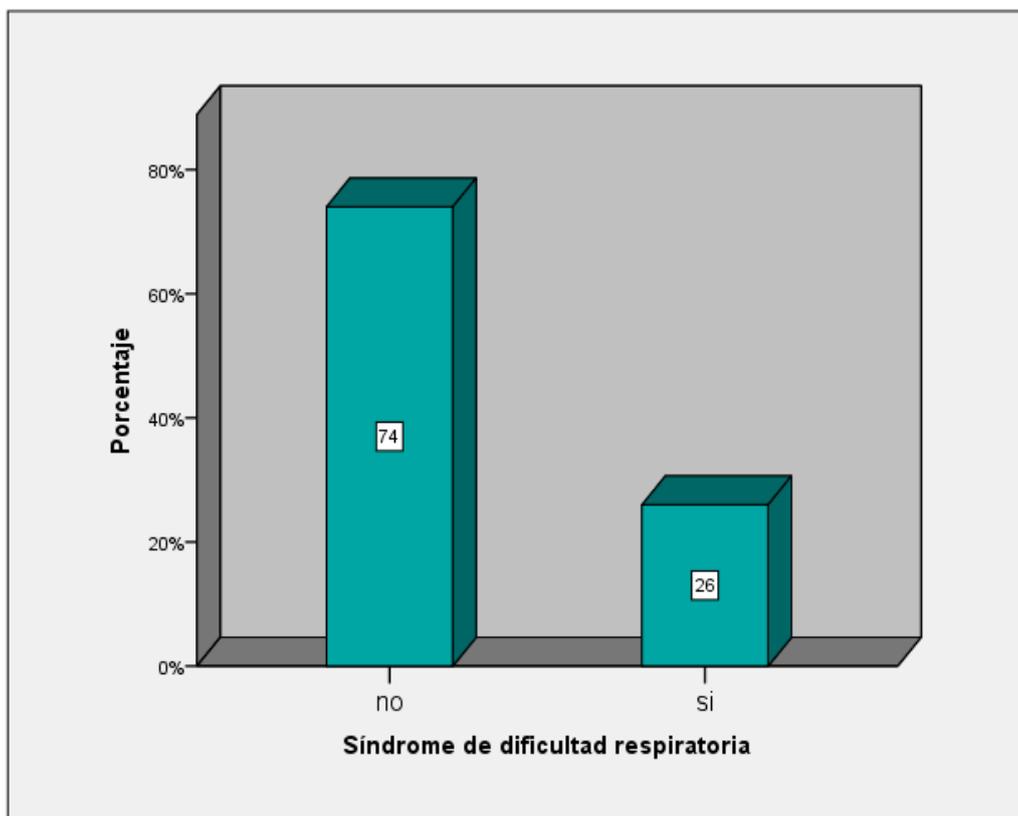
En la tabla se observa que el 36% de post cesareadas no presentan complicación materna de tipo complicaciones anestésicas, mientras que el 64% si presentan complicaciones anestésicas en el Hospital de Essalud de Abancay del 2017.

**Tabla 6.- Complicación fetales según Síndrome de dificultad respiratoria en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**

|         |       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | no    | 74         | 74,0       | 74,0              | 74,0                 |
|         | Si    | 26         | 26,0       | 26,0              | 100,0                |
|         | Total | 100        | 100,0      | 100,0             |                      |

Fuente de elaboración propia

**Gráfico 6.- Complicación fetales según Síndrome de dificultad respiratoria Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**



