

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

**COMPLICACIONES EN PUERPERAS POST CESÁREA DE
EMERGENCIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO EN EL
PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2016**

TESIS PRESENTADO POR:

SAAVEDRA VELA XIOMARA

PARA OPTAR

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

DICIEMBRE 2017

ÍNDICE

CARATULA	
INDICE	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	

CAPITULO I PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	11
1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION	14
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA	15
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL	15
1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS	15
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	16
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	16
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.5 HIPOTESIS DE INVESTIGACION	17
1.5.1 IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE VARIABLES E INDICADORES	17
1.5.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	17
1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACION	18
1.6.1 TIPO DE INVESTIGACION	18
1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACION	18
1.6.3 METODO DE INVESTIGACION	18
1.7 POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION	18

1.7.1 POBLACION	18
1.7.2 MUESTRA	19
1.8 TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	20
1.8.1 TECNICA	20
1.8.2 INSTRUMENTO	20
1.9 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION	21

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	22
2.2 BASES TEORICAS	34
2.3 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS	46

CAPITULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION

3.1 RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACION	52
3.2 CONCLUSIONES	69
3.3 RECOMENDACIONES	70
3.4 FUENTES DE INFORMACION	71

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	76
MATRIZ DE CONSISTENCIA	79
AUTORIZACION DEL DIRECTOR DONDE SE HIZO EL ESTUDIO	80

Dedico a:

Dios, por haberme dado la fuerza para salir adelante y cumplir con mis metas, a mi madre por su apoyo brindado desde que me inicie en este camino largo de mi carrera profesional y a mi hijo por ser la inspiración y el motivo para cumplir con mis objetivos.

Agradezco a:

La Universidad Alas Peruanas por todos los saberes brindados por medio de sus docentes para poder culminar mi carrera profesional, al Hospital Amazónico por brindarme las facilidades para realizar mi trabajo de investigación y a mi asesora por la paciencia y el apoyo brindado para culminar satisfactoriamente este proyecto.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de determinar las complicaciones en puérperas post cesárea de emergencia.

Material y métodos: La investigación es de tipo descriptivo retrospectivo, univariado de corte transversal. El método de investigación es cualitativo.

Las **conclusiones** a las que se llegó son: Concerniente a los datos sociodemográficos, el 59% de las puérperas post cesárea de emergencia, se encuentran en el grupo etareo de 20-34 años, el 25% correspondió a población adolescente; el 79% tuvo una educación de nivel secundario, el 79% fueron de condición conyugal de convivencia; el 49% provino del distrito de Yarinacocha perteneciendo esta jurisdicción al establecimiento donde se realizó el estudio. El 50.8% tuvieron al centro de salud como establecimiento de origen, el 44.4% vino referida de su establecimiento al ser detectado el riesgo motivo de la cesárea. En relación a los datos Gineco-obstétricos concluimos que: El 41.7% de las paciente en estudio tuvieron una paridad entre 1-2 partos previos, el 52.4% más de seis atenciones prenatales, mientras un 7% no tuvieron ninguna; el 23.5% contaron con antecedentes de cesárea entre 1 a 3 intervenciones previas; en el 19.8% de pacientes la causa actual de cesárea fue la preeclampsia severa, seguido de la distocia de presentación en un 17.1%. Concerniente a las complicaciones en el puerperio inmediato, se concluye que, el 1.7% de casos se debió a laceraciones y desgarros cervicales, los mismos que no fueron detectados en el intraoperatorio, así mismo en el 4.8% de casos las puérperas presentaron atonía uterina, situaciones de riesgo que podrían derivar en morbilidad materna. En relación a las complicaciones en el puerperio mediato, se encontró que, el 41.2% de las puérperas post cesárea de emergencia tuvieron anemia entre leve, moderada y severa, el 9.6% cursó con infección del tracto urinario. En el puerperio tardío se registraron dos paciente con hemorragia vaginal tardía, representando el 1.1%, iniciaron el sangrado a los 19 y 20 días post cesárea, ocasionando la muerte de una de las puérperas. El trastorno de los factores de coagulación

se identificó como la causa del sangrado en el caso de la muerte materna; el 4.8% cursó con infección de herida operatoria y endometritis respectivamente.

Palabras clave: complicaciones, post cesárea de emergencia, puérperas

ABSTRACT

The present study was proposed with the **objective** of determine the complications in puerperal post-emergency cesarean.

Material and methods: The research is retrospective descriptive, univariate cross-sectional type. The research method is qualitative. The reached

Conclusions are: Concerning about sociodemographic data, 59% of post-emergency cesarean postpartum women were in the age group of 20-34 years, 25% corresponds to the teenage population; 79% only had high school level education, 79% were in coexistence condition; 49% came from the district of Yarinacocha which is the jurisdiction where is the institute where the study was conducted. 50.8% had the health center as an establishment of origin, 44.4% were referred from their establishment to detecte the risk motive of the cesarean section. Regarding the gynecological and obstetric data we conclude that: 41.7% of the patients under study had a parity between 1-2 previous births, 52.4% more than six prenatal care, while 7% had none; 23.5% had antecedents of caesarean section between 1 to 3 previous interventions; in 19.8% of patients the current cause of caesarean section was severe preeclampsia, followed by dystocia of presentation in 17.1%. Concerning the complications in the immediate puerperium, it is concluded that, 1.7% of cases were for lacerations and cervical tears, the same ones that were not detected in the intraoperative, likewise in 4.8% of cases the puerperal women presented uterine atony, situations of risk that could lead to maternal morbidity and mortality. In relation to complications in the puerperium mediate, it was found that 41.2% of puerperal post-cesarean women had anemia between mild, moderate and severe one, 9.6% had urinary tract infection. In the late

puerperium two patients with late vaginal bleeding were registered, representing 1.1%, they started bleeding at 19 and 20 days post cesarean, causing the death of one of the puerperal women. Coagulation factor disorder was identified as the cause of bleeding in the case of maternal death; 4.8% were attended with surgical wound infection and endometritis respectively.

Keywords: complications, emergency post-cesarean section, puerperal.

INTRODUCCION

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. (Peñaloza. 2013)

Este impacto a nivel mundial por sus beneficios y su ayuda a cada usuaria de salud fue extraordinario pero en la actualidad se abusa de ésta técnica, por ello existe la declaración hecha por expertos en salud reproductiva en una reunión organizada por la OMS en 1985 en Fortaleza (Brasil): «No hay justificación alguna para que ninguna región presente una tasa superior al 10-15%». (Mendoza & Ortiz 2015).

En América Latina, la tasa de cesáreas varía desde un 15 % a un 42%, cada año se intenta disminuir esta tasa (OPS 2013). En nuestro país el tema de la salud materna indica que los partos por cesárea se incrementaron alrededor del 60% en un promedio de 8 años. A nivel rural es donde más creció esta práctica al pasar del 16,1% (1999-2004) al 31,5% (2007-2012). En el área urbana el porcentaje de cesáreas fue del 44,8%. (MSP 2014)

Teniendo en cuenta el incremento de los partos por cesárea es posible identificar algunas complicaciones que se pueden dar en el procedimiento, ya sea en el transoperatorio y postoperatorio como en el puerperio inmediato, mediato y tardío. Entre las causas de complicaciones podemos mencionar la atonía uterina, desgarro y laceración cervical, infecciones de herida operatoria,

endometritis entre otras que ponen en riesgo la salud de la madre por ende esta práctica debe utilizarse solo en casos absolutamente necesarios.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La frecuencia con la que se observan complicaciones asociadas a la cesárea varía dependiendo del tipo de estudio y población o época analizados. Sin embargo, la mayor parte muestra un riesgo mayor de presentadas en comparación con un parto vaginal. Se ha reportado que la frecuencia de infecciones en partos vaginales es de 1.3%, cifra que contrasta con 13% observado entre mujeres con cesárea. La magnitud de la morbilidad post cesárea varía desde 5.5% en el caso de Tailandia, hasta 90.5% en un estudio realizado en Escocia.

Por su frecuencia, el desarrollo de infecciones constituye una de las principales complicaciones asociadas con la cesárea y uno de los principales motivos de rehospitalización. De entre éstas, la mayoría corresponde a afecciones de la herida quirúrgica. La incidencia varía entre estudios: en Israel se reportan cifras de 3.97%; en Francia de 13 y 25%;

en Nueva Zelanda de 25.3% y en Estados Unidos de América del Norte 2.8%, 6.9% y 7.8%. En Gran Bretaña, los niveles de infección encontrados varían dependiendo de la prescripción o no de antibióticos, 6.2% y 7.7%, respectivamente.

Un estudio llevado a cabo en el Sudoeste de Etiopía encontró una frecuencia de infecciones de la herida post cesárea de 27.1% y la presencia de sepsis en 21.4% de casos. Una incidencia similar de infección (26%) fue reportada por King al analizar información de Zimbabwe y, de hecho, la morbilidad por infección ha sido apuntada como la principal complicación post cesárea en ese país. La infección de la herida no es la única complicación vinculada a la incisión quirúrgica. La dehiscencia de ésta puede provocar hemorragia postparto o ruptura uterina, ambas situaciones pueden hacer necesaria una histerectomía. Adicionalmente, el hallazgo de un caso de endometriosis vesical ha hecho suponer que la dehiscencia de la incisión uterina podría ser el mecanismo de infiltración del tejido endometrial en vejiga. Asimismo, se ha observado el desarrollo de fascitis necrotizante post cesárea. Al respecto, los reportes en la literatura señalan que ésta se debe a la presencia simultánea de diversos microorganismos, lo que aumenta la severidad de la infección. Se ha estimado que la incidencia de fascitis necrotizante es de 1.8 casos por cada 1,000 cesáreas. La endometritis también ha sido asociada con la práctica de cesárea. Diversos estudios señalan una frecuencia de 13.24% en México; 14% en Canadá; y 20% en Estados Unidos de América del Norte en cesáreas en general y 16.9% en mujeres sometidas a cesáreas electivas de repetición. (1)

La asociación entre cesárea y mortalidad materna representa la complicación más preocupante de la práctica innecesaria de esta intervención o bien de su realización en condiciones inadecuadas. Los estudios que han observado esta asociación son de muy diversos tipos y han sido llevados a cabo analizando poblaciones con diferentes características. La tasa de mortalidad asociada a la cesárea ha disminuido, en Suecia entre 1951 y 1980 ésta se redujo de 8.6 a 4.4 por 100 mil nacimientos. No obstante, el riesgo continúa excediendo al registrado en el parto vaginal, se estima que la probabilidad de ocurrencia de una muerte materna es entre dos y cuatro veces superior en el caso de cesárea; y que éste persiste aun considerando las complicaciones médicas que antecedieron a la intervención.

Algunos estudios señalan una diferencia de hasta 26 veces. En general, por ejemplo, se reportó una mortalidad asociada a cesárea de 4.7% en 1992 y de 1.4% en el período 1992-94. Este exceso de riesgo se observa, aunque en menor magnitud, en países desarrollados: en Australia, en 1986-87 se estimaba que era 3.2. (1)

En los últimos 20 años la frecuencia de cesáreas en el mundo ha aumentado de un 5% a un 25% (2), habiéndose actualmente estabilizado con una tendencia a disminuir. En el Perú se han registrado aumentos en las tasas desde un 1.9% en 1950 hasta un 16.6% en 1992 (2,10).

A pesar del progreso en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, en el reemplazo de sangre y en los cuidados post-operatorios, el riesgo de complicaciones maternas en la cesárea es más alto que el encontrado en el parto vaginal (3,4). Luego de una cesárea la complicación más común

es la infección con una incidencia que fluctúa entre 19.7% y 51% siendo el riesgo de infección 5-10 veces mayor que luego de un parto vaginal (10).

El diagnóstico de endometritis puerperal es la causa más frecuente de morbilidad febril post-operatoria , reportándose frecuencias tan altas como 85% dependiendo de la población, mientras que su presentación luego de un parto vaginal fluctúa tan sólo entre 1% y 4% (6).

La endometritis post parto además de las consecuencias en la salud de la mujer lleva a una prolongación de la estadía hospitalaria y eleva los costos del sistema de salud. (7)

Por estas razones la importancia de realizar este trabajo de investigación y determinar los factores asociados que más determinan las complicaciones post intervención quirúrgica de las pacientes sometidas a cesárea en esta sede hospitalaria. (10)

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

Espacial:

El estudio se realizara en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Amazónico establecimiento de salud de Nivel 2.II

Temporal:

La investigación se llevará a cabo en el periodo de Enero – Diciembre del 2016.

