

**Universidad Nacional de la Amazonía Peruana  
Facultad de Medicina Humana  
“RAFAEL DONAYRE ROJAS”**



**TITULO:  
COMPLICACIONES INTRA Y POST CESÁREAS EN GESTANTES  
DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DURANTE EL  
PERIODO 2016**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER EN MEDICINA HUMANA:**

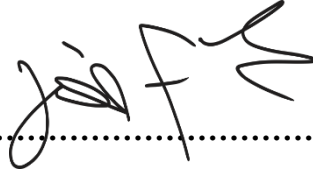
**HUGO CHRISTOPHER SANTILLÁN PINEDO**

**ASESOR:**

**DR. BEDER CAMACHO FLORES**

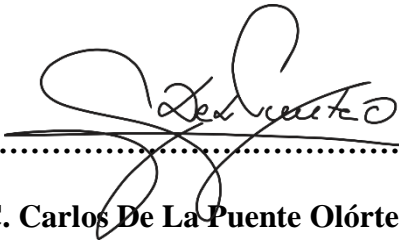
**PUNCHANA-IQUITOS-PERU  
2018**

**JURADO CALIFICADOR Y DICTAMINADOR**



.....  
**Mg. SP. Javier Vásquez Vásquez.**

**PRESIDENTE**



.....  
**MC. Carlos De La Puente Olórtegui.**

**MIEMBRO**



.....  
**Mg. ID. Zaid Ríos Paredes.**

**MIEMBRO**



.....  
**Dr. Beder Camacho Flores.**

**ASESOR**

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS:**

Por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en todo momento, por permitirme concluir esta noble carrera, fortalecer mi corazón e iluminar mi mente día a día. Por darme la fuerza y convicción necesaria para superar cada obstáculo que se me presentó en el transcurso de la carrera y en el pasar de los años.

### **A MI MADRE:**

Por su ejemplo de lucha y perseverancia, por brindarme su apoyo en todo momento, por sus consejos, valores inculcados y motivación constante para ser mejor día a día.

### **A FAMILIARES Y AMIGOS**

Que siempre confiaron en mí y me brindaron sus muestra de cariño y confianza en todo momento, tanto en las buenas y en las malas... gracias totales.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar doy infinitas gracias a DIOS, por haberme elegido para ser un instrumento suyo y poder llegar hacia los que más nos necesitan, por haberme brindado el valor y las fuerzas necesarias para culminar la primera etapa de esta noble profesión, aún con aspiraciones mayores tengo la confianza y certeza que con su ayuda podré lograr todos mis objetivos.

Al DR. BEDER CAMACHO FLORES, asesor de mi tesis, quien en su desempeño como especialista y profesor de la Facultad de Medicina Humana, me brindó su confianza, dirección, apoyo y acertadas orientaciones para la ejecución de la presente tesis.

Al Director del Hospital Regional de Loreto y a todo el personal médico profesional y administrativo, que me brindaron la oportunidad de realizar mi internado en Medicina Humana y la ejecución de la presente tesis en tan prestigiosa institución.

Se agradece al Comité de Ética y Comité de Tesis por su dirección y apoyo constante, en especial por su orientación metodológica y continuo estímulo durante todo el proceso de elaboración de este trabajo, de principio a fin.

De igual manera se agradece al Dr. Javier Vásquez Vásquez, al Dr. Carlos De La Puente Olórtegui y al Dr. Zaid Ríos Paredes, por formar parte del miembro del Jurado Calificador de la presente tesis, por el enfoque teórico en el pensamiento crítico de esta investigación y por sus acertadas correcciones.

A la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, en especial a la Escuela de Formación Profesional de Medicina Humana, por abrirme sus puertas y darme la oportunidad de ver realizado una de mis grandes metas.

Se agradece a todas aquellas personas que en forma directa o indirecta contribuyeron a que este trabajo de investigación pudiera llevarse a cabo.

*Hugo Christopher Santillán Pinedo.*

**ÍNDICE DE CONTENIDO**

Jurado Calificador y Dictaminador.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficas.....	ix
Resumen.....	xi
Capítulo I.....	12
1. Introducción.....	13
2. Planteamiento del problema.....	15
3. Objetivos.....	16
Capítulo II.....	17
4. Marco teórico.....	18
5. Hipótesis.....	48
6. Variables.....	49
7. Operacionalización de variables.....	50
Capítulo III.....	55
8. Metodología.....	56
8.1.Tipo y Diseño de investigación.....	56
8.2.Población y Muestra.....	56
8.3.Técnicas e Instrumentos.....	57
8.4.Procedimientos de Recolección de Datos.....	57
8.5.Análisis e Interpretación.....	57
8.6.Protección de los Derechos Humanos.....	58

Capítulo IV.....	59
9. Resultados.....	60
10. Discusión.....	102
11. Conclusiones.....	105
12. Recomendaciones.....	107
Capítulo V.....	108
13. Referencias bibliográficas.....	109
14. Anexo.....	112

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>I) Grupo de gestantes con complicaciones intraoperatorias.....</b>	<b>60</b>
Tabla N°1: Distribución de las gestantes según edad.....	60
Tabla N°2: Distribución de las gestantes según procedencia.....	61
Tabla N°3: Distribución de las gestantes según nivel de instrucción.....	62
Tabla N°4: Distribución de las gestantes según antecedente de aborto.....	63
Tabla N°5: Distribución de las gestantes según antecedente de cesárea.....	63
Tabla N°6: Distribución de las gestantes según número de paridad.....	65
Tabla N°7: Distribución de las gestantes según edad gestacional.....	66
Tabla N°8: Distribución de las gestantes según número de controles prenatales.....	67
Tabla N°9: Tasa de complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras según edad de las gestantes.....	68
Tabla N°10: Complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras de las gestantes.....	69
Tabla N°11: Complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras según la edad de las gestantes.....	70
Tabla N°12: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Procedencia de las gestantes.....	72
Tabla N°13: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Nivel de instrucción de las gestantes.....	73
Tabla N°14: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Antecedente de aborto de las gestantes.....	75
Tabla N°15: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Antecedente de cesárea de las gestantes.....	76
Tabla N°16: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Paridad de las gestantes.....	77
Tabla N°17: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Edad gestacional de las gestantes.....	79
Tabla N°18: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Control prenatal de las gestantes.....	80

<b>II) Grupo de gestantes con complicaciones post-operatorias.....</b>	<b>81</b>
Tabla N°19: Distribución de las gestantes según edad.....	81
Tabla N°20: Distribución de las gestantes según procedencia.....	82
Tabla N°21: Distribución de las gestantes según nivel de instrucción.....	83
Tabla N°22: Distribución de las gestantes según antecedente de aborto.....	84
Tabla N°23: Distribución de las gestantes según antecedente de cesárea.....	84
Tabla N°24: Distribución de las gestantes según número de paridad.....	86
Tabla N°25: Distribución de las gestantes según edad gestacional.....	87
Tabla N°26: Distribución de las gestantes según número de controles prenatales.....	88
Tabla N°27: Tasa de complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras según edad de las gestantes.....	89
Tabla N°28: Complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras de las gestantes.....	90
Tabla N°29: Complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras según la edad de las gestantes.....	91
Tabla N°30: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Procedencia de las gestantes.....	92
Tabla N°31: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Nivel de instrucción de las gestantes.....	94
Tabla N°32: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Antecedente de aborto de las gestantes.....	95
Tabla N°33: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Antecedente de cesárea de las gestantes.....	97
Tabla N°34: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Paridad de las gestantes.....	98
Tabla N°35: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Edad gestacional de las gestantes.....	100
Tabla N°36: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Control prenatal de las gestantes.....	101