### **Interpretación**

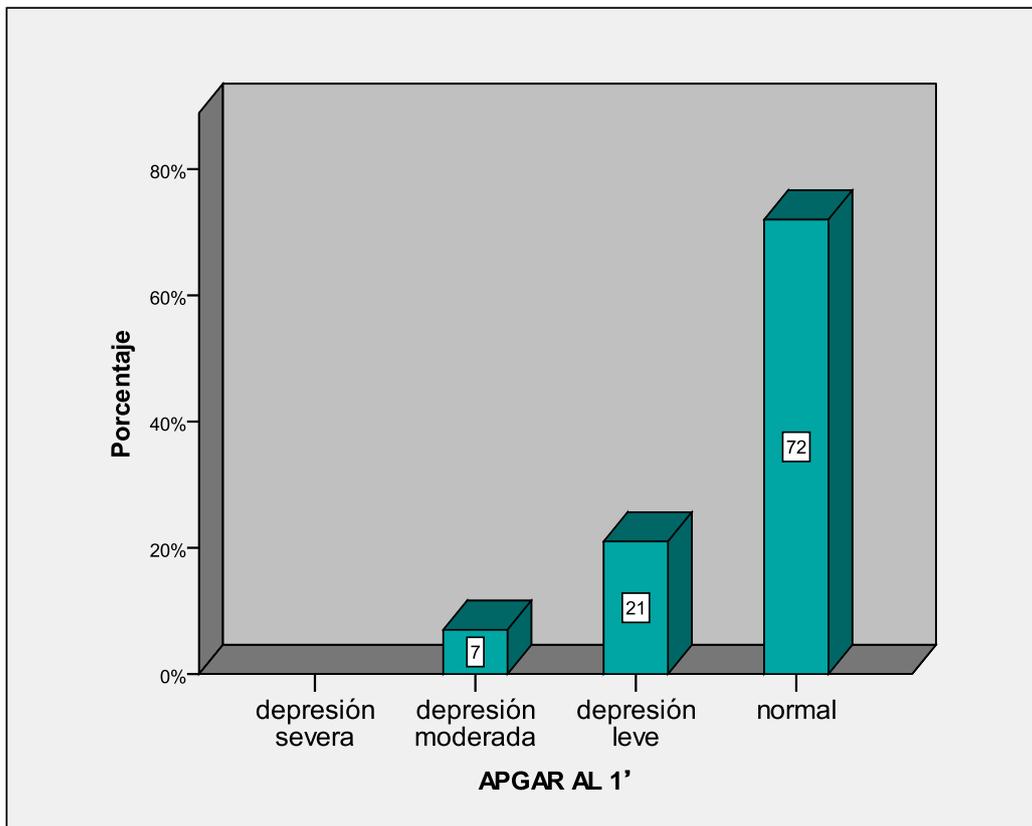
En la tabla se observa que el 74% de recién nacidos no presenta complicación fetal de tipo síndrome de dificultad respiratoria, mientras que el 26% si presenta esta complicación fetal en el Hospital de Essalud de Abancay del 2017.

**Tabla 7.- Recién nacidos según APGAR AL 1' en el Hospital Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**

|         |                    | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | depresión moderada | 7          | 7,0        | 7,0               | 7,0                  |
|         | depresión leve     | 21         | 21,0       | 21,0              | 28,0                 |
|         | Normal             | 72         | 72,0       | 72,0              | 100,0                |
|         | Total              | 100        | 100,0      | 100,0             |                      |

Fuente de elaboración propia

**Gráfico 7.- Recién nacidos según APGAR AL 1' en el Hospital Essalud de**



**Abancay de Enero a Junio del 2017.**

### Interpretación

En la tabla 07 se aprecia que el 72% de recién nacidos su apgar la minuto es normal seguido por el 21% de recién nacidos cuyo apgar al minuto es de depresión leve y

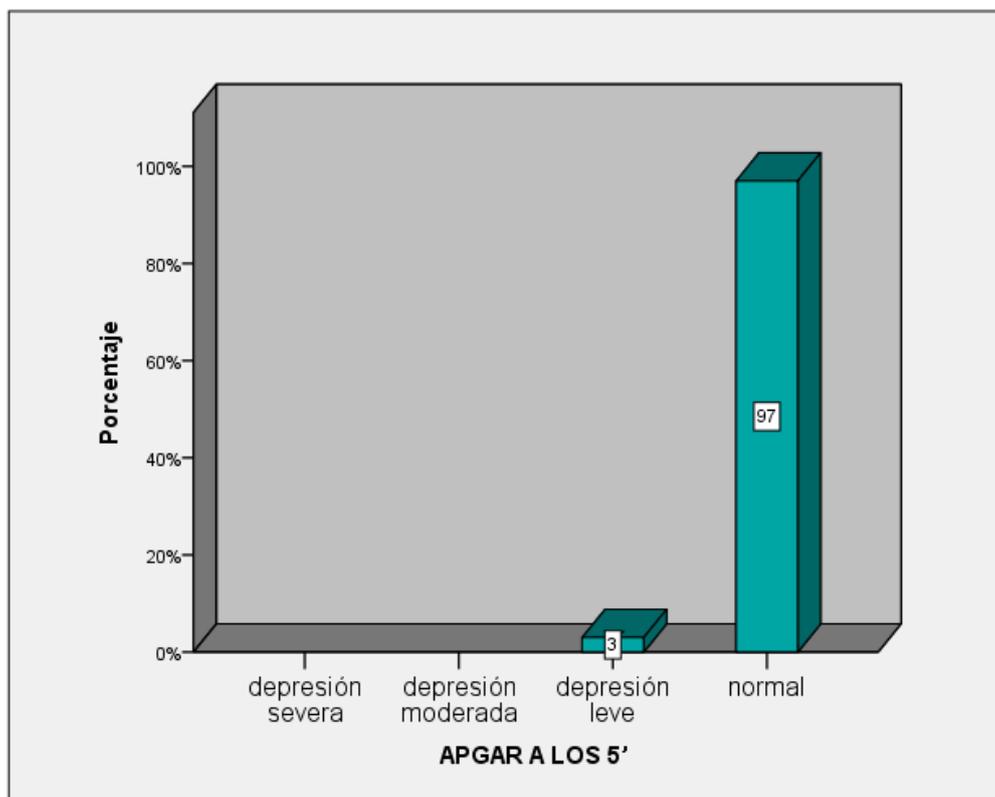
sólo un 7% de recién nacidos su apgar al minuto es de depresión moderada. en el Hospital Essalud de Abancay del 2017.