Social:

El objeto de estudio serán todas las pacientes sometidas a intervención cesárea de emergencia atendidas en el Hospital Amazónico.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son las complicaciones en puérperas post cesárea de emergencia atendidas en el Hospital Amazónico en el período Enero – Diciembre del 2016?

1.3.2 Problemas Secundarios

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las puérperas post cesareadas de emergencia en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016?

¿Cuáles son los antecedentes Gineco - Obstétricos de las puérperas post cesareadas de emergencia en el Hospital Amazónico en el periodo enero – Diciembre del 2016?

¿Cuáles son las complicaciones post cesárea de emergencia más frecuentes en el puerperio inmediato de pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016?

¿Cuáles son las complicaciones post cesárea de emergencia más frecuentes en el puerperio mediato de pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016?

¿Cuáles son las complicaciones post cesárea de emergencia más frecuentes en el puerperio tardío de pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar las complicaciones en puérperas post cesárea de emergencia atendidas en el Hospital Amazónico en el período Enero – Diciembre del 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos

Describir las características sociodemográficas de puérperas post cesareadas de emergencia en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016

Describir los antecedentes Gineco – Obstétricos de puérperas post cesareadas de emergencia en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016

Identificar las complicaciones más frecuentes del puerperio inmediato de puérperas post cesárea de emergencia atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016

Identificar las complicaciones más frecuentes del puerperio mediato de puérperas post cesárea de emergencia atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016

Identificar las complicaciones más frecuentes del puerperio tardío de puérperas post cesárea de emergencia atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016.

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio no se plantearán hipótesis de investigación por tratarse de un trabajo netamente descriptivo y exploratorio de hechos que ocurrieron antes de plantearse el estudio por lo que solo se describirán los hallazgos que se encuentren en la historia clínica.

1.5.1 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

Variable:

Complicaciones en puérperas post cesárea de emergencia

1.5.2 Operacionalización de Variables

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Complicaciones en puérperas post cesárea de emergencia	Características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none">✓ Edad✓ Grado de instrucción✓ Estado civil✓ Procedencia✓ Establecimiento de origen✓ Referencia de emergencia
	Antecedentes Gineco - Obstétricos	<ul style="list-style-type: none">✓ Paridad✓ N° de APN✓ N° de Cesáreas✓ Causa de Cesárea actual
	Puerperio inmediato	Complicaciones en el puerperio inmediato
	Puerperio mediano	Complicaciones en el puerperio mediano
	Puerperio tardío	Complicaciones en el puerperio tardío

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de Investigación

La investigación es de tipo descriptivo retrospectivo, univariado de corte transversal debido a que se basan en hechos concretos con respecto a su aparición, frecuencia, desarrollo o los eventos que nos interesan, midiéndolos, y evidenciando sus características en un periodo específico.

1.6.2 Nivel de Investigación

La investigación corresponde al nivel exploratorio de tipo descriptivo, univariado con el propósito de describir los indicadores de la variable y estimar su incidencia sin intervenir en los mismos.

1.6.3 Método de investigación

El método de investigación es cualitativo porque estudia la realidad en su contexto natural tal como sucedieron los hechos, procediendo luego a su interpretación.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La población estará integrada por 364 pacientes que fueron sometidas a una intervención cesárea de emergencia en el Hospital Amazónico de Enero – Diciembre del 2016, describiendo a continuación el número de casos según meses:

MESES	N° DE CESAREAS
Enero	12
Febrero	33
Marzo	31
Abril	30
Mayo	21
Junio	26
Julio	25
Agosto	49
Setiembre	53
Octubre	33
Noviembre	31
Diciembre	20
TOTAL	364

1.7.2 Muestra

La muestra estará constituida por 187 historias clínicas de pacientes sometidas a intervención cesárea de emergencia, aplicando la fórmula de población finita o conocida y cumpliendo los criterios de inclusión y exclusión.

Fórmula de Población Conocida:

$$n = \frac{Z^2 N.P. q}{E^2 (N-1) + Z^2 P q}$$

Dónde:

n= muestra

Z= 1,96 (valor en la tabla de la distribución normal estándar correspondiente a un nivel de confianza de 95%)

p= 0.5 (probabilidad de tener el factor a investigar, cuando no se conoce la proporción ni por antecedentes, se considera 50%)

$q = 1 - p = 1 - 0,5 = 0,5$ (probabilidad de no tener el factor a investigar, que se consideraría también 50%)

$E = 0,05$ (error máximo permisible o precisión que se considera frecuentemente 5%)

$N =$ Población conocida o finita

$$n = \frac{364(0.5)^2 (1.96)^2}{(0.5)^2 (1.96)^2 + (0.05)^2 (363)}$$

$$n = 187.15$$

187

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnica

La técnica que se utilizará en el presente estudio será:

La observación estructurada no participante, para examinar y registrar mediante el instrumento de recopilación, la información registrada con antelación de hechos suscitados en situaciones reales.

1.8.2 Instrumento

El instrumento a utilizar será la ficha de recolección de datos, el mismo que se elaboró con antelación y nos permitirá recabar información de las historias clínicas de los casos en estudio. El instrumento está estructurado en cuatro componentes:

- Características sociodemográficas
- Antecedentes Gineco – obstétricos
- Complicaciones del Puerperio inmediato
- Complicaciones del Puerperio mediato

➤ Complicaciones del Puerperio tardío

Estos componentes permitirán determinar los objetivos del estudio.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en los últimos seis años, la tasa de cesáreas se ha incrementado casi 10 % a nivel nacional. La proyección del 2013 revela que, en promedio, el 26.5 % de los partos institucionales han sido cesáreas. Esta cifra agrupa las intervenciones del Ministerio de Salud, Essalud, Fuerzas Armadas y del sector privado. (8)

La frecuencia de las complicaciones asociadas a cesárea varía dependiendo del tipo de estudio, población o de la época analizada; sin embargo, es frecuente encontrar mayores complicaciones comparadas con el parto vaginal, siendo su promedio de 1.3% vs 13% de la cesárea. (9)

Por esta razón es la realización de dicho trabajo para conocer cuáles son las complicaciones más frecuentes y la incidencia presentada en el Hospital Amazónico.

Conociendo los resultados serán de gran utilidad e importancia para que a través de la detección precoz de las complicaciones postoperatorias se aplique un adecuado manejo. A través de este estudio se busca contribuir a disminuir los casos de morbilidad materna en la Región Ucayali. Así mismo a través de los resultados se contribuirá en el conocimiento real de este problema en la región, como un aporte teórico para futuras investigaciones.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Alfredo Daniel Pucha Landacay el presente estudio se llevó acabo en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja – Ecuador en el periodo Julio 2013 – Julio 2014, con el **objetivo** de conocer el número de cesáreas, determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones e identificar las complicaciones post quirúrgicas.

Material y Método: El tipo de estudio fue retrospectivo, descriptivo, de corte transversal en 68 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Resultado: El mayor rango de edad encontrado fue de 21 a 30 años en un 63,2%; Durante el periodo de estudio se realizaron 1419 cesáreas, el 4,79% presentaron complicaciones post quirúrgicas; el 69,1% tenían antecedentes de infección de vías urinarias y el 14,7% un índice de masa corporal mayor a 25, el 80,7% presento antecedentes de cesárea anterior,

el 70,5% de las pacientes no tenían más de tres controles prenatales; determinando que la principal complicación postoperatoria fue la hemorragia uterina en un 32,3% y el 26,4% de las pacientes presentaron endometritis.

Conclusiones: Del total de las pacientes sometidas a cesárea el 4,79% presentaron complicaciones. De las pacientes sometidas a cesáreas que presentaron complicaciones el 63.2%, tenían edades comprendidas entre 21 a 30 años, el 23,5% edades de 15 a 20 años y el 13,2% restante tenían edades de 31 a 35 años. Las principales complicaciones post cesárea encontradas fueron: hemorragia uterina en un 32,3%, endometritis en un 26,4%, infección de herida en un 25% y sepsis en 1.14%. (10)

Roberto Anaya-Prado, Susana Madrigal-Flores, Juan Antonio Reveles-Vázquez, Éctor Jaime Ramírez-Barba, Gabriela Frías-Terrones, Juliana Marisol Godínez-RubíIn. Trabajo realizado en el Hospital de Gineco-Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco. Con el **objetivo** de identificar la morbilidad materna asociada a cesárea.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo en el que se determinó la morbilidad materna asociada a cesárea en las pacientes intervenidas de enero a diciembre de 2006, en el Hospital de Gineco-Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco. Las variables investigadas fueron características demográficas y obstétricas, tipo de cirugía (electiva o urgente), abordaje quirúrgico, días de estancia hospitalaria, y la presencia

y tipo de complicaciones. Se estimó la prevalencia de cada complicación y se identificó la morbilidad y mortalidad originadas por ellas.

Resultados: En el periodo de estudio se realizaron 2827 cesáreas. La edad promedio fue de 28.7 ± 6.2 años. La cesárea se realizó como urgencia y electiva en 2285 (80.82 %) y 542 (19.17 %) casos, respectivamente. Hubo 685 (24.23 %) complicaciones en 593 pacientes (20.97 %); de ellas, 460 (16.2 %) y 133 (4.7%) fueron como urgencia y electiva, respectivamente. Las complicaciones más frecuentes fueron hemorragia (540, 19.1 %), infección (38, 1.34 %), laceración cervical o cervicouterina (32, 1.13 %), lesión vascular (11, 0.39 %) y fenómeno tromboembólico (seis, 0.21 %). Hubo 12 muertes maternas (0.42 %). La estancia hospitalaria promedio fue de 4.43 ± 3.03 , 4.5 ± 3.14 , y 4.09 ± 2.5 días para población general, cirugía de urgencia y cirugía electiva, respectivamente.

Conclusiones: Nuestras observaciones demuestran que la morbilidad materna asociada a la cesárea es superior a la informada en la literatura. La pérdida sanguínea superior a 500 ml fue la complicación más frecuente y la única causa de muerte materna después de cesárea. (11)

Silvina Dignani en su estudio realizado en el Hospital Zonal San Felipe de San Nicolás, teniendo como **objetivos** determinar si las infecciones del puerperio generan un índice elevado de morbimortalidad materna y los factores que se asocian a él.

Material y Método: Este estudio es descriptivo de corte transversal. La muestra incluyó a todas las pacientes puérperas que fueron atendidas en el Hospital Zonal de agudos San Felipe de San Nicolás durante el período

comprendido del 1ro de marzo al 31 de octubre del año 2009. El instrumento de recolección de datos fue mediante la observación de historias clínicas. Los datos obtenidos fueron tabulados y expresados en diferentes tipos de gráficos, para su análisis e interpretación. El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el programa Microsoft Excel 2007.

Resultados: El estudio demostró que de las 798 pacientes estudiadas solo 16 (2%) presentaron complicaciones infecciosas del puerperio (CIP). Del total, un 33,5% corresponden a parto por cesárea y un 66,5% accedieron al parto vaginal.

Conclusión: La complicación infecciosa predominante fue la endometritis y se observó mayoritariamente en primigestas. Ninguno de los casos con CIP había sido medicada previamente con antibióticos. La mayor variabilidad de CIP ocurrió entre los 13 y 18 años y todos los casos de endometritis se relacionaron con edades iguales o inferiores a 22 años.

(12)

Jhersson José Briceño Mendieta en su estudio realizado en el Hospital Isidro Ayora de Loja, periodo enero, febrero, marzo del 2016. Tiene como **objetivos** determinar las indicaciones y complicaciones de cesárea, determinar los factores que llevan a la terminación del parto por cesárea, establecer las principales complicaciones de cesárea y conocer el número de cesáreas por grupo etareo.

Material y Método: Es un estudio descriptivo retrospectivo transversal, el mismo que se realizó en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja. El universo y muestra estuvo conformado por

274 pacientes, con antecedente de cesárea atendidas desde el 1 de enero al 31 de marzo del 2016. Se obtuvo los datos de la planilla de egresos hospitalarios e historias clínicas.