## ÍNDICE DE GRÁFICAS

<b>I) Grupo de gestantes con complicaciones intraoperatorias.....</b>	<b>60</b>
Gráfica N°1: Distribución de las gestantes según edad.....	60
Gráfica N°2: Distribución de las gestantes según procedencia.....	61
Gráfica N°3: Distribución de las gestantes según nivel de instrucción.....	62
Gráfica N°4: Distribución de las gestantes según antecedente de aborto.....	64
Gráfica N°5: Distribución de las gestantes según antecedente de cesárea.....	64
Gráfica N°6: Distribución de las gestantes según número de paridad.....	65
Gráfica N°7: Distribución de las gestantes según edad gestacional.....	66
Gráfica N°8: Distribución de las gestantes según número de controles prenatales.....	67
Gráfica N°9: Tasa de complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras según edad de las gestantes.....	68
Gráfica N°10: Complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras según la edad de las gestantes.....	71
Gráfica N°11: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Procedencia de las gestantes.....	72
Gráfica N°12: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Nivel de instrucción de las gestantes.....	74
Gráfica N°13: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Antecedente de aborto de las gestantes.....	75
Gráfica N°14: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Antecedente de cesárea de las gestantes.....	76
Gráfica N°15: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Paridad de las gestantes.....	78
Gráfica N°16: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Edad gestacional de las gestantes.....	79
Gráfica N°17: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Control prenatal de las gestantes.....	80

<b>II) Grupo de gestantes con complicaciones post-operatorias.....</b>	<b>81</b>
Gráfica N°18: Distribución de las gestantes según edad.....	81
Gráfica N°19: Distribución de las gestantes según procedencia.....	82
Gráfica N°20: Distribución de las gestantes según nivel de instrucción.....	83
Gráfica N°21: Distribución de las gestantes según antecedente de aborto.....	85
Gráfica N°22: Distribución de las gestantes según antecedente de cesárea.....	85
Gráfica N°23: Distribución de las gestantes según número de paridad.....	86
Gráfica N°24: Distribución de las gestantes según edad gestacional.....	87
Gráfica N°25: Distribución de las gestantes según número de controles prenatales.....	88
Gráfica N°26: Tasa de complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras según edad de las gestantes.....	89
Gráfica N°27: Complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras según la edad de las gestantes.....	91
Gráfica N°28: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Procedencia de las gestantes.....	93
Gráfica N°29: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Nivel de instrucción de las gestantes.....	94
Gráfica N°30: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Antecedente de aborto de las gestantes.....	96
Gráfica N°31: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Antecedente de cesárea de las gestantes.....	97
Gráfica N°32: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Paridad de las gestantes.....	99
Gráfica N°33: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Edad gestacional de las gestantes.....	100
Gráfica N°34: Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Control prenatal de las gestantes.....	101

## RESUMEN

### COMPLICACIONES INTRA Y POST CESAREAS EN GESTANTES DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DURANTE EL PERIODO 2016.

**Introducción.** Los estudios reportan que las gestantes en general, pueden presentar complicaciones durante su embarazo. Existe el riesgo de complicaciones antes, durante y después del parto. El presente estudio pretende determinar estas complicaciones con la finalidad de un mejor control prenatal y atención en estas gestantes. **Objetivo.** Determinar las complicaciones intra y post cesáreas en gestantes del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2016. **Metodología.** El estudio: tipo cuantitativo, descriptivo – retrospectivo, de corte transversal, diseño observacional, con una población de 122 gestantes que tuvieron su parto en el Hospital Regional de Loreto, entre Enero a Diciembre del 2016. **Tamaño muestral:** todas las gestantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; se revisó las historias clínicas y el reporte operatorio de cada una de ellas. **Resultados.** Se estudiaron a 122 gestantes, 73 en el grupo de complicaciones intraoperatorias y 49 en el grupo de complicaciones post-operatorias. En el primer grupo el 57.5% tuvieron entre 20 a 35 años de edad, el 57.5% proceden de la zona urbana, el 43.8% tienen un nivel de instrucción de secundaria incompleta. En el segundo grupo el 61.2% tuvieron entre 20 a 35 años de edad, el 44.9% proceden de la zona urbana, el 57.1% tienen un nivel de instrucción de secundaria incompleta.

En el grupo de complicaciones intraoperatorias, las principales complicaciones hemorrágicas fueron: Hemorragia por hipotonía – atonía uterina (46.6%), Hemorragia de origen placentario por amenaza de parto pretérmino y placenta previa (6.8%), Ruptura uterina (6.8%), Hemorragia por desprendimiento prematuro de placenta (5.5%). Las principales complicaciones infecciosas fueron: Infección de origen amniótico (19.2%), Infección de origen fetal (11%), Sepsis por foco urinario (2.7%). La única complicación no hemorrágica ni infecciosa (tipo Anestésica) que se registró fue: Depresión respiratoria (1.4%).

En el grupo de complicaciones post-operatorias, la principal complicación hemorrágica fue: Hemorragias puerperales (24.5%). Las principales complicaciones infecciosas fueron: Endometritis (46.9%), Inf. de herida quirúrgica (10.2%). Las principales complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas en las gestantes fueron: Dehiscencia de sutura (12.2%) y Hematoma de herida quirúrgica (6.1%).

Las complicaciones intraoperatorias en las gestantes en general se relacionó con el antecedente de cesárea ( $p=0.016$ ), con el número de paridad ( $p=0.043$ ) y con el número de controles prenatales ( $p=0.049$ ). No hubo relación con la edad ( $p=0.136$ ), la procedencia ( $p=0.194$ ), el nivel de instrucción ( $p=0.104$ ), el antecedente de aborto ( $p=0.315$ ), ni con la edad gestacional ( $p=0.58$ ).

Las complicaciones post-operatorias en las gestantes en general se relacionó con la procedencia ( $p=0.039$ ) y el número de paridad ( $p=0.038$ ). No hubo relación con la edad ( $p=0.53$ ), el nivel de instrucción ( $p=0.121$ ), el antecedente de aborto ( $p=0.241$ ), el antecedente de cesárea ( $p=0.284$ ), la edad gestacional (0.12), ni con el número de controles prenatales ( $p=0.073$ ).

**Conclusiones:** Tanto en los grupos intraoperatorios como post-operatorios, las gestantes en general, principalmente entre 20 a 35 años de edad, presentaron complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras, constituyendo poblaciones con alto riesgo obstétrico.

**Palabras claves:** Gestantes, complicaciones intraoperatorias, complicaciones post-operatorias.

## **CAPÍTULO I**

## 1. INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero. Puede ser: **a) Programada:** Cuando se realiza antes que la paciente entre en trabajo de parto. Esta a su vez, puede ser electiva, cuando se “elige” por una indicación materna, fetal u ovular para realizarse por primera vez, o iterativa cuando se programa por existir el antecedente de una cesárea anterior. **b) Intra parto:** Cuando la decisión se toma estando la gestante en trabajo de parto. **c) Urgencias:** Cuando la patología de base obliga a la realización inmediata, independientemente si la gestante está o no en trabajo de parto <sup>1</sup>.

En el mundo, las tasas de cesáreas se están incrementando considerablemente, por ejemplo en países como Europa y EE.UU., la tasa pasó de 5% a 30% para el año 1990 y para el año 2013 a un 31% <sup>2</sup>.

En países de América Latina, lugar donde se han realizado más cesáreas, existe un reporte que señala que el 40% de las gestaciones finalizaron en cesárea, frecuencias que aumentaron considerablemente en comparación con otros años, evidenciándose un problema de salud pública <sup>3,4</sup>.

El embarazo en las edades extremas de la vida reproductiva ha sido objeto de curiosidad y preocupación científica <sup>5-7</sup>, no sólo por su alta frecuencia en los últimos años, sino por las afecciones que son propias para cada edad <sup>8,9</sup> y la innegable repercusión que la gestación tiene para la familia y la sociedad.

En la literatura biomédica se afirma que el embarazo en mujeres mayores de 35 años trae aparejado complicaciones para el binomio madre-hijo. Se trata de una paciente de alto riesgo obstétrico y al igual que las menores de 19 años, se clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida <sup>10</sup>.