**Tabla 8.- Recién nacidos según APGAR A LOS 5' en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**

|         |                | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | depresión leve | 3          | 3,0        | 3,0               | 3,0                  |
|         | Normal         | 97         | 97,0       | 97,0              | 100,0                |
|         | Total          | 100        | 100,0      | 100,0             |                      |

Fuente de elaboración propia

**Gráfico 8.- Recién nacidos según APGAR A LOS 5' en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**



### **Interpretación**

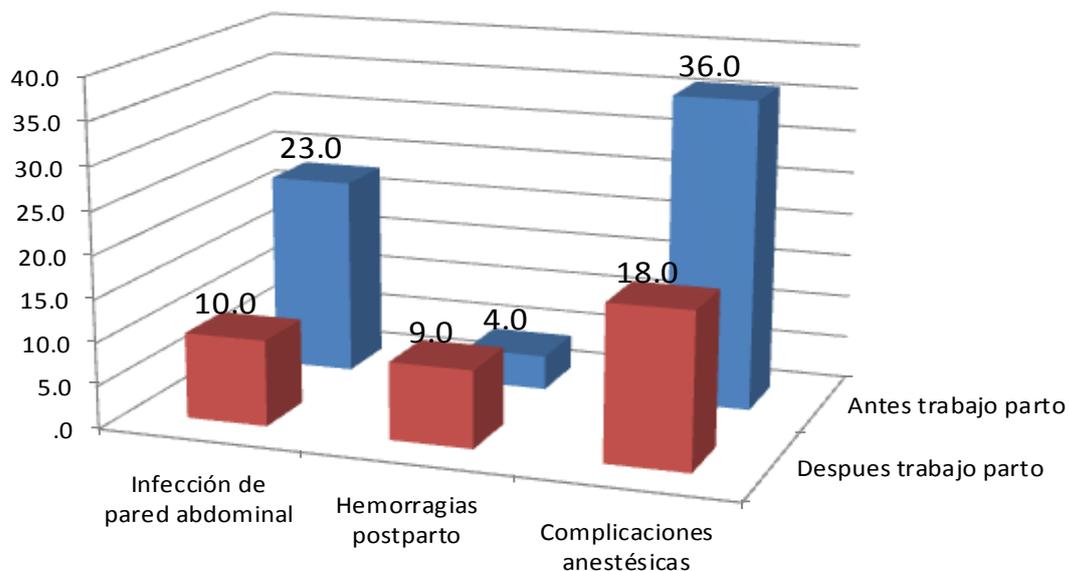
En la tabla 08 se observa que el 97% de los recién nacidos presentan depresión normal en el apgar a los cinco minutos, seguido por el 3% de recién nacidos su apgar a los cinco minutos es depresión leve en el Hospital de Essalud de Abancay del 2017.

**Tabla 9.- Gestantes según cesárea de emergencia por complicaciones clínicas en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**

| Complicaciones Clínicas      | Cesárea De Emergencia |      |                       |      |       |       |
|------------------------------|-----------------------|------|-----------------------|------|-------|-------|
|                              | Antes trabajo parto   |      | Después trabajo parto |      | Total |       |
|                              | n                     | %    | N                     | %    | N     | %     |
| Infección de pared abdominal | 23                    | 23.0 | 10                    | 10.0 | 33    | 33.0  |
| Hemorragias postparto        | 4                     | 4.0  | 9                     | 9.0  | 13    | 13.0  |
| Complicaciones anestésicas   | 36                    | 36.0 | 18                    | 18.0 | 54    | 54.0  |
| Total                        | 63                    | 63.0 | 37                    | 37.0 | 100   | 100.0 |

Fuente de elaboración propia

**Gráfico 9.- Gestantes según cesárea de emergencia por complicaciones clínicas en el Hospital de Essalud de Abancay de Enero a Junio del 2017.**



### Interpretación

En la tabla 09 se observa que el 63% de las gestantes tuvieron cesárea de emergencia antes del parto y el 37% de las gestantes tuvieron cesárea de emergencia después del parto. El 33% de las gestantes tuvieron complicaciones clínicas con infección de pared abdominal, el 13% de las gestantes tuvieron complicaciones clínicas con Hemorragias postparto y el 54% de las gestantes

tuvieron complicaciones anestésicas en el Hospital de Essalud de Abancay del 2017.

### Hipótesis general

**Ho:** No Existe alguna relación entre la cesárea de emergencia con las complicaciones clínicas en las postcesareadas de Essalud de Abancay del 2017.

**H1:** Existirá alguna relación entre la cesárea de emergencia con las complicaciones clínicas en las postcesareadas de Essalud de Abancay del 2017.