Resultados: se determinó que la principal indicación de cesárea es cesárea anterior con 12.4%, en segundo lugar, sufrimiento fetal agudo con 10.5%, en tercer lugar, oligohidramnios con 10.2%, en último lugar embarazo gemelar con 1.0%. En cuanto a las complicaciones post cesárea se determinó que 77.7% de las pacientes no presentaron complicaciones y el 5.1% presento cefalea post punción. Además, la operación cesárea se realizó con mayor porcentaje de 37.9% en un rango de edad de 21 – 25 años y con menor porcentaje de 1.8% en pacientes mayores de 41 años. Conclusiones: las principales indicaciones de cesárea son cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, oligohidramnios, además la mayoría de pacientes no presentaron ninguna complicación post cesárea y el grupo etareo en el cual más realizo la operación cesárea fue el comprendido entre 21-25 años. (13)

Dra. Vivian Cairo Gonzales, Dra. Yoany Marin Tápanes, Dra. Clara S. Roche Caso en sus artículo realizado en el Hospital Universitario Gineco Obstétrico Mariana Grajales con el **objetivo** de caracterizar la morbilidad materna infecciosa asociada a la operación cesárea en el Hospital Universitario Gineco-Obstétrico “Mariana Grajales” en los años 2008-2010. **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, de tipo caso-control, con las pacientes cesareadas con complicaciones infecciosas durante los años de estudio. La muestra estuvo representada por las 94 pacientes con sepsis postcesárea que constituyeron el grupo estudio y un grupo

control conformado por 94 féminas cesareadas no sépticas. La información fue recogida mediante formulario y los datos fueron extraídos de los expedientes clínicos y el libro de registro de cesáreas. Los datos se procesaron por un sistema de programa estadístico para elaborar tablas de frecuencia que facilitaron el análisis de variables. **Resultados:** En el período de estudio se realizaron 6033 cesáreas; 94 casos presentaron infección, para un índice de 1.55%; la edad promedio fue de 31.7 ± 4.2 años; la cesárea se realizó como urgencia en el 71.2% de las mujeres; los tactos vaginales múltiples y la rotura de las membranas de más de 24 horas constituyeron factores de importancia relacionadas con la infección puerperal; en las intervenidas por cesárea previa y desproporción cefalopélvica fue dos veces más frecuente el riesgo de infección; la infección de la herida quirúrgica (53.2%) y la endometritis (32%) fueron las localizaciones más frecuentes y el staphylococcus aureus (34%) y la escherichia coli (17%) fueron los gérmenes aislados más frecuentes. **Conclusiones:** A pesar del incremento del número de cesáreas, los índices de infección postcesáreas se comportaron con una tendencia baja y estable; pero existen aún factores prevenibles y evitables sobre los que debemos trabajar para que la cesárea sea una operación segura para las madres. (34)

ANTECEDENTES NACIONALES

Santiago Espíritu Mayaute en su trabajo realizado en el Centro Médico Naval con el **objetivo** de determinar los factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea.

Material y Método: El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, realizado en el Centro Médico Naval, Lima entre Enero a Diciembre del 2011. La muestra estuvo constituida por 287 pacientes sometidas a cesárea durante el periodo que correspondió al estudio. Obteniendo como **resultados** El 70.7% de las pacientes tenían grado de instrucción secundaria. Hubo una mayor frecuencia de multíparas en el 50.2% de los casos. El motivo de cesárea, más frecuente fue la presentación podálica, en el 20.9%. La mayoría de pacientes estuvieron hospitalizadas entre 3 a 5 días en el 59.9% de los casos. No tuvieron antecedente patológicos de importancia en el 47.4%. Hubo complicaciones en el 7.7% de la cesareadas y la complicación más frecuente fue la endometritis, en el 4.5% de los casos.

De las pacientes que presentaron complicaciones hubo una asociación estadísticamente significativa de cesáreas de emergencia (54.5%); grado de instrucción superior (81.8%); primiparidad (77.3%); feto en transverso (27.3%), podálico (22.7%), preeclampsia severa (22.7%). El 50.2% de las cesáreas, fueron de emergencia. Además se observó una estancia hospitalaria de 3 a 7 días (73.6%). El antecedente obstétrico de mayor frecuencia fue la asociación de ITU y RPM (22.7%).

Conclusiones: Los factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea, fueron: la primiparidad, presentación en transverso, y el antecedente de ITU asociada a RPM. Hubo una baja incidencia de complicaciones postoperatorias en las pacientes sometidas a cesárea. La complicación más frecuente fue la endometritis seguido de infección de herida operatoria y dehiscencia. (14)

Dany Daniela Bustos López en su trabajo realizado en el Hospital Nacional docente Madre Niño San Bartolomé, Lima con el **objetivo** de determinar si los factores sociodemográficos y obstétricos están asociados a las complicaciones en pacientes postcesareadas del Hospital Nacional Docente Madre Nino San Bartolomé.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, en 167 postcesareadas que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: el 8.4% presento complicación. El 92.8% fueron <35 años. 71.4% tuvo estudios superiores. 85.7% fueron primíparas. 0% presento antecedente de aborto. 100% presento cesárea previa. 85.7% tenían >37 semanas de gestación. Según grado de riesgo tener <35 años arrojó un OR de 2.9. Estudios secundarios 1.13. Primíparas 5.76. El antecedente de aborto 0. Tener <37 semanas 2.667 y presentar una enfermedad medica 2.060. Según medida de asociación el factor edad arrojó una significancia de 0,29. El grado de instrucción 0,844. La paridad 0,013. El antecedente de aborto 0,381. El antecedente de cesárea 0,079. La edad gestacional 0,225 y presentar enfermedad medica un 0,191.

Conclusiones: La incidencia de complicaciones fue de 8.4%. Las pacientes con edad <35 años, con estudios secundarios, primíparas, con edad gestacional <37 semanas y que presentan enfermedad al momento de la cesárea constituyen un factor de riesgo de presentar alguna complicación. (15)

Harold Mallqui Samohuallpa en su trabajo realizado en el servicio de Ginecología y Obstétrica del Hospital Vitarte, Lima 2013 – 2014.

Objetivo: Determinar las complicaciones infecciosas y hemorrágicas de cesáreas en adolescentes del servicio de ginecología del Hospital Vitarte durante el periodo 2013-2014.

Materiales y Métodos: Se revisó todas las historias clínicas del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vitarte, que registraron a pacientes operadas de cesárea durante su puerperio en el año 2013-2014. La muestra fue tomada de estas historias clínicas, y se excluyeron las pacientes que no presentaron complicaciones y las historias incompletas. Para la recolección de los datos de las historias clínicas, se utilizó un formulario que fue llenado por el investigador; luego la información recolectada fue ingresada en el programa de Excel y analizada en el programa SPSS.

Resultados: En nuestro estudio durante los años 2013-2014 se realizó cesáreas a 193 adolescentes de los cuales presentaron en sus complicaciones 31 pacientes lo que implica un 16% del total. Se observó que la adolescencia tardía represento un 80.6 %, la mayoría reside en la zona urbana con 67.7% y predomina las adolescentes solteras con 58.1% y la mayoría solo tuvo de 0-4 controles prenatales con un 41.9 %. Dentro de nuestro estudio la complicaciones de cesáreas en adolescentes incluyen: infección del tracto urinario en el 58.1 %, hemorragias pos cesárea 22.6%, leve y moderada 9.7% y severa 3.2%, infección de herida quirúrgica 12.9%, endometritis y tromboflebitis en el 3.2 %.

Conclusiones: Las complicaciones infecciosas son las más frecuentes de las cuales la infección del tracto urinario es el principal, las adolescentes de edad tardía tuvieron cesáreas en su mayoría, la mayoría vino del área

urbana así también la mayor parte de adolescentes son solteras y no hubo un buen control pre-natal entre las adolescentes. (16)

Lidia Vanessa Curahua Sanchez en su estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el primer semestre del año 2014.

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. (17)

José Fernando Echáisen su estudio realizado en el Hospital General de Oxapampa, con el **objetivo** de especificar las principales indicaciones y complicaciones de los partos por cesárea.

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se revisó las historias clínicas e historias perinatales de 109 pacientes sometidas a parto por cesárea en el Hospital General De Oxapampa, entre enero de 2001 y diciembre del 2002. Se realizó análisis univariado para variables maternas y neonatales utilizando tablas de frecuencia y porcentaje.

Resultados: La tasa de cesáreas para el periodo de estudio fue de 25,7%. La mayoría de las pacientes tenían entre 20 y 35 años (56.9%), educación primaria (35,8%), estado civil conviviente (54,1%) gestación a término (77,6%). Las principales indicaciones para cesárea fueron: desproporción cefalopélvica (21,1%), sufrimiento fetal (20,2%), cesárea previa (11,9%) y presentación podálica (9,2%). Siete pacientes (6,3%) presentaron morbilidad puerperal, siendo la endometritis, la infección de herida operatoria las principales causas (28,6%). No hubo muertes maternas. **Conclusiones:** La tasa de cesáreas para el periodo de estudio fue 25,7%, siendo principales indicaciones desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal, cesárea previa y presentación podálica; las principales complicaciones fueron endometritis e infección de herida operatoria e infección de herida operatoria. (18)

2.2 BASES TEÓRICAS

CESAREA

Es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta y los anexos a través de una incisión en el útero y pared abdominal. Se excluye de esta definición a la extracción del feto libre en la cavidad abdominal como consecuencia de la rotura uterina o de un embarazo ectópico. (19)

CESAREA ELECTIVA

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

CESAREA DE EMERGENCIA

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.

Historia

En datos históricos se recopila que la primera cesárea fue en Sicilia, 508 AC según Boley. La historia científica y registrable en su mayoría comienza en lo que algunos autores consideran el segundo período de la historia de la cesárea y que cae después de 1500. La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por Nufer en 1500. Empleó una navaja de rasurar y el niño nació vivo. La madre tuvo 5 hijos más, lo que pudiera señalarse como uno

de los primeros partos vaginales después de una cesárea, aspecto que en la actualidad cobra vigencia y defensores. (20)

Durante esta época no había anestesia; la incisión solía hacerse en el abdomen por fuera de los músculos rectos, en el sitio hacia el que se rotara el útero, con el fin de proteger la vejiga. El niño se extraía por el costado de la madre. Solía hacerse una incisión longitudinal en el útero y se dejaba abierto. Rousset aconsejaba en ese momento colocar una infusión de hierbas y una cánula para el drenaje de los loquios hacia la vagina, dado que la causa de la muerte era la infección. (21)

En Inglaterra en 1799, Barlow fue el primer médico en hacer la operación con supervivencia materna. No hubo otro caso favorable en ese país hasta 1834. Desde finales del siglo XVIII la cesárea registra progresos en su técnica operatoria; unos preconizan la incisión transversal, como Lauverjat, otros la longitudinal, como Levret. Como métodos alternativos se usaban la craneotomía y los fórceps altos, pero Williams, en 1779 concluyó que el fórceps alto era más mortal que la cesárea. Muchas referencias hay en cada país acerca de la primera cesárea. Así, en Colombia, se señala que la primera se realizó en 1844, en Estados Unidos en 1827 por Richmond, en Cincinnati; sin embargo, hay otras referencias en las que se plantea que la primera cesárea realizada en ese país fue en 1764, en un camarote, por el Dr. Bennett: su esposa presentaba una estrechez pélvica que hacía imposible el parto normal y a petición suya, en una mesa de operaciones consistente en 2 tablonces apoyados sobre toneles, sin ninguna anestesia y sujeta por 2 mujeres, el médico incidió rápidamente el abdomen y extrajo un niño vivo. Sin

embargo, este éxito nunca vio la luz pública, pues como confesara el propio Bennett “ningún médico ajeno al caso lo hubiera creído”. En Cuba, el Dr. Enrique Fortún André, cirujano del Hospital “Calixto García”, opera en 1900 el primer embarazo ectópico y realiza además la primera cesárea con feto vivo.

En Gran Bretaña, la primera cesárea fue hecha por el Dr. Smith de Edimburgo, y resultó un gran fracaso. El feto falleció probablemente por un desprendimiento prematuro de la placenta y la madre murió 18 horas después. La primera operación realizada en Gran Bretaña en que la madre vivió fue hecha por una partera llamada Mary Donally. (22)

Hay un tercer período en la historia de la cesárea donde ya se toma conciencia de las causas de muerte en esta operación y de las técnicas que se deben realizar, donde se señala que es a partir de 1876 en que se hace énfasis en la infección como primera causa de muerte, aspecto señalado por Cavallini desde 1868. Con la sutura uterina que practica Wiel desde 1835, entra esta operación en una nueva era de progreso.

Autores como Porro, Müller, Taylor y otros, hacen innovaciones en ese sentido. Bichot en 1870 introduce la histerectomía total. Sanger, ayudante de Kredé en Leipzig, en 1882 incorpora la sutura de la pared uterina a puntos separados en 2 planos paralelos. En 1912, Kröing en Alemania, postula la incisión vertical uterina, pero ya advierte sobre la ventaja de practicarla en el segmento inferior, hasta que en 1926 Kehr crea su clásica incisión segmentaria transversal que se practica en nuestros días. (22)

Indicaciones de Cesárea

❖ Distocia

La indicación de la inducción se ajustará a la aplicación de los protocolos de las diferentes patologías. Incluye una fase de maduración cervical y otra de inducción con oxitocina. La realización de la fase de maduración se realizará en función del test de Bishop, paridad y de la urgencia de la indicación de la inducción. (23)

❖ Riesgo de pérdida de bienestar fetal

Ante un trazado cardiotocográfico poco tranquilizador se establece la estimulación del cuero cabelludo fetal que si va seguida de aceleración de la frecuencia cardíaca indica ausencia de acidosis. Como prueba de referencia se establece el ph en cuero cabelludo fetal y se aplican los criterios de Zallar y Quilligan

- Normal; por encima 7,25; de alerta (7,20-7,25); precisa posteriores determinaciones habitualmente dentro de los 30 minutos siguientes.