La maternidad tardía se asocia generalmente a alteraciones preexistentes que inevitablemente se incrementa con la edad, las cuales en su mayoría se identifican como grupo de riesgo.

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social de alcance mundial, el aumento del número de embarazos condujo a nuevas y más rápidas técnicas de extracción de feto como las cesáreas.

Se ha considerado al embarazo en la adolescente como un embarazo de alto riesgo obstétrico ya que experimenta mayor incidencia de complicaciones antes, durante y/o después del parto por cesárea, tanto para la madre así como para el recién nacido.

En la población general, la falta de información, la falta de educación en temas sexuales hace que se produzcan mayores casos de embarazo, sobre todo en adolescentes, conllevando al aumento en el número de casos de maternidad precoz.

Las cesáreas se han hecho mucho más comunes en hospitales en el Perú, pero fundamentalmente en clínicas donde a veces ya no se respetan las indicaciones de cesárea y por ello muchas de ellas dejan complicaciones en sus pacientes.

En mujeres debido a su aumento en el número de embarazos hace que se aumente el número de cesáreas y con ello las complicaciones tales como infecciones de herida operatoria y hemorragias post cesárea.

La cesárea aún representa un mayor riesgo en el total de los partos, no parece ser eso cierto en subgrupos de pacientes con algún factor de riesgo, o en los cuales la evolución del parto ya no es fluida <sup>11</sup>. En cuanto a complicaciones, el riesgo de mortalidad materna y el riesgo para el niño es mayor comparado con el parto vaginal. A nivel mundial, al menos el 15% de las membranas hialinas y posiblemente el doble, son el resultado de un manejo obstétrico inadecuado, por una valoración clínica errónea de la edad gestacional <sup>12</sup>.

**2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

¿Cuáles son las complicaciones intra y post cesáreas en gestantes del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2016?

### **3. OBJETIVOS**

#### **a. Objetivo General**

- Determinar las complicaciones intra y post cesáreas en gestantes del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2016.

#### **b. Objetivos Específicos**

- Estimar la frecuencia de las complicaciones intra y post cesáreas en gestantes del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2016.
- Identificar las características sociodemográficas de las pacientes con complicaciones intra o post cesáreas atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2016.
- Determinar las complicaciones infecciosas intra y post cesáreas en gestantes del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2016.
- Determinar las complicaciones hemorrágicas intra y post cesáreas en gestantes del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2016.
- Determinar otras complicaciones no infecciosas ni hemorrágicas intra y post cesáreas en gestantes del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2016.
- Comparar las complicaciones intra y post cesáreas, según grupo étnico, en gestantes del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2016.



## **CAPÍTULO II**

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

**LOLI FIGUEROA, ALFONSO A.** “Estudio clínico de las cesáreas” <sup>34</sup>. Se realiza el estudio clínico de 177 cesáreas realizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital "Dos de Mayo", Lima-Perú entre los años 1974-1987; con el objeto de determinar la incidencia y compararla con otros centros hospitalarios, las causas de la cesárea, establecer índices de morbimortalidad, y determinar las complicaciones derivadas de la operación. Para ello se estudiaron las historias clínicas de los 177 casos retrospectivamente. Se observó que las 177 cesáreas constituyen el 3.07 % del total de partos, más del 56 % fueron solteras o conviviente y en cuanto al grado de instrucción 45.2 % con secundaria incompleta, también haremos notar el alto porcentaje de las no controladas 61.5 %. En cuanto a Antecedentes Gineco-Obstétricos 16.39 % fueron cesareadas anteriores. Las principales complicaciones fueron la Hemorragia y la toxemia. La principal causa de cesárea fue por distocia del feto: sufrimiento fetal agudo con 31.57 %, en segundo lugar la presentación podálica con 15.78 % y en tercer lugar la estrechez pélvica. Concluimos que el número de cesáreas va en aumento conforme pasan los años, aunque en forma paulatina y que el sufrimiento fetal agudo y la presentación podálica son indicaciones que debemos tomar muy en cuenta.

**DR. SIGFRIDO VALDEZ DACAL, DR. JOHN ESSIEN, DRA. JÉSSICA BARDALES MITAC, DRA. DAYMI SAAVEDRA MOREDO Y DRA. EDITH BARDALES.** “Embarazo, Incidencia, Riesgo y Complicaciones” <sup>35</sup>. Se realizó un estudio para analizar la incidencia, los riesgos, así como las complicaciones del embarazo y el parto en el Hospital Municipal de Santa Cruz del Sur, desde el 1ro de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de ese año. Se tomó como grupo estudio a las 132 gestantes que parieron en esta etapa. En cuanto a la ocupación de las pacientes, observamos que el mayor porcentaje (87,1 %) de las gestantes son amas de casa, estudiantes el 11.3 % y trabajadoras el 1.5 %. Complicaciones maternas, las cuales fueron mucho más frecuentes en las adolescentes, para el 42,4 % del total en el grupo estudio, mientras que sólo afectaron al 13.6 % de las pacientes del grupo control. Las complicaciones más frecuentes: la hemorragia con 22.7 %, la endometritis 2.2 %, infección de herida quirúrgica con 0.7%.

**PEDRO ABAD.** “Cesárea en Adolescentes” <sup>36</sup>. Se realizó un estudio en el Hospital Hipólito Unanue en el año 1999 para determinar la frecuencia de cesáreas en gestantes y la morbilidad materna y perinatal relacionada. Estudio retrospectivo de casos y controles. 212 gestantes fueron sometidas a cesáreas, entre las complicaciones más frecuentes se encontró la fiebre 30 %, la infección de vía urinaria 20 %, infección de herida operatoria 19 %, endometritis 15 %, hematoma de herida operatoria 6 %, otros 20 %, en cuanto al número de parejas sexuales 79.8 % tuvo sólo 1 pareja. Se llegó a la conclusión que casi el 20 % de las gestantes fueron adolescentes y de ellas el 17.9 % terminó su gestación por cesárea.

**SLIVIA DIGNANI.** “Factores asociados a las complicaciones infecciosas del puerperio”<sup>37</sup>. Se realizó un estudio en la universidad abierta interamericana como objetivo fue determinar las infecciones del puerperio y asociarla a patologías previas maternas como aborto y si son primigestas. Es un estudio transversal, donde se incluyó a todas las puérperas en el año 2009. El instrumento de datos fue la observación de las historias clínicas. Se estudiaron 798 pacientes, donde la prevalencia de infecciones fue endometritis 68 %, infección de herida quirúrgica 6.5 % e infección urinaria en 6.5 % mastitis 6 %. Se concluyó que la infección más frecuente fue la endometritis y se observó en primigestas.

**PILOTO MOREJÓN, MANUEL; SUÁREZ BLANCO, CIRO; PALACIOS VALDÉS, GERTRUDIS.** “Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria”<sup>38</sup>. Con el objetivo de brindar un mayor conocimiento de las complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria; se realizó un estudio prospectivo, transversal y analítico en el hospital docente gineco-obstétrico “Justo Legón Padilla” de Pinar del Río, en el período de julio-2006 a junio-2007. Se seleccionaron en ese período 480 puérperas (los 30 primeros partos y las 10 primeras cesáreas de cada mes).

El grupo estudio se conformó por las puérperas que presentaron complicaciones de cualquier índole y el grupo control por las que egresaron sanas. Se analizaron las variables: número y tipo de complicación puerperal, edad materna, edad gestacional, paridad anterior, enfermedades prenatales asociadas y dependientes del embarazo, uso de instrumentación y uso de episiotomía en el parto, rotura de membranas ovulares de más de 24 horas, líquido amniótico meconial, la causa-técnica y la urgencia de la cesárea, el momento de aparición de las complicaciones y la estadía post nacimiento. Se concluye que las complicaciones puerperales más frecuentes fueron las hemorrágicas (51.93 %) y las sépticas (30.94 %); los factores de riesgo más importantes de las hemorrágicas fueron: el líquido amniótico meconial, la episiotomía, la nuliparidad, la instrumentación y la cesárea de urgencia y los más importantes de las sépticas fueron: la cesárea de urgencia, la episiotomía, la instrumentación, el líquido amniótico meconial y las membranas rotas con más de 24 horas. Las complicaciones hemorrágicas se observaron frecuentemente en las primeras 24 horas y las sépticas entre los 2 y 4 días posteriores al nacimiento del niño.