### Nivel de significancia

Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 0,05$

**Tabla 10.- Pruebas de chi-cuadrado de Pearson de Gestantes según cesárea de emergencia por complicaciones clínicas de Essalud de Abancay del 2017.**

|                         |              | Cesárea De Emergencia |
|-------------------------|--------------|-----------------------|
| Complicaciones Clínicas | Chi cuadrado | 6,740                 |
|                         | Gl           | 2                     |
|                         | Sig.         | 0,034*                |

Fuente de elaboración Propia

### Interpretación

Como el valor significancia (valor critico observado) es 0,034 es menor que 0.05 por tanto se rechaza la hipótesis nula y se tiene evidencia estadística para afirmar que: con un nivel de confianza del 95% podemos afirmar que existe relación entre la cesárea de emergencia con las complicaciones clínicas en las postcesareadas en el Hospital de Essalud de Abancay del 2017.

### Hipótesis secundarias 1

**Ho:** La complicación materna menos común es la complicación anestésica Postcesareadas de Essalud de Abancay del 2017.

**H1:** La complicación materna más común es la complicación anestésica en Postcesareadas de Essalud de Abancay del 2017.

### Nivel de significancia

Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 0,05$

**Tabla 11.- Prueba de chi-cuadrado para complicación materna**

|               | p8_9_10             |
|---------------|---------------------|
| Chi-cuadrado  | 25,220 <sup>a</sup> |
| Gl            | 2                   |
| Sig. asintót. | 0,000               |

Fuente de elaboración Propia

### Interpretación

Como el valor significancia (valor critico observado) es 0,000 es menor que 0.05 por tanto se rechaza la hipótesis nula y se tiene evidencia estadística para afirmar que: con un nivel de confianza del 95% podemos afirmar que la complicación materna más frecuente es la complicación anestésica en Postcesareadas de Essalud de Abancay del 2017.

## Hipótesis secundarias 2

**Ho:** La complicación fetal menos común es el síndrome de dificultad respiratoria de Essalud de Abancay del 2017.

**H1:** La complicación fetal más común es el síndrome de dificultad de respiratoria de Essalud de Abancay del 2017.

## Nivel de significancia

Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 0,05$

**Tabla 12 Estadísticos de contraste**

|               | Síndrome de dificultad respiratoria |
|---------------|-------------------------------------|
| Chi-cuadrado  | 23,040 <sup>a</sup>                 |
| Gl            | 1                                   |
| Sig. asintót. | 0,000                               |

Fuente de elaboración Propia

## Interpretación

Como el valor significancia (valor critico observado) es 0,000 es menor que 0.05 por tanto se rechaza la hipótesis nula y se tiene evidencia estadística para afirmar que: con un nivel de confianza del 95% que la complicación fetal más frecuente es el síndrome de dificultad respiratoria en Postcesareadas en el Hospital de Essalud de Abancay del 2017.

## 4.2 Discusión de resultados

Comenzando con los hallazgos encontrados aceptamos la hipótesis alternativa general, y se tiene evidencia estadística para afirmar que: con un nivel de confianza del 95% podemos afirmar que existe relación entre la cesárea de emergencia con las complicaciones clínicas en las postcesareadas en el Hospital de Essalud de Abancay del 2017.

Estos resultados guardan relación con lo que sostienen Higuera Mt y Cabero Lt donde dicen que el 37% de las cesáreas se realizó sin trabajo de parto y el 63% en trabajo de parto; 41 pacientes poscesárea y 47 posparto tuvieron una complicación materna temprana, esto es, una complicación dentro de los 40 días posteriores al nacimiento, incluido el seguimiento de las visitas a urgencias, que en ocasiones fueron para tratar complicaciones de manejo ambulatorio.

Comenzando con los hallazgos encontrados la hipótesis secundaria y se tiene evidencia estadística para afirmar que: con un nivel de confianza del 95% podemos afirmar que la complicación materna más frecuente es la complicación anestésica en Postcesareadas en el Hospital de Essalud de Abancay del 2017. El 33% de las gestantes tuvieron complicaciones clínicas con infección de pared abdominal, el 13% de las gestantes tuvieron complicaciones clínicas con Hemorragias postparto y el 54% de las gestantes tuvieron complicaciones anestésicas en el Hospital de Essalud de Abancay del 2017.

Estos resultados no guardan relación con lo que sostiene Curahua LV, que las complicaciones maternas durante el puerperio en las pacientes de parto por cesárea con cesárea previa se evidenció anemia (42.4%), fiebre puerperal

(11.1%), infección de herida operatoria (4%) y hemorragia posparto e infección del tracto urinario (3%) respectivamente. Al igual que los otros autores Puma J, Diaz J y Caparo C. donde también sostienen que 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 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.

Comenzando con los hallazgos encontrados de la hipótesis secundaria se tiene evidencia estadística para afirmar que: con un nivel de confianza del 95% que la complicación fetal más frecuente es el síndrome de dificultad respiratoria en Postcesareadas en el Hospital de Essalud de Abancay del 2017.

El 74% de recién nacidos no presenta complicación fetal de tipo síndrome de dificultad respiratoria, mientras que el 26% si presenta esta complicación fetal en el Hospital de Essalud de Abancay del 2017.