Riesgo de pérdida de bienestar fetal.

❖ Cesárea Anterior

Hemos adoptado los siguientes criterios de selección para intento de parto vaginal:

- Cesárea segmentaria transversa previa
- Pelvis clínicamente adecuada

Ninguna otra cicatriz uterina con acceso a cavidad, ni rotura uterina previa. No se consideran contraindicación la macrosomía ni la gestación gemelar, siempre que el primer gemelo esté en presentación cefálica. Se

acepta la inducción con oxitocina y con prostaglandinas en cuello desfavorable. (24)

❖ **Parto tras dos cesáreas anteriores.**

Se manejarán de forma individualizada, incluyendo para la elección de la vía de parto los siguientes criterios:

- Historia clínica o anamnesis negativa para cesárea clásica corporal.
- Exploración obstétrica que incluya una pelvis clínicamente capaz, el encajamiento de la cabeza fetal y condiciones cervicales.
- Se fomentará el inicio espontáneo del parto hasta la 41 semanas en la cual se programará para cesárea.
- Se podrá utilizar oxitocina en régimen de cesárea previa, si se observa hipodinamia secundaria a la analgesia epidural.

❖ **Miomectomía previa**

El antecedente de miomectomía previa con entrada en cavidad uterina será evaluado de forma individual, valorando fundamentalmente la longitud de la incisión, orientación y localización (25)

❖ **Presentación de nalgas**

La modificación de este protocolo incluye los siguientes criterios de selección parto de nalgas: edad gestacional \geq 37 semanas, peso estimado ente 2500 y 3600 gramos, pelvimetría normal, cabeza fetal no hiperextendida, nalgas puras o completas, y presencia de obstetra experimentado .

a) El manejo del parto difiere de la presentación cefálica y se aplican los siguientes criterios: Primer periodo de parto: se permite el uso de oxitocina y la amniorexis. Se considera parto lento si evoluciona a < 1cm/hora.

b) Durante el segundo periodo se permite una fase pasiva de 1 hora, y una fase activa de 1,30 hora en nulíparas y 1 hora en multíparas. Se ofrece la versión cefálica externa entre la semana 36 y 37. (26)

❖ **Parto múltiple**

Se permite el parto vaginal salvo cuando:

- a) El primer feto no se encuentre en presentación cefálica
- b) El número de fetos sea superior a dos
- c) Gemelos monoamnióticos. Si se presentan en el hospital un embarazo múltiple en fase activa de parto se valorará de manera individual, permitiéndose el parto vaginal en los casos anteriores.

❖ **Macrosomía fetal**

Se indica cesárea con peso fetal estimado superior a 5000 g en mujeres no diabéticas y con peso estimado superior a 4500 g en diabéticas. (26)

❖ **Cesárea por causas maternas**

Se consideran cesárea electiva la presencia de lesión herpética genital activa intraparto, y gestantes con RNA-VIH >1000 copias/ml. Por otro lado la comisión de Perinatología evalúa la indicación de cesárea electiva por enfermedad materna individualizando cada caso.

❖ **Placenta de inserción baja**

Todas las gestantes con inserción de tejido placentario a menos de 2 cm de OCI serán consideradas como partos de riesgo y manejadas como tales. Placenta de inserción entre 11 y 20 mm. Estas pacientes serán candidatas a intento de parto vaginal. Placenta de inserción entre 0 y 10 mm. Se manejarán de forma individualizada, incluyendo para la elección de la vía de parto el grado de distancia al OCI, la longitud cervical, y condiciones clínicas de la paciente.

Si estos criterios no son favorables, se considerará a la cesárea como vía de elección. (26)

Complicaciones de la Cesárea

Es toda desviación del proceso de recuperación que se espera, después de una intervención quirúrgica. Tradicionalmente ha existido un vacío en la literatura quirúrgica en cuanto a la estandarizada definición y clasificación de las complicaciones postoperatorias. Eso dificulta tener una medida objetiva que permita comparar resultados. (27)

Clasificación

Existe múltiples clasificaciones sobre complicaciones de una cesárea para su estudio se analizara de la siguiente manera:

La Clasificación basa su catalogación de gravedad sobre el tratamiento que esta complicación demanda.

Así, en su forma abreviada, se reconocen cuatro grados: Las leves son aquellas que requieren para su corrección sólo mínimas medidas como

medicamentos simples y/o procedimientos al lado de la cama del enfermo. Las de tipo moderado, en cambio, requieren tratamiento farmacológico, incluidos los antibióticos, transfusiones y nutrición parenteral. Las de tipo grave, requieren procedimientos radiológicos o endoscópicos intervencionales, o una reoperación. Están incluidos los casos con falla de uno o más órganos. El cuarto grado corresponde al fallecimiento del paciente. (27)

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

Estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos.

Complicaciones maternas

- Lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga
- Tromboembolismo
- Prolongación de la histerorráfia que pueda desgarrar o lacerar las arterias uterinas.
- La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que pueden ser respiratorias: hipo ventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, bronco aspiración, bronco constricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia, y cardiovasculares: hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardíaco.
- Complicaciones hemorrágicas: 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 24 horas después de parto.

- Lesiones del 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.

- 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.

- Lesiones nerviosas. Las lesiones de nervios o compresión de los mismos por el instrumental son poco frecuentes durante la cesárea. (28)

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

1. Complicaciones maternas inmediatas: Hace referencia a las primeras 24 horas después del nacimiento del bebé. (33)

- ✓ Hemorragia

- ✓ Hematomas

- ✓ Lesiones en vejiga /ureter
- ✓ Lesiones en intestino e íleo parálítico. (29)

Hemorragia

Es la pérdida de más de 500 ml de sangre después de un parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea, en las primeras 24 horas del puerperio. (30) La hemorragia postparto es la causa más importante de hemorragia en el puerperio. (31) La principal causa de muerte materna perinatal en países desarrollados y una causa principal de morbilidad a nivel mundial. (32)

Clasificación según su tiempo de aparición

- ✓ Hemorragia post parto 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 post parto 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”

➤ 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).

➤ 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).

➤ 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 hemorragia post parto, está implicada en más de la mitad de los casos y es responsable del 4% de las muertes maternas. (30)

2. Complicaciones Maternas Mediatas: Va de los 2 a los 7-10 días después del parto.(33)

- ✓ Infección puerperal
- ✓ Infección urinaria
- ✓ Infección respiratoria
- ✓ Anemia
- ✓ Retención de restos o membranas
- ✓ Dehiscencia de la histerorráfia

3. Complicaciones Maternas Tardías: Desde el día 8 hasta la sexta semana, 42 días. (33)

- ✓ Hemorragia tardía
- ✓ Infección puerperal (30)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Acidosis:**

Aquellas situaciones clínicas en las que existe un trastorno hidroelectrolítico en el equilibrio ácido-base en el que predomina un aumento en la concentración de hidrogeniones. Según su causa, la acidosis puede ser acidosis respiratoria o acidosis metabólica.

- **Amniorrexis:**

Es lo que habitualmente llamamos “rotura de bolsa” o “romper aguas”.

- **Anamnesis:**

Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico.

- **Atonía:**

Es el término obstétrico que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que tiene como consecuencia un retraso en la involución del útero.

- **Cesárea:**

Es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en él y el útero de la madre para extraer uno o más bebés. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

- **Colostomía:**

Es un procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de una abertura (estoma) hecha en la pared abdominal.

- **Corioamnionitis:**

Es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección intraamniótica, infección ovular o amnionitis y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo.

- **Dehiscencia:**

Abertura espontánea de una parte o de un órgano que se había suturado durante una intervención quirúrgica.

- **Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP):**

Es la separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto.

- **Endometritis:**

Inflamación del endometrio generalmente de origen bacteriano y especialmente frecuente después de un aborto provocado

- **Hemorragia:**

Es la salida de la sangre desde el sistema cardiovascular, provocada por la ruptura de vasos sanguíneos como venas, arterias y capilares. Es una situación que provoca una pérdida de sangre, y puede ser interna o externa.

- **Hipodinamia:**

Disminución de las contracciones uterinas, que afecta tanto a la intensidad como a la frecuencia y a la duración de las mismas.

- **Hipotonía:**

Disminución de la tensión o del tono muscular, o de la tonicidad de un órgano.

- **Histerectomía:**

Operación quirúrgica que consiste en extirpar el útero total o parcialmente.

- **Histerorráfia:**

Sutura quirúrgica de las laceraciones e incisiones uterinas.

- **Histerotomía:**

Es una incisión quirúrgica del útero, por lo general asociada a una laparotomía abdominal, si bien la intervención también puede ser a través de la vagina.

- **Íleo paralítico:**

Afección por la cual los músculos de los intestinos no permiten que pase la comida; ello tiene como resultado la obstrucción del intestino. La causa del íleo paralítico puede ser una cirugía, inflamación o ciertos medicamentos.

- **Inducción:**

Procedimientos para desencadenar el parto.

- **Laparotomía:**

Es una cirugía que se hace con el propósito de abrir, explorar y examinar para tratar los problemas que se presenten en el abdomen. existen dos tipos de laparotomía, la simple y la exploratoria.

- **Macrosomía fetal:**

Es el exceso de tamaño de un feto.

- **Mastitis:**

Es un término médico que se refiere a la inflamación de la glándula mamaria.

- **Mioma:**

Es literalmente un tumor benigno constituido por células musculares.

- **Miomectomía:**

Es la intervención quirúrgica mediante la cual se extirpan los miomas uterinos.

- **Oxitocina:**

Hormona secretada por la hipófisis que tiene la propiedad de provocar contracciones uterinas y estimular la subida de la leche; también se prepara farmacológicamente para ser administrada por inyección intramuscular o intravenosa con el fin de inducir el parto, aumentar la fuerza de las contracciones en el parto, controlar la hemorragia posparto y estimular la subida de la leche.

- **Paridad:**

Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.

- **Pelvimetría:**

Medición de los diámetros de la pelvis.

- **Polihidramnios:**

Se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm alrededor del feto antes de que este nasca.

- **Placenta previa:**

Placenta que se desarrolla en el segmento inferior del útero y que causa hemorragias importantes durante el embarazo y el parto.

- **Tromboflebitis:**

Inflamación de una vena que va acompañada de la formación de un trombo sanguíneo en su interior.

- **Sepsis:**

Ocurre cuando el cuerpo tiene una abrumadora respuesta inmunitaria a una infección bacteriana.

- **Test de bishop:**

También conocido como índice de bishop, es una puntuación que valora el cuello uterino en el trabajo de parto y ayuda a predecir si será requerida inducción del parto. También se ha utilizado para evaluar las probabilidades de parto prematuro espontáneo.

- **Tromboembolia:**

Embolismo de un trombo o coágulo sanguíneo.

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS

TABLA N° 01

**EDAD DE LAS PUERPERAS POST CESAREA DE EMERGENCIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ 19	48	25.7
20 - 34	111	59.3
≥ 35	28	15
TOTAL	187	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS

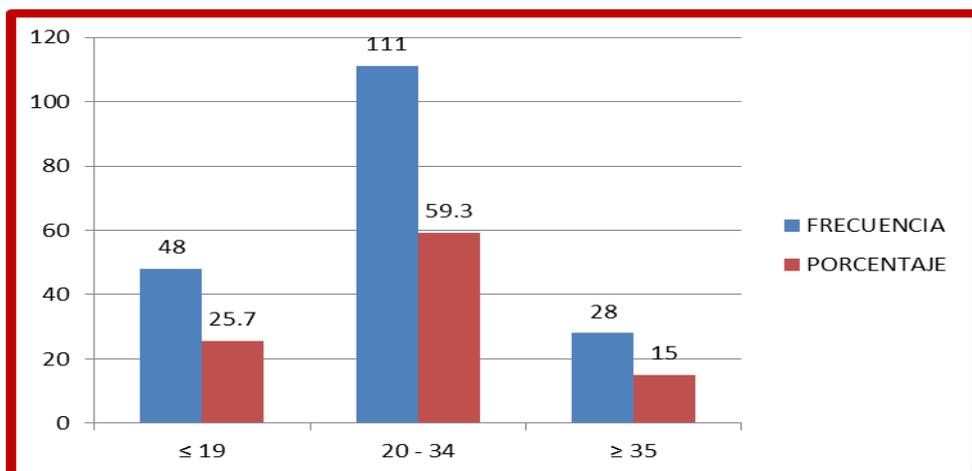
En la TABLA y GRAFICO N° 01 observamos que, el 59.3% de puérperas post cesárea de emergencia se encuentran en el grupo etareo 20-34 años, seguido del 25.7% en el rango de ≤ 19 años.