**DR. JORGE PELÁEZ MENDOZA, DR. JOSÉ SARMINETO BARCELO, DR. RICARDO DE LA OSA CORNESA Y DR. ANDRÉS ZAMBRANO CÁRDENAS.** “Cesárea en la adolescente: morbilidad materna y perinatal”<sup>39</sup>. Se realiza un estudio prospectivo, de caso-control que tiene como finalidad conocer la morbilidad materna y perinatal ocasionada por la operación cesárea en gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital Materno Infantil “10 de Octubre” de Ciudad de La Habana durante el año 1992. Se tomó como grupo estudio (n=105) adolescentes sometidas a la operación cesárea, y se comparó con un grupo control conformado por el resto de las gestantes cesareadas (n=953).

Esta información fue recogida de los expedientes clínicos y de las actas del Comité de Cesárea; se utilizó el estadígrafo (Z) para comparación de medias muestrales. En las adolescentes cesareadas se constató tendencia a la disminución de los nacimientos y menor índice de cesárea, así como incremento de la nuliparidad con diferencias significativas ( $p < 0,01$ ). Los eventos referidos a la morbilidad materna y perinatal mantuvieron elevada incidencia en este grupo, donde también fue observado mayor índice de bajo peso y asfixia neonatal; se emiten conclusiones al respecto y se sugiere hacer extensivo este estudio al resto de las maternidades de Ciudad de La Habana.

**DR. JORGE LUIS YU TANG MORALES.** “Complicaciones perinatales y la vía de terminación de parto en adolescentes tempranas y tardías”<sup>40</sup>. Se realizó un estudio con el fin de conocer las complicaciones perinatales y la vía de terminación de parto en adolescentes tempranas y tardías. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio analítico, observacional, comparativo entre adolescentes tempranas y tardías en relación con el tipo de parto y las complicaciones perinatales en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión entre enero de 1995 y diciembre 1997. **RESULTADOS:** El 18.6% de partos en el periodo de estudio correspondieron a adolescentes; el 21% fueron distócicos, con más frecuencia entre adolescentes tempranas ( $p < 0,05$ ). Los recién nacidos de bajo peso y con complicaciones perinatales fueron también más frecuentes entre adolescentes tempranas ( $p < 0,05$ ). **CONCLUSIÓN:** Las adolescentes tempranas tienen mayor probabilidad de presentar parto distócico, cesárea, parto pretérmino, y sus productos bajo peso al nacer, depresión neonatal y complicaciones perinatales.

**DÍAZ BOLANO, JAIME; LUCENKO L.; CÁCERES J.; VALLENILLA E.; ABBRUZZESE CONSTANTINA; TORRES P.** “Histerectomía por complicaciones de la cesárea”<sup>41</sup>. Se realizó un estudio sobre las complicaciones de cesárea, que terminaron en histerectomía en adolescentes. En el Servicio de Cirugía de la Maternidad “Concepción Palacios” de Caracas entre los años 1973 y 1981, se practicaron 139 histerectomías por complicaciones de la cesárea, el 39.6% del total de histerectomías de emergencia. Los años de mayor incidencia son en 1979 con 31 casos (22.8%) y en 1981 con 27 casos (19.4%). La edad promedio es de 26,9. Un 37.4% son primíparas y el porcentaje de nulíparas es de 52.5%.

Un grupo de 67.6% con un antecedente de cesárea anterior y a un 17.2% se le practicó en el momento de la cesárea esterilización quirúrgica. Como indicación y hallazgo operatorio se destaca la desunión y dehiscencia del segmento uterino en un 77.6%. Se realizó preferentemente histerectomía total, con y sin anexos, como intervención concomitante ligadura bilateral de arterias hipogástricas en un 53.9%. La morbilidad post operatoria es de 64.7% siendo la causa más usual los procesos infecciosos. La mortalidad es de 17.3% siendo de 1 a 5 días el tiempo más frecuente entre la intervención y la muerte. La estancia hospitalaria tiene una cifra media de 24.1 días.

**SELKIS CARABALLO LÓPEZ, YUMARA GARCÍA ROMERO1 Y ALFREDO NÚÑEZ ÁLVAREZ.** “Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos”<sup>42</sup>. Se realizó un estudio retrospectivo con todas las pacientes sometidas a operación cesárea durante los años 1997 y 1998 en el Hospital Gineco-obstétrico “Ramón González Coro”. Se procesó información sobre algunas variables recogidas en la base de datos del Sistema Automatizado para el registro de la operación cesárea como son diagnóstico de cesárea, frecuencia de complicaciones infecciosas, presencia de complicaciones según clasificación, uso correcto o incorrecto de antibióticos según clasificación de la intervención y ocurrencia de complicaciones infecciosas por el uso correcto o incorrecto de antibióticos. La principal indicación fue la cesárea anterior (34.1 %) seguida de la desproporción cefalo-pélvica (13.5 %).

Presentó alguna complicación infecciosa, 17.1 % y la endometritis resultó la más frecuente (7.9 %). Las que más complicaciones infecciosas presentaron fueron las limpias (16.7 %) y las sucias (22.3 %), ambos grupos fueron de pacientes donde mejor se emplearon los antibióticos (96.5 % y 96.6 % respectivamente). Las pacientes con uso incorrecto de antibióticos tuvieron más complicaciones infecciosas (37.8 %), se encontró asociación estadística entre ambas variables.

**ÁLVARO MONTERROSA-CASTRO.** “Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento”<sup>43</sup>. El embarazo en adolescentes es un problema en crecimiento con profundas implicaciones personales y sociales. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2005 mostró que la tasa general de fecundidad para las adolescentes se ha incrementado, estimándose, para el año 2005, 90 nacimientos por cada 1000 adolescentes. Objetivo: describir la frecuencia de parto en adolescentes en 13 años en el Hospital de Maternidad “Rafael Calvo”, en Cartagena (Colombia). Materiales y métodos: estudio de corte transversal por períodos anuales. Se incluyeron los registros de las mujeres que presentaron parto vaginal o parto por cesárea entre 1993 - 2005 y aquellos embarazos con edad gestacional mayor a 28 semanas a su terminación. Se evaluaron la edad y vía del parto. Resultados: se ha incrementado la maternidad en adolescentes desde el 22.7% en el año 1993 hasta el 29.8% en el año 2005. La incidencia de maternidad en adolescentes menores de 15 años se ha duplicado, pasando del 0.5% en 1993 hasta el 1.3% en el año 2005. La incidencia de cesárea se ha incrementado tanto en adultas como en adolescentes, pero la magnitud de incremento ha sido significativamente mayor en menores de 20 años de edad, al pasar del 11.5% en 1993 al 57.9% en el año 2005. Conclusiones: existe un aumento en la frecuencia del embarazo y maternidad en las adolescentes, especialmente en las edades inferiores a los 15 años. Palabras clave: adolescencia, adolescentes, maternidad en adolescentes, embarazo en adolescentes, partos en adolescentes, cesáreas en adolescentes.