Estos resultados no guardan relación con lo que sostiene Galvez EM, donde para una cesarea encuentra a las 5 complicaciones fetales; desproporción cefalo pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9%, sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%.



## **CONCLUSIONES**

En la muestra de investigación se pudo determinar la relación entre la cesárea de emergencia con las complicaciones clínicas en potscesareadas, donde se demuestra que si hay una relación de manera significativa entre las variables.

En correlación a los objetivos específicos se pudo identificar las complicaciones maternas más comunes en la cesárea de emergencia, siendo la complicación anestésica la más frecuente con un 54% seguida de la infección de herida operatoria con un 33% y las hemorragias postparto con un 13% de Essalud Abancay de enero a junio del 2017.

Para finalizar el último objetivo específico se pudo identificar las complicaciones fetales más comunes en la cesárea de emergencia, siendo como primer lugar el síndrome de dificultad respiratoria.

## RECOMENDACIONES

Al nosocomio EsSalud Abancay para conseguir un manejo adecuado de las pacientes se recomienda, determinar las complicaciones maternas y fetales y trabajar en ellas, ya que no solo estaremos brindando un procedimiento de calidad, sino también, ayudaremos a las pacientes hacer conocer sobre la difusión de cambiar el concepto sobre la repercusión de las complicaciones clínicas. También se recomienda la implementación de protocolos gineco obstétricos multidisciplinarios.

A las autoridades de la Universidad Alas Peruanas filia Abancay que considerando la importancia de este trabajo de investigación y en función a los resultados se formula algunas recomendaciones para lograr que tome en cuenta los resultados de este estudio enmarcado.

A la población igualmente se recomienda el enfoque de esta investigación, incentivar a las pacientes y a sus familias a tomar conciencia sobre la salud.

A los que posteriormente realizaran nuevos estudios de investigación tomar en cuenta los resultados del estudio de la investigación para así utilizar el antecedente primordial en la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pesate I, Artículo de embarazada, cesárea de emergencia. [Internet. 2010. Venezuela. [ citado el 19 de junio del 2016. Disponible en: <http://www.embarazada.com/articulo/cesarea-de-emergencia>.
2. Pacheco J. Ginecología y Obstetricia. Lima-Perú: MAD Corp SA. 1999.
3. Higuera MT, Cabero LI. Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea. Servicio de Obstetricia. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. Higuera MT, Cabero LI. España 2012. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-complicaciones-maternas-corto-plazo-pacientes-S0304501308763118#aff3>.
4. Patiño DA, Pineda AP, Polo DN. Prevalencia y Correlación clínico - quirúrgico de las Cesáreas en el Hospital "José Carrasco Arteaga" Ecuador durante el Año 2010. [citado el 25 de junio del 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5063/1/MED205.pdf>
5. Leon C, Rodriguez G, Segura F. Complicaciones posoperatorias en la operación cesárea sin sutura del plano peritoneal Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba. 2011. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300004).
6. Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza. Moura RC, De Souza FL. Brasil. Disponibles en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000100005&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412013000100005&script=sci_arttext&tlng=en).
7. Galvez EM. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del callao, periodo enero-diciembre 2013. [citado el 26 de junio del 2016. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3512?mode=full>.
8. Curahua LV. Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014. [citado el 28 de junio del 2016. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4149>.

9. Puma J, Diaz J, Caparo C. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de lima 2012. [citado el 28 de junio del 2016. Disponible en:<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/2343>
10. Cruz Dayanire. 7º Semestre Turno Matutino de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.2011. [citado el 20 de julio del 2016. Disponible en: <http://obstetriciaeneo.blogspot.pe/2011/08/operacion-tipo-cesarea.html>.
11. Saceda D. Webconsultastucentromedicoonline. 2016. [citado el 20 de julio del 2016. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/tipos-de-cesarea>.
12. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta ed. Buenos Aires, Argentina. ElAteneo; 2009. [citado el 20 de julio del 2016. p . 702-706.
13. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams. Obstetricia. 22ªed.Madrid: MC Graw Hill.2007.[citado el 23 de julio del 2016. p . 695-719
14. González NL, González de Agüero R, González Batres C. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos.1ªed.Zaragoza: Fabre González E. 1999.[citado el 23 de julio del 2016. p .319-335, 607-639
15. Romero A, Puertas A. Manejo activo del alumbramiento. Protocolos de Obstetricia Hospital Universitario Virgen de las Nieves. 2007.[citado el 25 de julio del 2016. Disponible en: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/).
16. Hemorragia Postparto Precoz. Protocolos de la SEGO. 2006. [citado el 25 de julio del 2016. [citado el 25 de julio del 2016. Disponible en: <http://svgo.es/sites/default/files/Hemorragia%20postparto%20precoz%20MANEJO%20OBST%20C3%89TRICO.pdf>.
17. Dodd JM, Anderson ER, Gate S. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul; (3).
18. Departamento de Gineco-Obstetricia del HNCH. Informes y Estadísticas Anuales, Centro de Computo. 1999.