INTERPRETACION

Constatando con el estudio realizado por Alfredo Daniel Pucha Landacay cuyo objetivo fue conocer el número de cesáreas, determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones e identificar las complicaciones post quirúrgicas encontró que el 63.2% corresponde al rango de edad de 20-30 años, este resultados tiene similitud con nuestro estudio.

GRAFICO N° 01

EDAD



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 02

GRADO DE INSTRUCCION DE LAS PUERPERAS POST CESAREA DE EMERGENCIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Iletrada	4	2.2
Primaria	24	12.8
Secundaria	149	79.7
Superior	10	5.3
TOTAL	187	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS

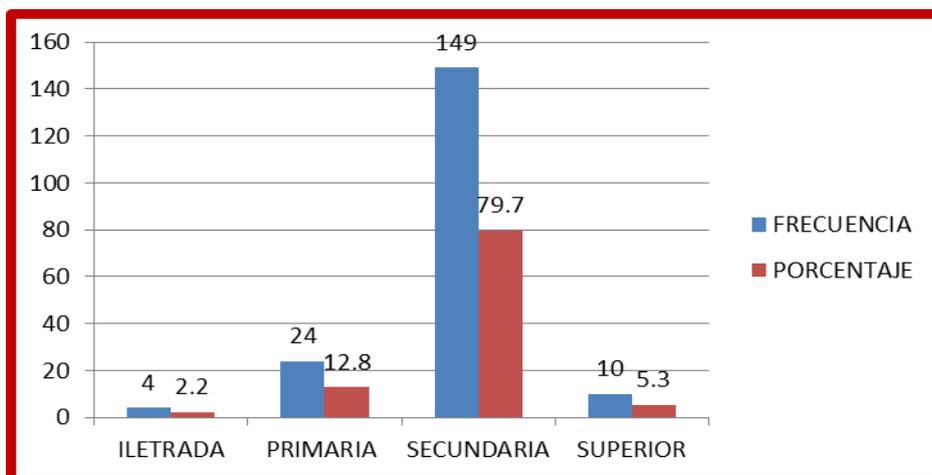
En la TABLA y GRAFICO N°02 observamos que, el 79.7% de puérperas post cesárea de emergencia tenían grado de instrucción secundaria, seguido del 12.8% con grado de instrucción primaria.

INTERPRETACION

Constatando con el estudio realizado por Santiago Espíritu Mayaute cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea encontró que el 70.7% de las puérperas tenían grado de instrucción secundaria, encontrando similitud con nuestro estudio.

GRAFICO N° 02

GRADO DE INSTRUCCIÓN



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 03

**ESTADO CIVIL DE LAS PUERPERAS POST CESAREA DE EMERGENCIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	14	7.5
Soltera	24	12.8
Conviviente	149	79.7
TOTAL	187	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS

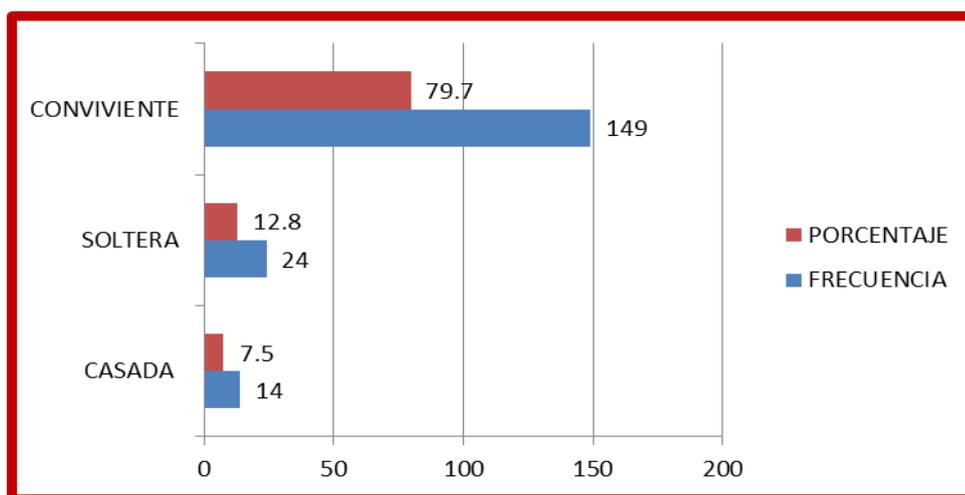
En la TABLA y GRAFICO N° 03 observamos que, el 79.7% de puérperas post cesárea de emergencia tenían estado conyugal de convivencia, el 12.8% fueron solteras.

INTERPRETACION

Contrastando con el estudio realizado por José Fernando Echáisen cuyo objetivo fue especificar las principales indicaciones y complicaciones de los partos por cesárea encontró que, el 54.1% de las pacientes correspondió al estado civil de convivencia encontrando semejanza con nuestro estudio.

GRAFICO N° 03

ESTADO CIVIL



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 04

PROCEDENCIA DE LAS PUERPERAS POST CESAREA DE EMERGENCIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Calleria	69	36.9
Yarinacocha	84	44.9
Manantay	34	18.2
TOTAL	187	100

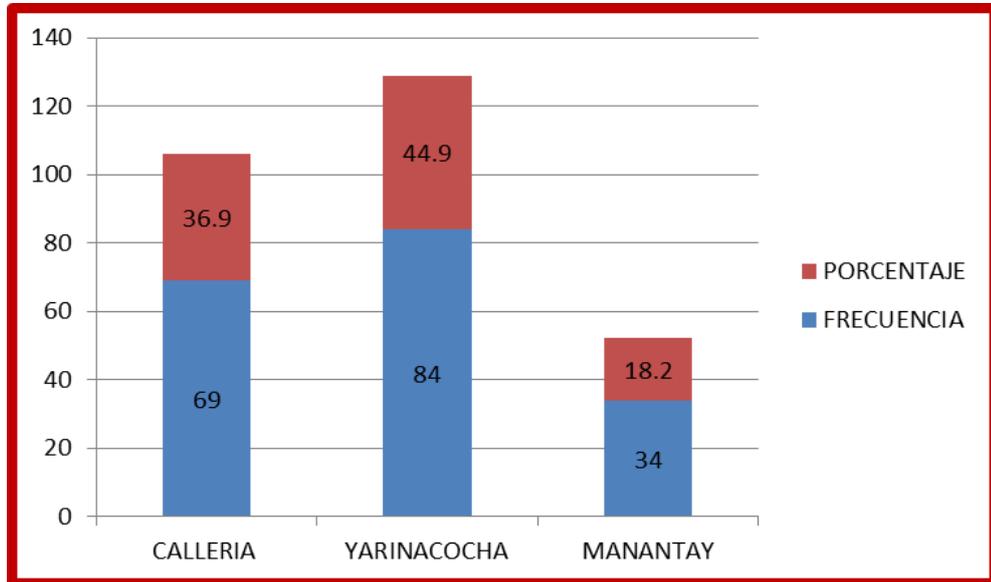
Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS E INTERPRETACION

En la TABLA y GRAFICO N° 04 observamos que, el 44.9% de puérperas post cesárea de emergencia provinieron del distrito de Yarinacocha, seguido del 36.9% del distrito de Calleria. Lo que representa que más del 81% de usuarias provienen de distritos aledaños al establecimiento de salud.

GRAFICO N° 04

PROCEDENCIA



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 05

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN DE LAS PUERPERAS POST CESAREA DE EMERGENCIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016

EE.SS DE ORIGEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
P.S	62	33.1
C. S	95	50.8
Otros	30	16.1
TOTAL	187	100

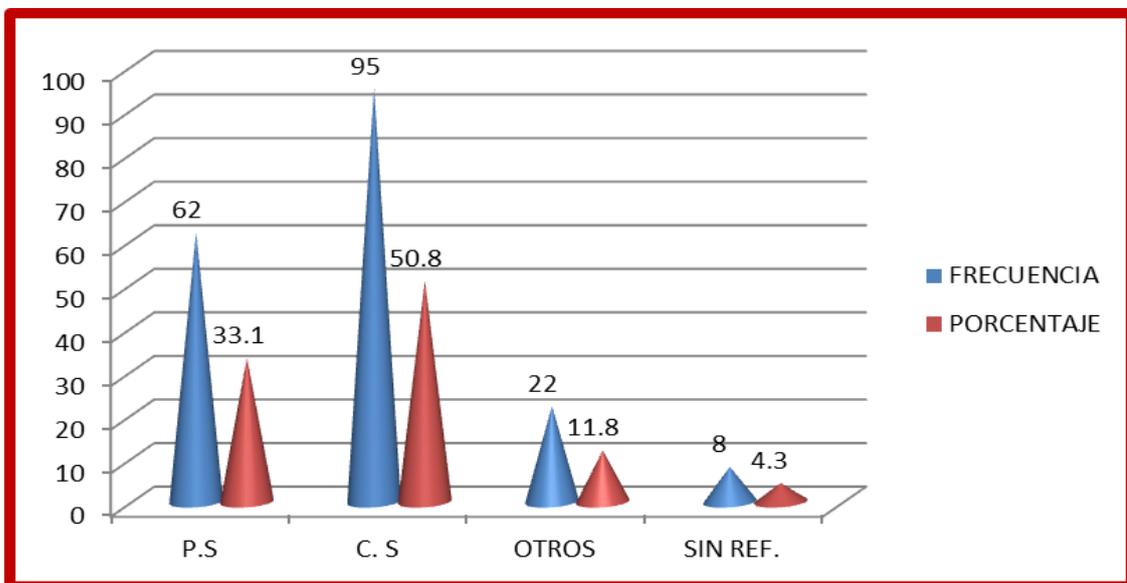
Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS E INTERPRETACION

En el TABLA y GRAFICO N° 06 observamos que, las puérperas post cesárea de emergencia atendidas en el Hospital Amazónico provinieron de Centros de Salud 50.8% y Puestos de Salud con el 33.1% respectivamente.

GRAFICO N° 05

ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 06

**REFERENCIA DE LAS PUERPERAS POST CESAREA DE EMERGENCIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016**

REFERENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	83	44.4
No	104	55.6
TOTAL	187	100

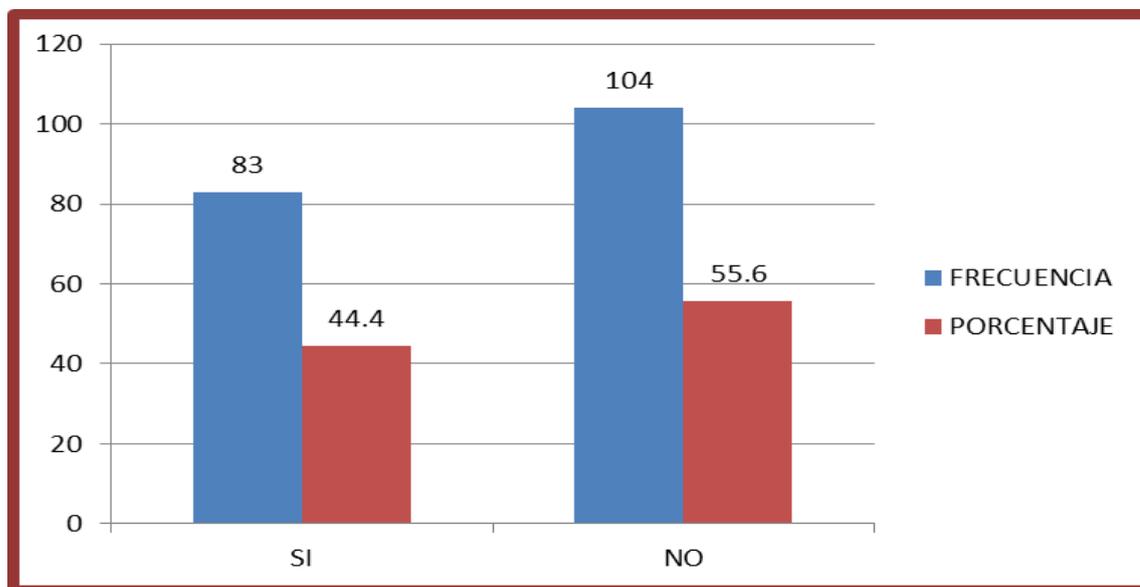
Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS E INTERPRETACION

En la TABLA y GRAFICO N° 06 observamos que, el 44.4% de pacientes fueron referidas de un establecimiento de salud por lo que fue identificado oportunamente el riesgo.