**BENDEZU.** (2001)<sup>44</sup> en su estudio de casos y controles para conocer el comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 35 años y los resultados del producto en el Servicio de Obstetricia del Hospital "Félix Torrealva Gutiérrez" EsSalud de Ica; evaluó a 267 gestantes de 35 o más años y fueron comparadas con un número similar de

gestantes entre 20 y 34 años. En 1999 se atendió 1343 partos, de los cuales 267 correspondieron a gestantes de 35 años a más (19,9%). La media de edad del grupo de estudio fue 37,8, la del grupo control 27,7. La duración media de la gestación fue 38,3 semanas, en el grupo control 39,5 semanas. El 29,6% de los partos fue por cesárea, 19,1% en el grupo control. La cesárea anterior fue la primera indicación en ambos grupos, 6,7% y 5,9%. La presentación podálica ocurrió en 2,9%. De las patologías asociadas, la toxemia (6,7%) y la rotura prematura de membranas (RPM) (16,5%) fueron mayores en las gestantes añosas. Los productos macrosómicos y grandes para edad gestacional representaron 8,9% y 11,9%, respectivamente, en el grupo en estudio, así como, los traumatismos obstétricos (4,5%) y las hemorragias posparto (10,1%). Concluye que la gestación en mujeres de 35 años o mayores existe una elevada incidencia de gemelaridad, fetos macrosómicos y grandes para la edad gestacional, recién nacidos de peso bajo, cesárea, toxemia, RPM, hemorragia posparto.

**GUADAMUZ.** (2003) <sup>45</sup> en su estudio evaluó el comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 35 años y los resultados de los productos, así como las complicaciones presentadas en 398 pacientes atendidas entre Junio del 2001 a Julio del 2002 en el Hospital de Referencia Nacional Bertha Calderón, Managua, Nicaragua. El 74.8% se encontraban entre las edades de 35-40 años, el 86.6% de las embarazadas tenían más de tres embarazos previos, el 86.9% eran amas de casa, el 50.2% tenían educación primaria y el 67.8% tenían estado civil acompañadas; solo un 38.4% se realizó controles prenatales, el 73.6% de las madres presentaron algún tipo de complicación y el 65.8% de los productos; el 79.3% acudió al hospital hasta el III trimestre del embarazo, el 27.5% padecían de hipertensión crónica, el 18.7% de insuficiencia venosa, 10.1% de obesidad. Las patologías obstétricas más frecuentemente encontradas fueron: El síndrome hipertensivo gestacional con 30.2%, la ruptura prematura de membranas 15.5%.

El 54.3% terminaron en cesárea, el 17.9% de los bebés presentaron asfixia, el 11.8% fueron óbitos, el 6.7% abortos, 17.9% bajo peso y el 13.1% macrosómicos. De las malformaciones congénitas sobresalen: Síndrome de Down, sindáctila y hernia hiatal con 11.8% respectivamente.

**BUSTILLOS y col.** (2004) <sup>46</sup> evaluaron 376 embarazadas de 35 a más años de edad ingresadas al Servicio de Maternidad del Hospital Maximiliano Peralta – Costa Rica, entre el 1 de julio del 2001 y el 30 de junio del 2002. El 56,1% de las pacientes tenían edades comprendidas entre los 36 y 40 años. El 88,2% tenían al menos 2 labores de parto previas. Aproximadamente el 84% de las embarazadas tuvieron embarazos a término y un 46,8% presentaron complicaciones, de las cuales las más frecuentes fueron RPM (7,9%), HIE (7,7%), HTA-HIE (5%) y SFA (3,2%). Las cesáreas representaron el 28% de los partos siendo la indicación más frecuente cesárea anterior (7,2%). Las complicaciones más importantes del parto fueron la hemorragia (12,2%) y los desgarros (11,4%). Se presentaron 8 óbitos durante el estudio. De lo anterior deducen que el embarazo en mujeres añosas se asocia a mayores riesgos maternos que fetales.

**ALONSO y col.** (2005) <sup>47</sup> evaluaron a 640 registros de nacimientos entre los que se obtuvieron 632 nacidos vivos, de las 143 madres <19 años el 22% tuvieron niños prematuros, de las 402 madres entre 20 y 34 años 7% y de las 87 madres >35 el 36.78 % tuvo recién nacidos pre término. Esto nos determina un riesgo relativo (RR) de 5,14 para madres mayores de 35 años y 3,14 para madres menores de 19 años. Concluyen que el mayor riesgo de dar a luz un prematuro se dio en mujeres >35 años, siguiendo en frecuencia las <19 años.

**VALLS y col.** (2007) <sup>48</sup> evaluaron el comportamiento de algunas variables biomédicas y sociodemográficas y las complicaciones más frecuentes en mujeres que parieron con 40 y más años, realizaron un estudio observacional analítico tipo caso control de algunos aspectos del embarazo en mujeres mayores de 40 años, se escogieron las 93 mujeres que parieron un nacido vivo en el período del año 2007, como caso control se tomó cada mujer que parió a continuación de cada una de ellas. Encontraron que la incidencia de partos en estas edades fue incrementándose en los últimos 5 años, representan en la actualidad el 3 %, nulíparas el 19 %, más del 60 % tenían el antecedente de haber cambiado de pareja, predominaron las sobrepesos al inicio del embarazo, con un 43 %, un 39,7 % de los casos eran fumadoras y más de la mitad, el 59,1 % tuvieron un parto distócico. La enfermedad hipertensiva representó el mayor por ciento de las patologías asociadas. Hubo un 9,6 % de complicaciones y la más frecuente fue la histerectomía obstétrica.

**MONDRAGON y col.** (2005) <sup>49</sup> identificar las principales complicaciones maternas y perinatales en las primigestas al compararlas con un grupo control en el Hospital Sergio Bernales. Evaluaron a 162 participantes cada una, escogidas aleatoriamente y distribuidas por edad en grupo caso y control. Dentro del grupo caso el 6.79% corresponde a las adolescentes tempranas. La media de la edad de 17.7 años en el grupo caso y 24.4 en el control. Se observó que las parejas con unión estable (casada) y con mayor grado de instrucción fue en mayor porcentaje en el grupo control que en las adolescentes. La ocupación principal fue la de ama de casa en relación al grupo control (P=NS). La frecuencia de control prenatal fue ligeramente menor en adolescentes, sin diferencia significativa (82.72% vs. 88.89%). La Infección de tracto urinario fue la única complicación que se presentó con mayor frecuencia en la adolescente (P<0.05), por el contrario el desprendimiento prematuro de placenta y la distocia de presentación fueron más frecuentes en el grupo control (P=S). Los resultados neonatales fueron similares en ambos grupos, encontrándose un caso de VIH+ (0.62%) correspondiente al grupo adolescente. Solo se presentó un caso de muerte neonatal siendo ésta en el grupo control. Concluyen que la incidencia de complicaciones del embarazo es mayor en las adolescentes, sin embargo los resultados de parto, puerperio, así como perinatales son similares en primigestas de ambos grupos etáreos.

**LOPEZ** (2008) <sup>50</sup> determino la frecuencia de complicaciones obstétricas atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008. La muestra fue tomada de estas historias clínicas, y se excluyeron a aquellas que no

presentaron complicaciones. El 69.09% de embarazadas tuvo entre 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía). El 65.5% perteneció a la zona rural. El 43.64% ha estudiado la secundaria incompleta. El 40% son casadas. Dentro de las complicaciones obstétricas, la cesárea se presentó en 92 casos (41.82%), la corioamnionitis en el 30.91%; mientras que el parto pretérmino se presentó en el 2.73%; la ruptura prematura de membranas constituyó el 8.64% y la preeclampsia representa el 4.55%. El embarazo en adolescentes es muy frecuente en nuestro medio, sobre todo en la población de las zonas rurales, casadas y con una instrucción de secundaria incompleta.

**MANRIQUE y col.** (2008) <sup>51</sup> determinaron la prevalencia de parto pretérmino en las adolescentes, durante el año 2005, patologías asociadas y complicaciones neonatales, en el Hospital —Dr. Adolfo Prince Larall. Puerto Cabello, Estado Carabobo. La prevalencia de parto pretérmino fue 10,51 % y complicaciones neonatales (38,2 %); siendo las más frecuentes sepsis (33.3%), ictericia (29.2%), muerte (20.8%), síndrome de distress respiratorio (12.5%) y anemia (14.2%).