19. Morley CJ, Davis PG, Doyle LW, Brion LP, Hascoet JM, Carlin JB. Nasal CPAP or intubation at birth for very premature infants. N Engl J Med 2008;358:700-708.[citado el 30 de julio del 2016. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf>.
20. Valls i Soler A, Morcillo Sopena F, Salcedo Albizana S. Algoritmos diagnóstico terapéuticos en el recién nacido de muy bajo peso. Serono, Hermes, Madrid 2000.[citado el 30 de julio del 2016.
21. Salvo H, Catellanos M. Asfixia neonatal reanimación. Guías para reanimación neonatal. 2006, 5ª edición. [citado el 31 de julio del 2016. Disponible en: [http://200.72.129.100/hso/guiasclinicasneo/02\\_Reanimacion.pdf](http://200.72.129.100/hso/guiasclinicasneo/02_Reanimacion.pdf).
22. Arriba salud. Artículo de asfixia neonatal.2010. [citado el 31 de julio del 2016. Disponible en: <http://arribasalud.com/asfixia-neonatal/>.
23. Pulsomed SA. Artículo del test del apgar. 2009. [citado el 31 de julio del 2016.Disponible en: [http://www.tuotromedico.com/temas/test\\_de\\_apgar.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/test_de_apgar.htm).

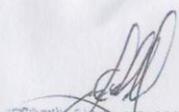
## **ANEXOS**

**Título: RELACIÓN DE LA CESAREA DE EMERGENCIA CON LAS COMPLICACIONES CLINICAS EN POSTCESAREADAS DEL HOSPITAL II ESSALUD ABANCAY DE ENERO A JUNIO DEL 2017.**

| Problema general  | Objetivo general  | Hipótesis general  | variable                | Dimensiones   | Indicadores   | Indice                                       | Técnica e instrumentación                                    | Metodología  | Población Muestra  |
|---|---|--|-------------------------|---|---|--|--|--|--|
| 1. ¿Cuál es la relación entre la cesárea de emergencia con las complicaciones en potcesareadas del Hospital II EsSalud Abancay de enero a junio del 2017? | 1. Determinar la relación entre la cesárea de emergencia con las complicaciones en potcesareadas del Hospital II EsSalud Abancay de enero a junio del 2017. | Existe alguna relación significativa entre la cesárea de emergencia con las complicaciones en las potcesareadas del Hospital II EsSalud Abancay de enero a junio de 2017 | Cesárea de emergencia   | Tipo de cesárea (toma de decisión)<br><br>Tipo de corte | Cesárea anteparto<br><br>Cesárea intraparto<br><br>Tipo corporal<br><br>Tipo segmentaria    | si no<br><br>si no<br><br>si no<br><br>si no | Técnica: observación<br><br>Instrumento: ficha de evaluación | Tipo de investigación: Cuantitativo<br><br>Nivel de investigación: Correlacional | Población: 100 pots cesareadas<br><br>Muestra: 100 pots cesareadas |
| <b>Problema específico</b>  | <b>Objetivo específico</b>  | <b>Hipótesis específico</b>  |                         |   |   |  |  |  |  |
| 1. ¿cuáles son las complicaciones maternas en la cesárea de emergencia del Hospital II Essalud Abancay de enero a junio del 2017?                         | 1. Identificar las complicaciones maternas en la cesárea de emergencia del Hospital II Essalud Abancay de enero a junio del 2017.                           | 1. La complicación materna más común es la complicación anestésica.  | Complicaciones clínicas | Complicaciones maternas                                 | Infección de herida operatoria<br><br>Hemorragias postparto<br><br>Complicación anestésico. | si no<br><br>si no<br><br>si no              |  | Diseño: Descriptivo<br>Correlacional   |  |
| 2. ¿Cuáles son las complicaciones fetales en la cesárea de emergencia del Hospital II Essalud Abancay de enero a junio del 2017?                          | 2. Identificar las complicaciones fetales en la cesárea de emergencia del Hospital II Essalud Abancay de enero a junio del 2017.                            | 2. La complicación fetas más común es el síndrome de dificultad respiratoria.  |                         | Complicaciones fetales                                  | Síndrome de dificultad respiratoria<br><br>Asfisia neonatal                                 | si no<br><br>Apgar al 1'<br>Apgar a los 5'   |  |  |  |

  
Edison Omar Conistia Arce  
OBSTETRA  
C.O.P 15591

 UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
FILIAL ABANCAY  
  
Dr. Esp. Sergio Yello Huaranca  
COORDINADOR DE LA R.A.P ESTOMATOLOGIA

  
Dr. Wilson J. Mollocondo Flores  
INGENIERO ESTADISTICO  
CIP - 64611



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

RELACION DE LA CESAREA DE EMERGENCIA CON LAS COMPLICACIONES CLINICAS EN  
POSTCESAREADAS DEL HOSPITAL II ESSALUD ABANCAY DE ENERO A JUNIO DEL 2017.