GRAFICO N° 06

REFERENCIA



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 07

**PARIDAD EN PUERPERAS POST CESAREA DE EMERGENCIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016**

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	60	32.1
1 a 2	78	41.7
3 a 4	31	16.6
> 4	18	9.6
TOTAL	187	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS

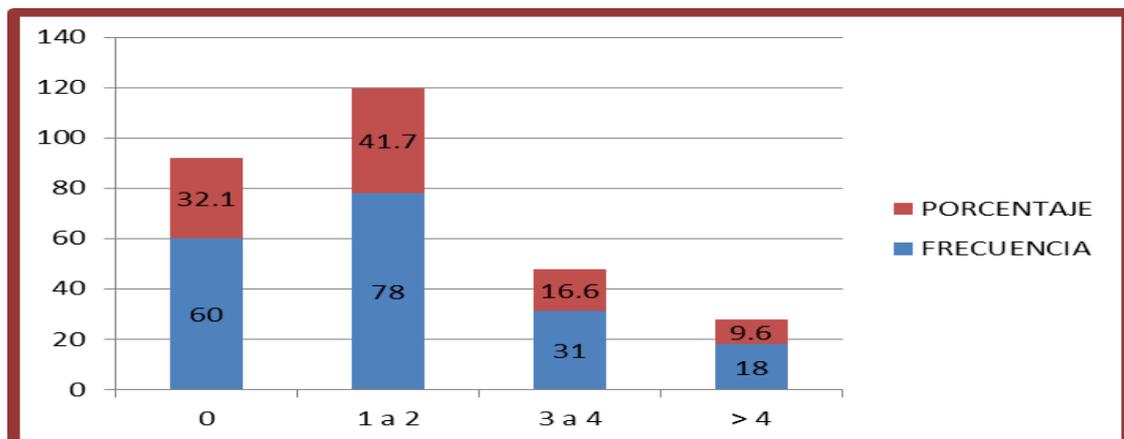
En la TABLA y GRAFICO N° 07 observamos que, el 41.7% de puérperas post cesárea de emergencia tuvieron de 1 a 2 gestaciones previas y el 32.1% no tuvieron ninguna experiencia de parto.

INTERPRETACION

Contrastando con el estudio realizado por Dany Daniela Bustos López cuyo objetivo fue determinar si los factores sociodemográficos y obstétricos están asociados a las complicaciones en pacientes postcesareadas encontró que, un 53.9% fueron primíparas y un 46.1% multíparas, siendo este resultado opuesto a nuestro estudio.

GRAFICO N° 07

PARIDAD



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 08

ATENCION PRENATAL EN PUEPERAS POST CESAREA DE EMERGENCIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016

N° DE APN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	13	7
1 a 3	22	11.7
4 a 6	54	28.9
> 6	98	52.4
TOTAL	187	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS

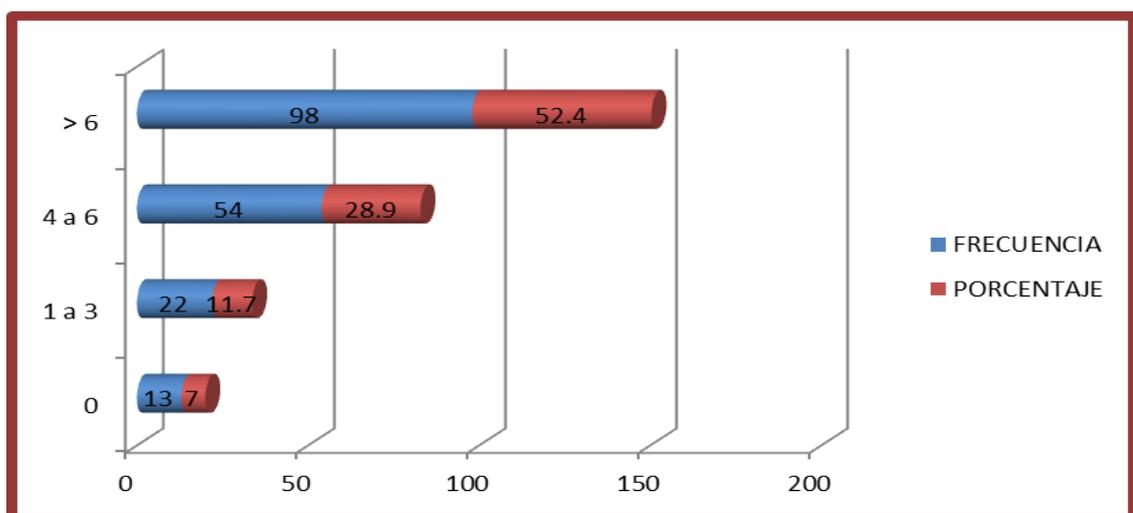
En la TABLA y GRAFICO N° 08 observamos que, el 52.4% de puérperas post cesárea de emergencia tuvieron más de 6 APN y un 7% no tuvieron ninguna APN lo que incrementa el riesgo de complicaciones.

INTERPRETACION

Contrastando con el estudio realizado por Harold Mallqui Samohuallpa cuyo objetivo fue determinar las complicaciones infecciosas y hemorrágicas de cesáreas en adolescentes encontró que, el 41.9% de puérperas adolescentes tuvieron de 0 a 4 APN siendo este resultado opuesto a lo encontrado en nuestro estudio.

GRAFICO N° 08

N° DE APN



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 09

CESAREAS PREVIAS EN PUEPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016

CESAREAS PREVIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	143	76.5
1	33	17.6
2	9	4.8
≥3	2	1.1
TOTAL	187	100

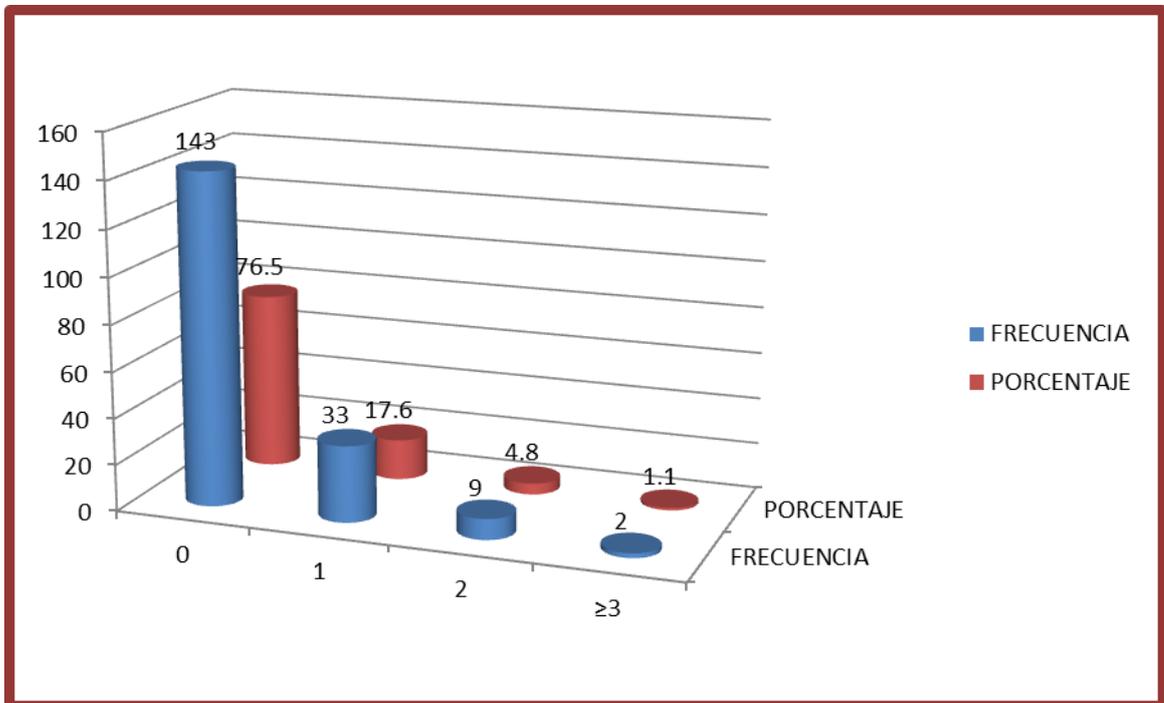
Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS E INTERPRETACION

En la TABLA y GRAFICO N° 09 observamos que el 76.5% de pacientes en estudio no tuvieron antecedente de cesárea previa, a diferencia del 23.5% que tuvo entre 1 a 3 intervenciones quirúrgicas por cesárea.

GRAFICO N° 09

N° DE CESAREA



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 10

CAUSA DE CESAREA ACTUAL EN PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016

CAUSA DE CESAREA ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preeclampsia severa	37	19.8
Distocia de presentación	32	17.1
Macrosomía fetal	23	12.3
Estrechez pélvica	20	10.7
Cesárea anterior	16	8.7
Condilomatosis	10	5.3
DCP	7	3.7
Eclampsia	7	3.7
Oligohidramnios severo	6	3.2
Sufrimiento fetal agudo	29	15.5
TOTAL	187	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS

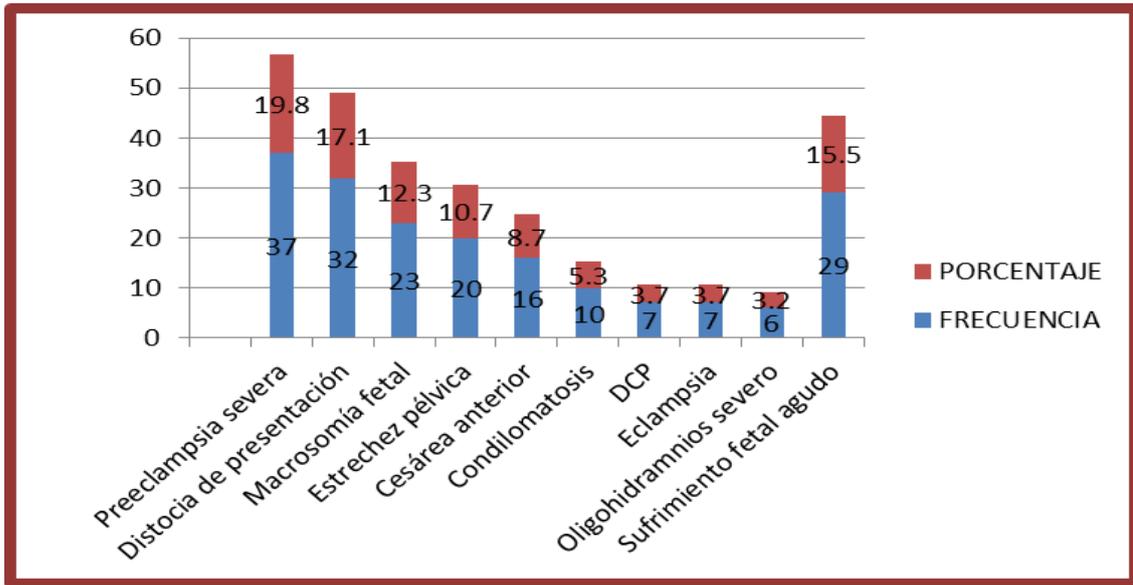
En la TABLA y GRAFICO N°10 observamos que, la principal patología de las pacientes que fueron sometidas a cesárea de emergencia con un 19.8% fue la preeclampsia severa, con 17.1% distocia de presentación.

INTERPRETACION

Contrastando con el estudio realizado por Jheresson José Briceño Mendieta cuyo objetivo fue, determinar las indicaciones y complicaciones de cesárea, determinar los factores que llevan a la terminación del parto por cesárea, establecer las principales complicaciones de cesárea y conocer el número de cesáreas por grupo etareo, encontró que la principal indicación de cesárea es cesárea anterior con 12.4%, en segundo lugar, sufrimiento fetal agudo con 10.5%, en tercer lugar, Oligohidramnios con 10.2%, siendo lo opuesto a nuestro estudio.