**TRIGOSO** (2012) <sup>52</sup> en su estudio identificó el riesgo obstétrico y perinatal de las gestantes añosas en comparación a las gestantes en edad fértil, en el Hospital III Iquitos de EsSalud; encontrando que las gestantes añosas presentaron con mayor frecuencia parto pre término; mayor multiparidad; mejor control prenatal; mayor frecuencia de parto por cesárea ( $p = 0.033$ ), las añosas presentaron cesáreas electivas ( $p = 0.072$ ). Las añosas presentaron con mayor frecuencia morbilidad materna (34.6%) y morbilidad perinatal (39.3%) que la de edad fértil (27.1%) ( $p = 0.059$ ). Se detectaron mayor número de casos de ITU, anemia, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, HIE, ruptura prematura de membrana, pre eclampsia y hemorragia del tercer trimestre en las añosas. Las gestantes añosas presentaron prematuridad seguido de sufrimiento fetal agudo, RCIU, bajo peso al nacer y asfixia neonatal. Las gestantes mayores de 35 años en el Hospital III de EsSalud presentan un mayor riesgo obstétrico y perinatal que las gestantes en edad fértil.

**HERNANDEZ y col.** (2001) <sup>53</sup> en su estudio evaluaron a 171 gestante mayores de 35 años atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico de Matanzas – Cuba; de las principales complicaciones, se encontraron que de las 171 pacientes, 99 no tenían ninguna afección y las 72 restantes, sí. Las alteraciones más significativas fueron: la rotura prematura de membrana, la hemorragia y la hipertensión. Sólo 7 (4 %) tuvieron recién nacidos con bajo peso. De una forma global, el embarazo en edad madura no influyó negativamente en los principales indicadores del Centro.



## 4.2. BASES TEÓRICAS - ESTADÍSTICAS

En la decisión de un médico, participa como fin el bien de su paciente, en el parto la salud de la madre y de su hijo. El médico entonces tiene que elegir cuál vía de parto, conducirá en mejor forma a obtener una madre y un recién nacido sanos. El médico, al decidir sobre una vía de parto, también la elige buscando algún bien para él, aparente o real, más noble o menos noble. Participa además en toda decisión médica el deseo del paciente, explicitado por éste o implícito en actitudes, a favor o en contra de la decisión que se está considerando. Esto representa la autonomía, de la madre y que es otra la expresión del bien que ella ve para sí y/o para su hijo en una determinada vía de parto<sup>13</sup>.

En el año 2011, una de cada tres mujeres que dieron a luz en los Estados Unidos lo hizo por cesárea. El parto por cesárea puede ser para el feto, la madre, o ambos, en ciertos casos, para salvar vidas. Sin embargo, el rápido aumento de las tasas de natalidad por cesárea 1996-2011 sin una clara evidencia de la consiguiente disminución de la morbilidad o la mortalidad materna o neonatal plantea significativa preocupación de que la cesárea está siendo usada en exceso<sup>14</sup>.

Villanueva Luis, 2004<sup>15</sup>, sostiene que el incremento mundial de la cesárea, se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad materna, generalmente con beneficios para el feto. Señala además que el fenómeno de cesáreas sin indicación obstétrica, médica o fetal, resalta la importancia de establecer protocolos basados en evidencias que permitan homogenizar el juicio clínico en cada tipo de nacimiento en base a sus riesgos y beneficios particulares.

Nápoles Méndez D, Piloto Padrón M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea – Cuba 2014, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal, durante el periodo de 1970-2011; se evidenció un incremento sostenido de la cesárea en el país, en correspondencia con todas las provincias, de alrededor de 1 % anual en los últimos años. La evolución de la cesárea en Cuba mostró un aumento sostenido y constituye un motivo de preocupación que exige el análisis y la toma de decisiones que permitan su buen control, basado en el estudio científico en cada institución, de manera que se aseguren, además, indicadores adecuados tanto de morbilidad y mortalidad materna como perinatal<sup>16</sup>.

### **Cesárea Definición.**

Se define como la terminación quirúrgica del embarazo o del parto y la extracción fetal a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la cara anterior de la pared uterina (histerotomía) ante una situación de peligro de la madre o el feto o ante la imposibilidad del feto de nacer normalmente, excluyendo la remoción del feto de la cavidad abdominal en el caso de rotura uterina o en el caso de embarazo abdominal<sup>17</sup>. Su frecuencia varía según el centro pero está entorno al 16-17%.

La definición original fue dada por el obstetra francés Jean Louis Baudelocque: "Es una operación por la que se abre una vía para extraer al feto diferente de la natural". Se cree que pueda derivarse del verbo latino "Caedere" que significa "Cortar", por lo que simplemente indicaría "Parto por corte" <sup>18</sup>.

Según el momento de su indicación diferenciamos:

- Cesárea programada: Se realiza antes del inicio del parto por razón materna y/o fetal.
- Cesárea intraparto: Se realiza ya iniciado el parto por razón materna y/o fetal.
- Cesárea urgente: Se realiza ante circunstancias vitales o accidentales, maternas o fetales, puede ser intra o anteparto. Presentan con mayor frecuencia complicaciones <sup>19</sup>.

### **Técnica.**

Se conocen unos criterios clásicos en cuanto a la técnica quirúrgica que han sido en parte modificados con vistas a disminuir la morbilidad materna por la intervención:

#### **Apertura de la cavidad abdominal.**

Se suele llevar a cabo mediante la incisión de Pfannenstiel o la incisión de Joel-Cohen modificada (forma parte de la técnica de Mesgav - Ladach, una de las más extendidas en la actualidad).

La incisión de Pfannenstiel se realiza 2 a través de dedo por encima del pubis, la de Joel-Cohen modificada 5-6cm sobre la sínfisis púbica. En ambas el tipo de incisión es segmentaria transversa y su principal ventaja es un mejor resultado estético que la laparotomía media.

Tanto la apertura del tejido celular subcutáneo y del músculo como del peritoneo parietal se llevará a cabo con una incisión con bisturí y posterior ampliación digitalmente, para así evitar la lesión de vasos y nervios <sup>20</sup>.

#### **Histerotomía.**

Antes de realizar la histerotomía, y para evitar lesionarla, con una torunda alejamos la vejiga del segmento uterino inferior. La histerotomía suele ser segmentaria transversa a nivel del segmento uterino inferior, de forma que se lesionen menos fibras musculares al estar el segmento más adelgazado.

Asimismo, la pérdida sanguínea será menor al incidir en las fibras musculares de forma paralela, y la cicatriz será más resistente que si la histerotomía fuese corporal. Para evitar lesión de vasos, ampliamos la incisión digitalmente.

**Extracción fetal y alumbramiento.**

Una vez extraído el feto, se ha demostrado que el manejo activo en el alumbramiento disminuye la incidencia de hemorragia postparto. La placenta se extrae preferentemente de forma espontánea, ya que la extracción manual de la misma parece aumentar el riesgo de infección y la pérdida de sangre.

Si la cesárea se realiza sin trabajo de parto previo, se puede facilitar el drenaje de sangre y loquios con la dilatación cervical digital o con tallos de Hegar, pero no existe evidencia científica del beneficio aportado.

**Histerorrafia.**

En la histerorrafia no parece haber diferencia en cuanto a la seguridad que ofrece el cierre mediante uno o dos planos; se suele hacer en un plano ya que se acorta el tiempo quirúrgico y proporciona una cicatriz uterina con menor deformidad.

La extracción del útero para facilitar el cierre no aumenta la tasa de infecciones pero plantea la posibilidad de producir embolias gaseosas; no obstante no se ha podido demostrar que la exteriorización del útero ofrezca una mayor morbilidad materna, con lo que se considera una opción válida.

**Cierre de pared.**

La ausencia del cierre del peritoneo no se asocia a una mayor morbilidad postoperatoria ni parece aumentar la tasa de dehiscencias posteriores, además acorta el tiempo de cirugía y el tiempo de íleo paralítico y disminuye la irritación peritoneal y la fiebre pos cesárea <sup>21</sup>.