**CESAREA DE EMERGENCIA**

| Tipo de cesárea(toma la decisión) | SI | NO |
|-----------------------------------|----|----|
| Antes del trabajo de parto        |    |    |
| Durante el trabajo de parto       |    |    |

**COMPLICACIONES CLINICAS**

| Complicaciones maternas      | SI | NO |
|------------------------------|----|----|
| Infección de pared abdominal |    |    |
| Hemorragias postparto        |    |    |
| Complicaciones anestésicas   |    |    |

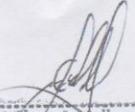
| Complicaciones fetales              | SI | NO |
|-------------------------------------|----|----|
| Síndrome de dificultad respiratoria |    |    |

Asfixia neonatal

| APGAR AL 1'                  | APGAR A LOS 5'               |
|------------------------------|------------------------------|
| Normal: 8 – 10               | Normal: 8 – 10               |
| Depresión leve:7             | Depresión leve: 7            |
| Depresión moderada: 4 - 6    | Depresión moderada: 4 - 6    |
| Depresión severa: menor de 3 | Depresión severa: menor de 3 |

  
Edison Omar Comisla Arce  
OBSTETRA  
C.O.P. 15591

  
UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
FILIAL ABANCAY  
  
Dr. Esp. Sergio Telle Huaranca  
COORDINADOR DE LA FAP ESTOMATOLOGIA

  
Dr. Wilson J. Mollocondo Flores  
INGENIERO ESTADISTICO  
CIP - 64611



# UAP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"



## CARTA DE PRESENTACION

A: DR. JOSE ALTAMIRANO ROJAS  
DIRECTOR GENERAL DE ESSALUD ABANCAY

CON ATENCION: Dr. Jhonny RIVERA PIZARRO

ASUNTO: AUTORIZACION PARA RECOLECTAR DATOS DE LAS HISTORIAS CLINICAS PERINATALES Y/O SISTEMA INFORMATICO Y/O ENTREVISTA A PACIENTES PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACION.

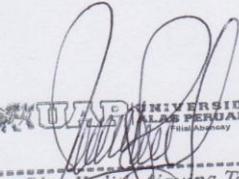
Abancay, 04 DE JULIO del 2017

Es grato dirigirme a Usted para saludarle cordialmente y a la vez comunicarle que la alumna **Yanina Espinoza Marroquin** realizara su trabajo de investigación que lleva por título "**Relación de la cesárea de emergencia con las complicaciones clínicas en postcesareadas de EsSalud de Abancay de 2017**".

Para lo cual se necesita la autorización correspondiente.

Sin otro particular hago propicia la oportunidad para reiterarle mi estima personal.

Atentamente

  
UNIVERSIDAD  
ALMIRANTE PERUANO  
"ic. Obs. Judith Aiquipa Torre"  
COORDINADORA ACADÉMICO S.P. OBSTETRICIA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

**INFORME METODOLÓGICO Nro.001-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP**

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA  
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE  
ESTOMATOLOGIA

DE : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA

ASUNTO : INFORME DE TESIS DE LA BACHILLER ESPINOZA  
MARROQUIN YANINA

FECHA : 04 DE JUNIO DE 2018

---

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área metodológica con el tema de **"RELACION DE LA CESAREA DE EMERGENCIA CON LAS COMPLICACIONES CLINICAS EN POSTCESAREADAS DEL ESSALUD DE ABANCAY DE 2017"**, presentado por la bachiller en Obstetricia, **ESPINOZA MARROQUIN YANINA**, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

---

**DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA**  
**ASESOR METODOLOGICO**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

**INFORME ESTADÍSTICO Nro.001-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP**

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA  
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE  
ESTOMATOLOGIA

DE : ING. WILSON MOLLOCONDO FLORES  
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR  
ESTADISTICO

ASUNTO : INFORME DE TESIS DE LA BACHILLER ESPINOZA  
MARROQUIN YANINA

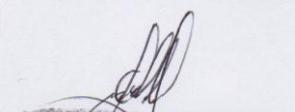
FECHA : 04 DE JUNIO DE 2018

---

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área estadística con el tema de **"RELACION DE LA CESAREA DE EMERGENCIA CON LAS COMPLICACIONES CLINICAS EN POSTCESAREADAS DEL ESSALUD DE ABANCAY DE 2017"**, presentado por la bachiller en Obstetricia, **ESPINOZA MARROQUIN YANINA**, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente



Dr. Wilson J. Mollocondo Flores  
INGENIERO ESTADISTICO  
CIP - 64611

---

**ING. WILSON MOLLOCONDO FLORES**

**ASESOR ESTADÍSTICO**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

**INFORME TEMÁTICO Nro.001-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP**

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA  
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE  
ESTOMATOLOGIA