GRAFICO N° 10

CAUSA DE CESAREA ACTUAL



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 11

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO (24 horas)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	175	93.5
Desgarro Cervical	2	1.2
Atonía Uterina	9	4.8
Laceración Cervical	1	0.5
TOTAL	187	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS:

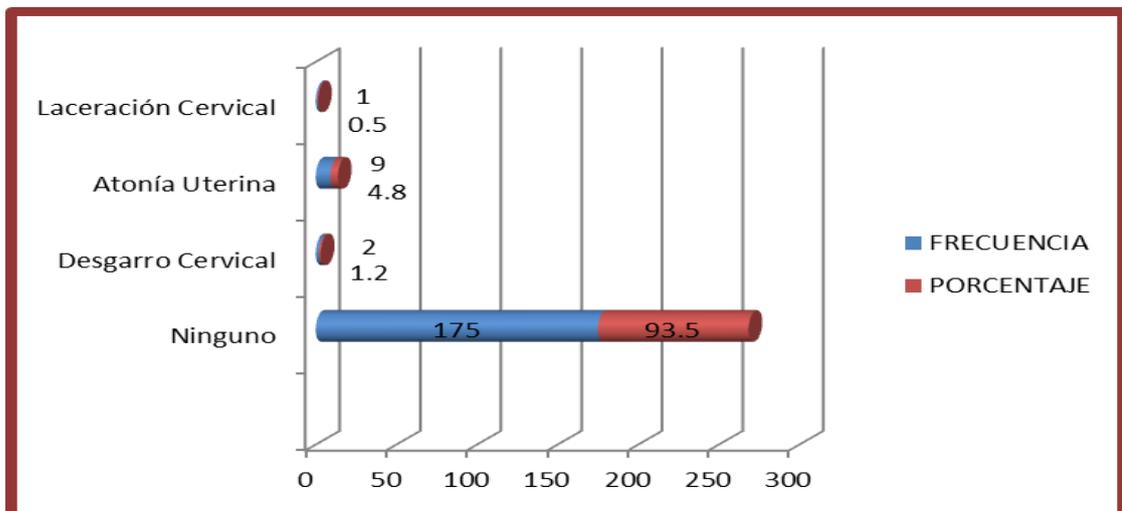
En la TABLA y GRAFICO N°11 observamos que, en las primeras 24 horas en pacientes post cesárea de emergencia, el 93.5% de puérperas no evidencio ninguna complicación, a diferencia de un 4.8% presentó atonía uterina y el 1.7% tuvo desgarro cervical y laceración cervical respectivamente.

INTERPRETACION:

Contrastando con el estudio realizado por Roberto A. y Col. cuyo objetivo fue de identificar la morbilidad materna asociada a cesárea. Encontraron que las complicaciones más frecuentes fueron hemorragia con 19.1%, laceración cervical o cervicouterino 1.13 %. Encontrando similitud con nuestro estudio.

GRAFICO N° 11

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 12

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO MEDIATO DE PACIENTES POST CESAREA DE EMERGENCIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO MEDIATO (2-7 días)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	90	48.1
Anemia Leve	52	27.8
Anemia Moderada	23	12.3
Anemia Severa	2	1.1
Atonía Uterina	2	1.1
ITU	18	9.6
TOTAL	187	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS

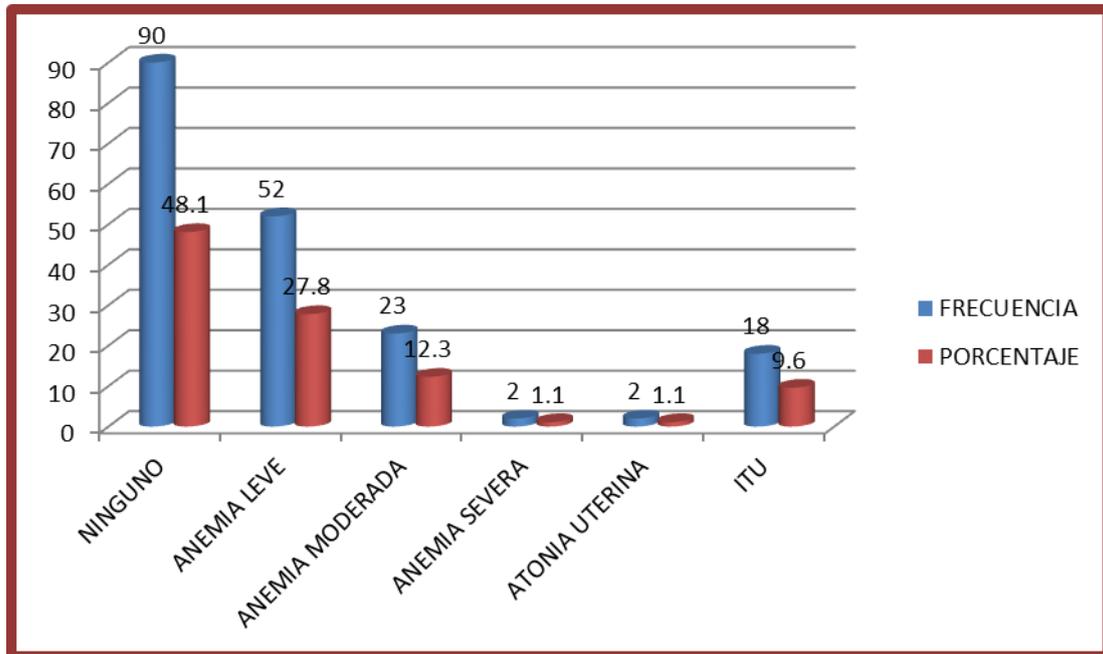
En la TABLA y GRAFICO N°12 observamos que, el 48.1% de pacientes no presentó ninguna complicación, a diferencia del 41.2% presento algún tipo de anemia y solo el 1.1% tuvo atonía uterina.

INTERPRETACION

Contrastando con el estudio de Lidia Vanessa Curahua Sanchez cuyo objetivo fue determinar las principales complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa que culminaron en parto vaginal y cesárea, encontró que, el 42.4% presento anemia y el 3% infección de tracto urinario. Encontrándose cierta similitud con nuestro estudio.

GRAFICO N° 12

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO MEDIATO



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 13 A

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO TARDIO DE PACIENTES POST CESAREA DE EMERGENCIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO TARDIO (8-42 días)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	176	94.1
Hemorragia tardía	2	1.1
Infección de Herida Operatoria	6	3.2
Endometritis	3	1.6
TOTAL	187	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS

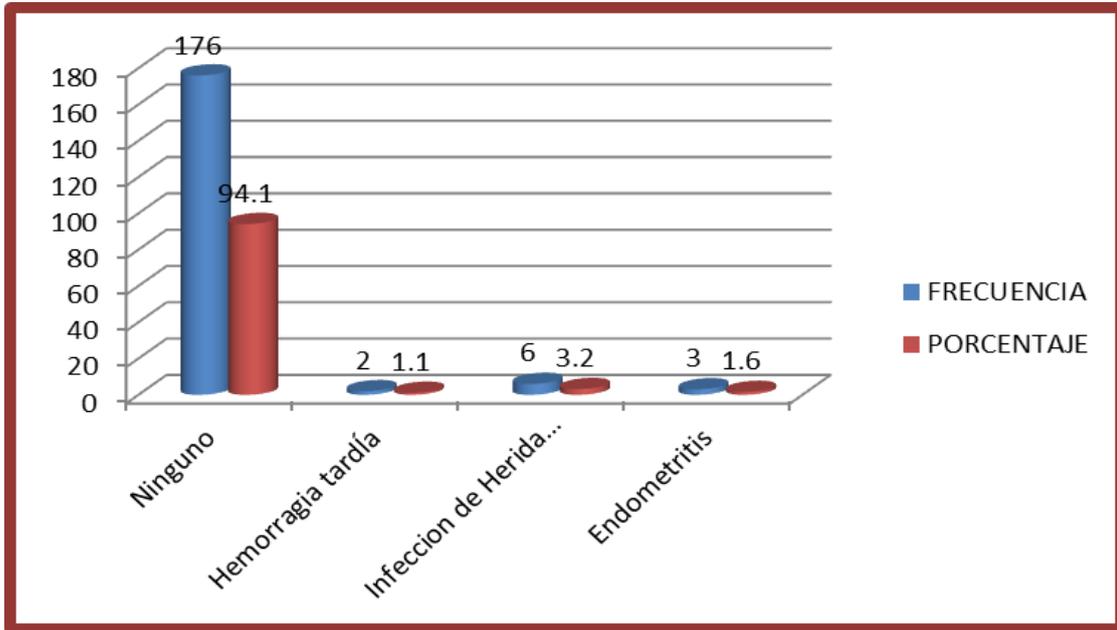
En la Tabla y Grafico N° 13 A observamos que, el 94.1% de puérperas post cesárea de emergencia no presentó ninguna complicación a diferencia del 5.9% presento infección de herida operatoria, endometritis y hemorragia tardía respectivamente.

INTERPRETACION

Contrastando con el estudio realizado por la Dra. Vivian C. y Col. cuyo objetivo fue caracterizar la morbilidad materna infecciosa asociada a la operación cesárea. Encontraron que el 53.2% de pacientes presento infección de herida operatoria y un 32% endometritis; estos resultados son similares en cuanto se refiere a las causas de complicaciones pero difiere el resultado porcentual.

GRAFICO N° 13 A

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO TARDIO



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

TABLA N° 13 B

HEMORRAGIA TARDIA EN EL PUERPERIO TARDIO DE PACIENTES POST CESAREA DE EMERGENCIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO 2016

HEMORRAGIA TARDIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No fallecida	1	50
Fallecida	1	50
TOTAL	2	100

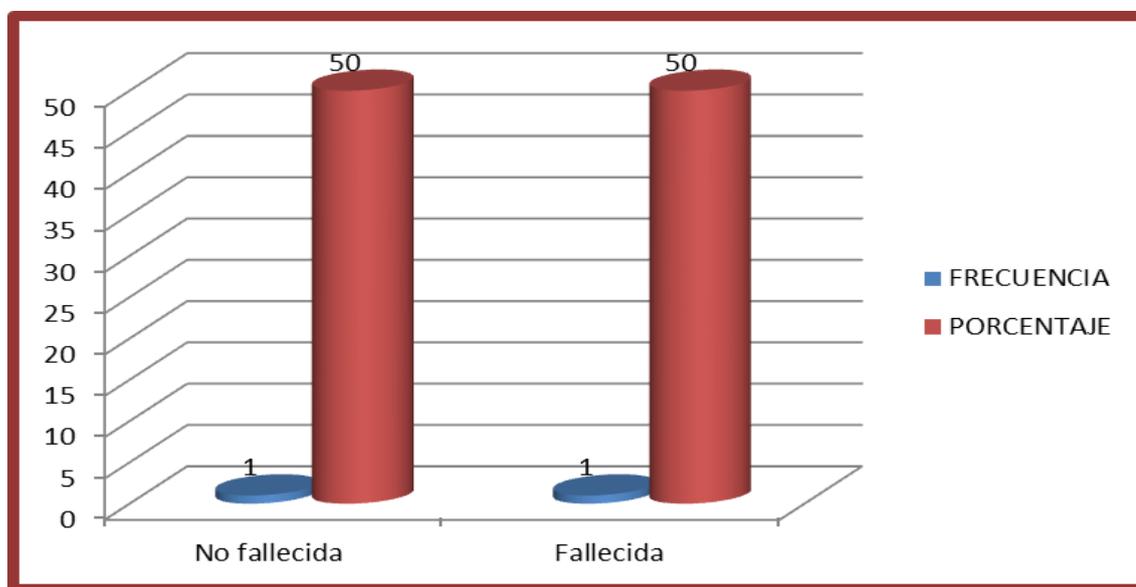
Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

ANALISIS E INTERPRETACION

En la TABLA y GRAFICO N° 13 B observamos que, hubo dos puérperas que presentaron hemorragia tardía de las cuales una de ellas falleció a los 10 días de reingreso al Hospital Amazónico.