Las **indicaciones** para que sea necesaria la culminación del embarazo mediante una cesárea son múltiples. Estas condiciones pueden planearse con antelación o también pueden surgir problemas antes o durante el trabajo de parto que requiera un parto por cesárea. Los principales motivos son <sup>22</sup>: Parto complicado prolongado o distocia (pelvis anormal, agotamiento materno, malformaciones uterinas, posición fetal anormal, asinclitismo, hidrocefalia, pelvis demasiado estrecha); evolución deficiente del trabajo de parto; sufrimiento fetal aparente; sufrimiento maternal aparente; complicaciones como preeclampsia o eclampsia; embarazos múltiples; inducción del trabajo de parto fallida; parto instrumental fallido; macrosomía; placenta previa; pelvis contraída; evidencia de infección intrauterina; algunas veces, cesárea previa; problemas de curación del periné, derivados del parto o de la Enfermedad de Crohn; infecciones maternas (VIH o Herpes); y mala presentación fetal.

**Complicaciones de las cesáreas.**

Durante muchos siglos, la cesárea ha conllevado una alta mortalidad materna. Actualmente, y gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y principios de XX con la utilización de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el

descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente <sup>23</sup>.

### **Clasificación:**

#### **Complicaciones anestésicas:**

- Hipotensión.
- Cefalea post punción dural.
- Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, parada cardiorrespiratoria, Síndrome de Mendelson).

#### **Complicaciones quirúrgicas:**

- Desgarro de la histerotomía.
- Lesiones vasculares.
- Lesiones en el tracto urinario.
- Lesión del intestino.
- Lesiones nerviosas.

#### **Complicaciones infecciosas:**

- Endometritis.
- Infección del tracto urinario.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Tromboflebitis séptica pélvica.
- Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fasciitis necrotizante).

#### **Complicaciones hemorrágicas postparto**

- **Complicaciones tromboembólicas:**

- TVP (Trombosis Venosa Profunda).
- TEP (Trombo embolismo pulmonar).

- **Complicaciones anestésicas:**

Depende 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. 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 post punción dural, bloqueo incompleto, inyección intravascular, hematoma y absceso epidural, meningitis química, anestesia espinal total, complicaciones neurológicas, piroxia materna <sup>23</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 post punción 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>14</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 (decúbito lateral izquierdo), con hidratación IV y con la administración rápida de efedrina o fenilefrina IV.

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). Estas complicaciones se podrían evitar en parte con una preparación preanestésica adecuada y una elección correcta del tipo de anestesia <sup>24</sup>.

- **Complicaciones quirúrgicas:**

El riesgo de que se produzcan este tipo de complicaciones oscila entre 1 y 2 %. Son más frecuentes en las cesáreas de emergencia, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas. Dentro de ellas se pueden presentar desgarro de la histerotomía, lesiones vasculares, lesiones en el tracto urinario, lesión del intestino, lesiones nerviosas. 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>23</sup>.

Factores de riesgo:

- Prematuridad.
- Existencia de trabajo de parto previo.
- Presentación en plano bajo.
- Inexperiencia del cirujano.

#### **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 incontrollables 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>13</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>20</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>25</sup>.

#### **d. Lesiones nerviosas.**

Las lesiones de nervios o compresión de los mismos por el instrumental son poco frecuentes durante la cesárea.

#### **• 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. Entre ellas la más frecuente es la endometritis, seguida de las infecciones urinarias y la infección de la herida quirúrgica. Otras más graves pero afortunadamente menos frecuentes son

bacteriemias, sepsis, peritonitis, abscesos pélvicos, fasciitis necrotizante, tromboflebitis séptica, peritonitis por vérnix caseoso <sup>23</sup>.

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.

La fuente principal de microorganismos que ocasionan las infecciones post cesárea 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>26</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.

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.

#### **Etiología:**

La infección del endometrio tiene un origen polimicrobiano procedente de vagina o cérvix. 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*.

### **Diagnóstico - Clínica:**

Fiebre ( $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$  en una ocasión o  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  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 mal olientes.

Pruebas complementarias:

- Hemograma y fórmula leucocitaria.
- Cultivos vaginales y cervicales, hemocultivo y urocultivo (con antibiograma).
- Ecografía transvaginal (veremos un endometrio engrosado), TAC, RNM.

### **Tratamiento:**

Tras 48-72 horas de tratamiento antibiótico el 90 % de las pacientes se recuperan del cuadro. Existen diferentes pautas cuya elección va a depender del microorganismo sospechado y de los protocolos de cada centro. Ante una paciente con gravedad moderada se pueden emplear las cefalosporinas de segunda o tercera generación:

- Cefoxitina 1-2g IV / 6 h
- Cefotetan 1-2g IV / 6 h

Ante una paciente con gravedad intensa, especialmente tras cesárea:

- Ampicilina 1g IV / 6 h + Gentamicina 240 mg IV / 24 h.
- Clindamicina 900 mg IV / 8 h + Gentamicina 240 mg IV / 24 h.

Algunos centros consideran esta pauta como la de elección pues responden el 90-97%. Esta pauta también se emplea si la paciente tiene alergia a la Penicilina. Si no hay mejoría en 48-72 horas, añaden Ampicilina (o Vancomicina en caso de alergia a los betalactámicos) ante la sospecha de resistencia a enterococos.

- Metronidazol 500 mg/8h IV + Gentamicina 5 mg/Kg/24
- Ampicilina + Sulbactam 1,5-3 g IV / 6 h.
- Amoxicilina + Ác. Clavulánico: 1 g / 6-8 horas IV.
- Piperacilina + Tazobactam 3 g IV / 6 h.

El tratamiento por vía parenteral debe continuarse hasta que la paciente esté apirética 24 horas. En caso de bacteriemia (hemocultivo positivo) continuar con tratamiento oral



hasta completar 7 días de tratamiento. Además del tratamiento antibiótico añadiremos un antitérmico (Paracetamol 1g / 8h), pero no antes del antibiótico para no solapar el único signo de infección endometrial, la fiebre.

Si persiste fiebre más de 48 horas sospecharemos otros cuadros (tromboflebitis pélvica séptica, absceso pélvico o intraabdominal, fiebre de otra etiología) y plantearemos otras alternativas terapéuticas.

Complicaciones de la endometritis:

- Íleo paralítico, obstrucción intestinal.
- Flegmón parametrial, absceso pélvico, peritonitis.
- Necrosis del segmento uterino inferior.
- Síndrome del shock séptico letal (producido por *Clostridium sordelli*).
- Shock tóxico estafilocócico o estreptocócico.
- Fiebre medicamentosa.
- Microorganismo resistente (se hará hemocultivo, cultivo endometrial y modificaremos la pauta antibiótica en función del antibiograma).
- Tromboflebitis pélvica séptica.<sup>20</sup>

#### **b. Tromboflebitis pélvica séptica**

Es una complicación puerperal rara pero grave, apareciendo más frecuentemente tras una endometritis post cesárea (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).

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.

**Tratamiento:**

- Heparina terapéutica durante 7-10 días. Si además existe evidencia de trombo o estado de trombofilia se continúa con anticoagulación con dicumarínicos 6-12 semanas.
- Antibióticos de amplio espectro, los mismos que los empleados para la endometritis.
- Si aparece fracaso del tratamiento médico o se da un tromboembolismo pulmonar a pesar del tratamiento anticoagulante, se puede hacer ligadura de las venas infectadas<sup>27</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.

**Diagnóstico - Clínica:**

- Síndrome miccional.
- Dolor en hipogastrio.
- Fiebre.

Pruebas complementarias:

- Sedimento urinario: Piuria, leucocituria, hematuria.
- Urocultivo:  $> 10^5$  UFC o  $> 10^2$  UFC en sintomáticas o  $> 1$  UFC si el germen aislado es SGB.