DE : OBST. YSELA MARY CÁRDENAS RAYMONDI  
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR  
TEMATICO

ASUNTO : INFORME DE TESIS DE LA BACHILLER ESPINOZA  
MARROQUIN YANINA

FECHA : 04 DE JUNIO DE 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área temática con el tema de **"RELACION DE LA CESAREA DE EMERGENCIA CON LAS COMPLICACIONES CLINICAS EN POSTCESAREADAS DEL ESSALUD DE ABANCAY DE 2017"**, presentado por la bachiller en Obstetricia, **ESPINOZA MARROQUIN YANINA**, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

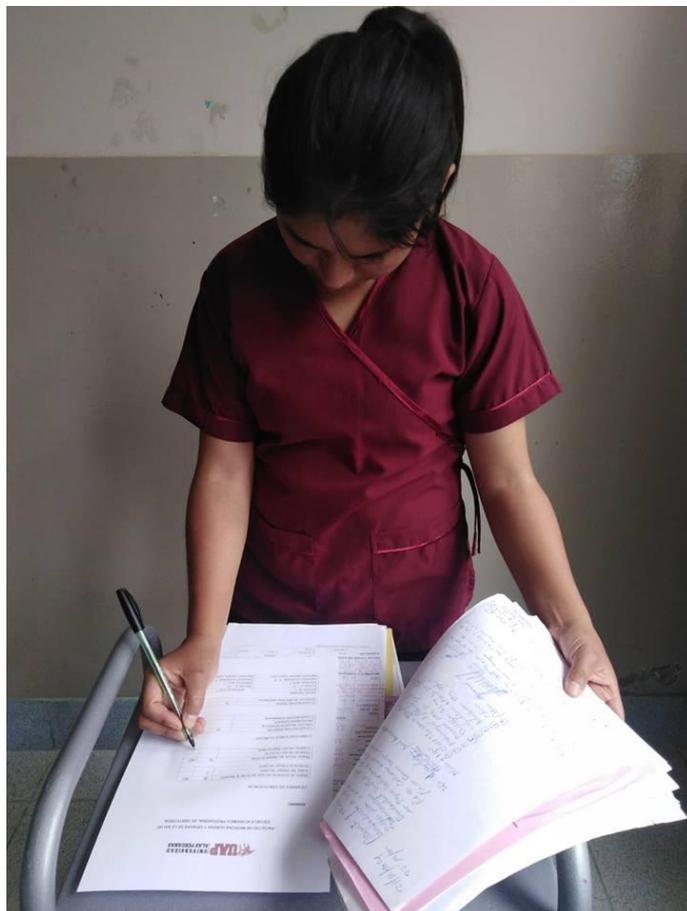
**OBST. YSELA MARY CÁRDENAS RAYMONDI**

**ASESOR TEMÁTICO**

Portapapeles
Calibri 11
Ajustar texto
General
Formato condicional
Dar formato como tabla
Estilos de celda
Insertar
Eliminar
Formato
Autosuma
Rellenar
Borrar
Ordenar y filtrar
Buscar y seleccionar

A1

|    | A  | B    | C  | D  | E  | F  | G  | H  | I  | J  | K  | L   | M   | N   | O   | P   | Q | R | S | T | U |
|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|---|---|---|---|---|
| 4  | N° | edad | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | p11 | p12 | p13 | p14 |   |   |   |   |   |
| 5  | 1  | 33   |    |    | 1  |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 0   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 6  | 2  | 27   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 7  | 3  | 29   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 1  | 0  | 1   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 8  | 4  | 27   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 1   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 9  | 5  | 29   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 0   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 10 | 6  | 32   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 11 | 7  | 35   |    |    | 1  |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 12 | 8  | 36   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 13 | 9  | 33   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 1  | 0  | 0   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 14 | 10 | 28   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 1   | 9   | 9   |   |   |   |   |   |
| 15 | 11 | 30   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 1   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 16 | 12 | 29   |    |    | 1  |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 0   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 17 | 13 | 25   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 1  | 0  | 0   |     | 1   | 3   | 4   |   |   |   |   |   |
| 18 | 14 | 31   |    |    | 1  |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 19 | 15 | 33   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 0   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 20 | 16 | 40   |    |    | 1  |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 1   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 21 | 17 | 28   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 22 | 18 | 30   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 0   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 23 | 19 | 33   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 1  | 0  | 0   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 24 | 20 | 41   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 1   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 25 | 21 | 28   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 26 | 22 | 23   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 1  | 0  | 1   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 27 | 23 | 23   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 1  | 0  | 0   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 28 | 24 | 38   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 1  | 0  | 1   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 29 | 25 | 25   |    |    | 1  |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 30 | 26 | 40   |    |    | 1  |    |    | 1  |    | 1  | 0  | 1   |     | 1   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 31 | 27 | 33   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |
| 32 | 28 | 26   |    | 1  |    |    |    | 1  |    | 0  | 0  | 1   |     | 0   | 4   | 4   |   |   |   |   |   |



**GALERIA DE FOTOS**