GRAFICO N° 13B

HEMORRAGIA TARDIA



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio 2016

CONCLUSIONES

Luego de finalizar el estudio de investigación se concluye que:

1. Concerniente a los datos sociodemográficos, el 59% de las puérperas post cesárea de emergencia, se encuentran en el grupo etareo de 20-34 años, el 25% correspondió a población adolescente; el 79% tuvo una educación de nivel secundario, el 79% fueron de condición conyugal de convivencia; el 49% provino del distrito de Yarinacocha perteneciendo esta jurisdicción al establecimiento donde se realizó el estudio. El 50.8% tuvieron al centro de salud como establecimiento de origen, el 44.4% vino referida de su establecimiento al ser detectado el riesgo motivo de la cesárea.
2. En relación a los datos Gineco-obstétricos concluimos que: El 41.7% de las paciente en estudio tuvieron una paridad entre 1-2 partos previos, el 52.4% más de seis atenciones prenatales, mientras un 7% no tuvieron ninguna; el 23.5% contaron con antecedentes de cesárea entre 1 a 3 intervenciones previas; en el 19.8% de pacientes la causa actual de cesárea fue la preeclampsia severa, seguido de la distocia de presentación en un 17.1%.
3. Concerniente a las complicaciones en el puerperio inmediato, se concluye que, el 1.7% de casos se debió a laceraciones y desgarros cervicales los mismos que no fueron detectados en el intraoperatorio, así mismo en el 4.8% de casos las puérperas presentaron atonía uterina, situaciones de riesgo que podrían derivar en morbimortalidad materna.
4. En relación a las complicaciones en el puerperio mediato, se encontró que, el 41.2% de las puérperas post cesárea de emergencia tuvieron anemia entre leve, moderada y severa, el 9.6% cursó con infección del tracto urinario.
5. En el puerperio tardío se registraron dos paciente con hemorragia vaginal, tardía representando el 1.1%, iniciaron el sangrado a los 19 y 20 días post cesárea, ocasionando la muerte de una de las puérpera. El trastornos de los factores de coagulación se identificó como la causa del sangrado en el caso de la muerte materna; el 4.8% cursó con infección de herida operatoria y endometritis respectivamente.

RECOMENDACIONES

Concluida la investigación y teniendo los resultados del mismo podemos recomendar lo siguiente:

1. La cesárea es sin duda alguna una de las intervenciones quirúrgicas más importantes en la resolución de problemas obstétricos. Sin embargo, el aumento observado en su uso podría denotar un empleo, en ocasiones no justificado medicamente, por ende se recomienda a los médicos encargados de evaluar, diagnosticar y decidir la intervención quirúrgica, realicen evaluaciones exhaustivas a las pacientes con la finalidad de que no se incremente indiscriminadamente el número de estos procedimientos quirúrgicos en las gestantes.
2. La atención prenatal es una práctica muy necesaria para identificar oportunamente los riesgos maternos y neonatales, por ende, se recomienda a las autoridades de la Diresa Ucayali, al personal de los diferentes establecimientos de salud, realizar difusiones de gran envergadura para que motiven a todas las gestantes a iniciar tempranamente estas atenciones que repercutirá positivamente en el bienestar de la madre y del recién nacido.
3. Recomendar a los responsables del banco de sangre de los establecimientos de salud con capacidad resolutiva, de contar con el stock suficiente para suplir oportunamente la pérdida sanguínea ante una emergencia obstétrica, siendo la principal causa de complicaciones obstétricas.
4. Se recomienda al personal de salud que atiende a la gestante, que mejoren sus habilidades en el manejo de la Preeclampsia siendo una de las complicaciones más frecuentes que presentan las pacientes y que a la vez deriva en un parto abdominal por la severidad de los cuadros.

FUENTES DE INFORMACION

1. Williams obstétrica 23ª edición, capítulo 25, pág. 5447
2. Alcántara B, Alcántara R, Inguil W. Operación cesárea: frecuencia, indicaciones y morbimortalidad materna y perinatal. Estudio prospectivo. Ginecología y Obstetricia 1995; 41: 63-69
3. Pezo J. [tesis de bachiller]. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1989.
4. Mansilla C. [tesis de bachiller]. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1990.
5. Escudero F. Endometritis puerperal. [tesis bachiller]. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1990.
6. Cox SM, Gilstrap Lc. Endometritis postparto. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. 1989; 16 (2): 351-359
7. Gibbs Rs. Infección después de la cesárea. Clinicas de Obstetricia y Ginecologia 1985; 28 (4): 877-893
8. Milagros Berríos Ch. En 10% se incrementaron los casos de cesáreas en los últimos 6 años. Diario La República. Lunes 12 de mayo de 2014.
9. Lucy Raquel Linares Gaitán [tesis de grado]. Trujillo: Hospital Belén de Trujillo. 2008
10. Alfredo Daniel Pucha Landacay [tesis de grado]. Ecuador: Hospital Isidro Ayora: 2013 – 2014
11. Roberto Anaya Prado, Susana Madrigal Flores, Juan Antonio Reveles Vázquez, Éctor Jaime Ramírez Barba, Gabriela Frías

- Terrones, Juliana Marisol Godínez Rubí. Morbilidad materna asociada a operación cesárea. *cir ciruj* 2008; 76: no. 6, 467-472.
12. Silvina Dignani [tesis de grado]. Argentina: Hospital Zonal San Felipe de San Nicolás: 2009
 13. Jhersson José Briceño Mendieta [tesis de grado]. Ecuador: Hospital Isidro Ayora de Loja: 2016
 14. Santiago Espíritu Mayaute [tesis de grado]. Lima: Centro Medico Naval: 2011
 15. Dany Daniela Bustos López [tesis de grado]. Lima: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé: 2014
 16. Harold Mallqui Samohuallpa [tesis de grado]. Lima: Hospital Vitarte: 2013-2014
 17. Lidia Vanessa Curahua Sanchez [tesis de grado]. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal: 2014
 18. José Fernando Echáis. Cesárea. Experiencia en el Hospital General de Oxapampa. *Ginecol. Obstet.* 2004; 50 (2) : 106-110
 19. Lattus J., Zamora E., & Mosella, F. (2013). Histerectomía total obstétrica de emergencia con placenta in situ como tratamiento sugerido para casos graves de placentación anormal increta. *trabajo*, 8(3)
 20. Tisné, I. (2015). Cesárea, técnica quirúrgica basada en la evidencia. *revista de revistas*, 10(2).
 21. Mejía Sevilla, J. F., & Cherrez Anguizaca, J. E. (2014). Prevalencia cesárea y factores asociados en el Hospital Obstétrico "Ángela Loayza de Ollague" de la ciudad de Santa Rosa, provincia de el Oro, abril a septiembre del 2014.

- 22.** Espinoza, R. (2010). Sistema de clasificación de gravedad de las complicaciones quirúrgicas. *Revista chilena de cirugía*, 62(3), 314-314.
- 23.** Olvera Peñaloza, M. I., & Hernández Rivera, J. O. (2013). Cambios hemodinámicos con ropivacaina vs bupivacaina vía subaracnoidea para operación cesárea
- 24.** Soravilla, J. J. I., Adánez, J. M. G., Ruiz, I. D., Calleja, M. F., & Goenaga, J. P. (2009). La aplicación de la medicina basada en la evidencia reduce la tasa de cesáreas. *progresos de obstetricia y ginecología*, 52(8), 427-436.
- 25.** Aristizábal, J. F., Gómez, G. A., Lopera, J. F., Orrego, I. V., Restrepo, C., Monsalve, G. (2005). Paciente obstétrica de alto riesgo: ¿dónde debe realizarse su cuidado periparto? *Rev. colomb. obstet. ginecol*, 56(2), 45-50.
- 26.** Rubios Hoyos, S. M., & Méndez Rodríguez, R. (2015). Caracterización de los resultados adversos maternos y neonatales luego de una operación cesárea en la Clínica Maternidad Rafael Calvo. Universidad de Cartagena.
- 27.** Espinoza, R. (2010). Sistema de clasificación de gravedad de las complicaciones quirúrgicas. *Revista chilena de cirugía*, 62(3), 314-314.
- 28.** Espinoza, R. (2010). Sistema de clasificación de gravedad de las complicaciones quirúrgicas. *Revista chilena de cirugía*, 62(3), 314-314.
- 29.** Roura, I. C., Rodríguez, D. S., & Rodríguez, E. C. (2010). La Tocurgia en la práctica obstétrica actual/operative vaginal deliveries

in current obstetric practice. folia clínica en obstetricia y ginecología, (83), 6

30. Sociedad española de ginecología y obstetricia (2007). Fundamentos de obstetricia. Impreso por: gráficas marte: 978-84-690-5397-3
31. Peter Rosen; John Marx, Robert S. Hockberger y Ron M. Walls (2003). Rosen medicina de urgencias. España: Elsevier. P. 227.
32. Anderson Jm, Etches D. (marzo de 2007). «Prevencion y manejo de la hemorragia post parto». american family physician 75 (6): 875-82
33. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004. Modulo II. pag 40
34. Dra. Vivian Cairo Gonzalez, Dra. Yoany Marín Tápanes, Dra. Clara S. Roche Caso. Morbilidad infecciosa asociada a la operacion cesarea. Acta Médica del Centro [revista en Internet] 2011 [acceso 10 de marzo del 2017] Vol. 5, Núm. 1.
Disponibile en:
<http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/547/713>

ANEXOS

ANEXOS N° 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

COMPLICACIONES EN PUERPERAS POST CESÁREA DE EMERGENCIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2016

I.CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Edad:

- a. ≤ 19
- b. 20 – 34
- c. ≥ 35

Grado de Instrucción:

- a. Ilustrada
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

Estado Civil:

- a. casada
- b. soltera
- c. conviviente

Procedencia:

- a. Calleria
- b. Yarinacocha
- c. Manantay

Establecimiento de Origen:

- a. Puesto de Salud:
- b. Centro de Salud:

Referencia de Emergencia:

- a. Si
- b. No

II. DATOS GINECO - OBSTETRICOS

Paridad:

- a. 0
- b. 1 - 2
- c. 3 - 4
- d. >4

N° de APN:

- a. 0
- b. 1 - 3
- c. 4 - 6
- d. >6

N° de Cesáreas:

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. ≥ 3

Causa de Cesárea actual:

- a. Cesárea previa con intergenésico corto
- b. DCP
- c. Estrechez pélvica
- d. Rpm prolongado
- e. Presentación podálica
- f. Condilomatosis
- g. Otros

III. COMPLICACIONES DE PUERPERIO INMEDIATO

- a. Hemorragia
- b. Hematoma
- c. Lesiones en vejiga/uréter
- d. Lesiones en intestino e íleo paralítico

IV. COMPLICACIONES DE PUERPERIO MEDIATO

- a. Infección puerperal
- b. Infección urinaria
- c. Infección respiratoria
- d. Anemia
- e. Retención de restos o membranas
- f. Dehiscencia de histerorráfía

V. COMPLICACIONES DE PUERPERIO TARDIO

- a. Hemorragia tardía
- b. Infección puerperal

ANEXO N° 02 MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: Complicaciones en puérperas post cesárea de emergencia atendidas en el Hospital Amazónico Enero – Diciembre del 2016

PROBLEMA	OBJETIVO	OPERACIONALIZACION			METODO
		VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	
<p>Problema General ¿Cuáles son las complicaciones en puérperas post cesárea de emergencia atendidas en el Hospital Amazónico en el período Enero – Diciembre del 2016?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas de las puérperas post cesareadas de emergencia en el Hospital Amazónico en el período Enero – Diciembre del 2016?</p> <p>¿Cuáles son los antecedentes Gineco - Obstétricos de las puérperas post cesareadas de emergencia en el Hospital Amazónico en el periodo enero – Diciembre del 2016?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones post cesárea de emergencia más frecuentes en el puerperio inmediato de pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones post cesárea de emergencia más frecuentes en el puerperio mediato de pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones post cesárea de emergencia más frecuentes en el puerperio tardío de pacientes atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016?</p>	<p>Objetivo General Determinar las complicaciones en puérperas post cesárea de emergencia atendidas en el Hospital Amazónico en el período Enero – Diciembre del 2016</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Describir las características sociodemográficas de las puérperas post cesareadas de emergencia en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016</p> <p>Describir los antecedentes Gineco – Obstétricos de las puérperas post cesareadas de emergencia en el Hospital Amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016</p> <p>Identificar las complicaciones post cesárea de emergencia más frecuentes en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el hospital amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016</p> <p>Identificar las complicaciones post cesárea de emergencia más frecuentes en el puerperio mediato en pacientes atendidas en el hospital amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016</p> <p>Identificar las complicaciones post cesárea de emergencia más frecuentes en el puerperio tardío en pacientes atendidas en el hospital amazónico en el periodo Enero – Diciembre del 2016</p>	<p>Complicaciones en puérperas post cesárea de emergencia</p>	<p>Características sociodemográficas</p> <p>Antecedentes Gineco – obstétricos</p> <p>Puerperio inmediato</p> <p>Puerperio mediato</p> <p>Puerperio tardío</p>	<p>Edad Grado de instrucción Estado civil Procedencia Establecimiento de origen Referencia de emergencia</p> <p>Paridad APN</p> <p>Complicaciones del puerperio inmediato</p> <p>Complicaciones del puerperio mediato</p> <p>Complicaciones del puerperio tardío</p>	<p>El método de investigación es cualitativo, univariado porque estudia la realidad en su contexto natural tal como sucedieron los hechos, procediendo luego a su interpretación.</p>