**Tratamiento:**

En la mujer que está dando lactancia materna, el tratamiento será el mismo que en la mujer embarazada, recomendándose una pauta corta de antibióticos pero no en monodosis. Algunas pautas son:

- Amoxicilina 250-500mg/8h, 3 días.
- Amoxicilina - Acido clavulánico 875/125/8h, 7 días.
- Nitrofurantoína 100mg/6h, 3 días.
- Sulfisoxazol 1g y luego 500mg/6h, 7 días.
- Cefalexina 250-500mg/6h, 7 días.
- Trimetropim/Sulfametoxazol 320/1600/12h, 3 días.

#### **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 <sup>21</sup>.

Factores de riesgo:

- Cesárea urgente.
- Corioamnionitis.
- Obesidad, Diabetes Mellitus, malnutrición, inmunosupresión.
- Tiempo quirúrgico aumentado.
- Perdida hemática intensa.
- Exámenes vaginales repetidos. 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 *Streptococo* 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).

#### **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 mal oliente, bullas y crepitación, puede indicar el diagnóstico de infección por *Clostridium* (celulitis necrotizante o fasciitis).
- 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.

#### **Tratamiento:**

- Drenaje, irrigación y desbridamiento con extirpación de todo el tejido necrótico y posterior cierre por segunda intención.
- Antibióticos de amplio espectro que cubran *Streptococos* y *Estafilococos* (*Cloxacilina*, *Vancomicina*, *Ampicilina*).

### **Profilaxis Antibiótica en la cesárea.**

Se ha demostrado que la administración sistemática de la profilaxis antibiótica disminuye la morbilidad febril, endometritis, infecciones de pared y complicaciones infecciosas graves; no existiendo diferencia entre la irrigación peritoneal y la administración sistémica del antibiótico. Sin embargo no está claro cuál es el tratamiento de elección. ACOG (2003) recomienda administrar una sola dosis de antibiótico profiláctico perioperatorio en cualquier mujer con riesgo elevado de infección pélvica después de una cesárea <sup>28</sup>.

Actualmente la pauta a seguir es: Cefazolina 2g IV, durante 5 minutos antes de la intervención. Alérgicos a betalactámicos: Gentamicina 160mg, Clindamicina 900mg IV, durante 30 minutos tras pinzar el cordón umbilical.

### **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 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>.

La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna <sup>23</sup>.

Por su tiempo de aparición distinguimos entre:

- HPP 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.
- HPP 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”:

- i. TONO. La atonía uterina aparece ante:
  - Útero sobre distendido (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).
- ii. TEJIDO.
  - Retención de restos placentarios.
  - Retención de coágulos (útero atónico).

## iii. TRAUMA.

- Desgarro en canal blando del parto (parto precipitado, parto operatorio).
- Desgarro en cesárea (mal posición fetal, gran encajamiento).
- Rotura uterina (cirugía previa).
- Inversión uterina (gran paridad, placenta fúndica).

## iv. TROMBINA. Alteraciones de la coagulación:

- Previa 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 HPP.

**Diagnóstico - Clínica:**

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

**Tratamiento:**

Una vez diagnosticada la HPP se debe actuar con rapidez, estabilizando hemodinámicamente a la paciente al mismo tiempo que cohibimos la hemorragia y solucionamos la causa que motivó la hemorragia si la conocemos.

**MEDIDAS BÁSICAS:**

Cuando haya una afectación hemodinámica moderada o severa:

- Pedir ayuda.
- Valorar sangrado.
- Monitorizar el pulso, TA y saturación de oxígeno maternos.

- Oxigenoterapia con mascarilla.
- Sonda urinaria para control de diuresis (se considera normal >30ml/hora).
- Valorar historia clínica.
- Hemograma, pruebas de coagulación, grupo sanguíneo y pruebas cruzadas.
- Vía venosa de calibre adecuado.
- Reposición de fluidos. Se recomienda la utilización de cristaloides (suero salino fisiológico o Ringer Lactato) (grado de recomendación A).
- Valorar reposición de sangre y factores de coagulación.

### **Buscar 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.
  - i. Oxitocina (Syntocinon) a dosis de 10 UI IM/IMM o 5 UI IV en bolo lento o 10- 40 UI/l en dilución. Efectos secundarios: contracciones dolorosas, nauseas, vómitos e intoxicación acuosa. No se administrará en caso de hipersensibilidad al fármaco. (Nivel de evidencia III).
  - ii. Metilergometrina (Methergin) a dosis de 0.25mg IM/IMM o 0'125mg IV cada 5 minutos (máximo 5 dosis). Efectos secundarios: vasoespasmo periférico, hipertensión, nauseas, vómitos. No se administrará si la parturienta tiene hipertensión o si existe hipersensibilidad al fármaco. (Nivel de evidencia III).
  - iii. Prostaglandina F2 alfa (Hemabate) a dosis de 250microg IM/IMM cada 15 minutos (máximo 8 dosis). Efectos secundarios: broncoespasmo, enrojecimiento, diarrea, náuseas, vómitos, desaturación de oxígeno. No se administrará el fármaco si se padece alguna enfermedad hepática, cardíaca, pulmonar (asma) o renal activa, o si se tiene hipersensibilidad al fármaco. (Nivel de evidencia Ib).
    - o Si una vez contraído el útero continúa la HPP, se procede, bajo anestesia, a una revisión de la cavidad uterina y del canal blando del parto (en casos de parto vía vaginal) para descartar traumatismos y retención de tejidos dentro del útero. Se comenzará desde el fondo uterino hacia el segmento inferior, si hay restos placentarios o coágulos se extraen manualmente; de persistir, se hará un legrado uterino. Si hay desgarros se suturan.
    - o 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.

### **Tratamiento de la HPP persistente:**

Si la HPP no cede se puede optar a realizar alguno de los siguientes procedimientos:

- Taponamiento uterino: (grado de recomendación B).

Con sonda-balón de Sengstaken-Blakemore, con un balón específico de Bakri o con una tira de gasa ancha que rellene toda la cavidad uterina.

Aunque no se ha demostrado, se piensa que estos procedimientos pueden ocultar la hemorragia y causar infección.

- Embolización arterial selectiva: (grado de recomendación B).

Cateterización a través de radiología intervencionista de los vasos sangrantes. Frecuentemente se realiza la embolización bilateral por estar ambas arterias uterinas implicadas. El éxito se estima entre el 70-100%.

- Ligaduras vasculares: (grado de recomendación B).<sup>21</sup>

#### 1. Ligadura uterina bilateral.

Se puede hacer vía abdominal o vía vaginal. Vía abdominal se ha de traccionar el útero hacia arriba y ligar en masa la rama ascendente de la rama uterina, la vena que le acompaña en profundidad y parte del miometrio, unos 2- 3cm por debajo de la histerotomía de la cesárea. Su eficacia es superior al 90%.

#### 2. Ligadura arterial progresiva.

Devascularización progresiva de los vasos que llegan al útero. Cada etapa solo se realiza si la anterior no ha cohibido la hemorragia en 10 minutos.

#### 3. Ligadura unilateral de la rama ascendente de la arteria uterina. 4) Ligadura de la arteria uterina contralateral. 5) Ligadura baja de las dos arterias uterinas y de sus ramas cérvico-vaginales. 6) Ligadura unilateral de un pedículo lumbo-ovárico. 7) Ligadura del pedículo contralateral. Su eficacia es del 100%.

- Ligadura bilateral de las arterias hipogástricas.

Unos 2cm por debajo de su bifurcación de la arteria ilíaca común. Su eficacia es inconstante.

Tanto tras embolización arterial como tras ligadura vascular, se preserva la fertilidad.

- Plicatura/Capitonaje: (grado de recomendación B).

Compresión del útero mediante suturas reabsorbibles transmurales. Cuando la indicación es la atonía post cesárea la técnica más utilizada es la de B-Lynch: antes de realizarla se comprueba que la hemorragia cesa cuando se presiona el fondo uterino; la sutura es continua, comienza en la cara anterior del útero en el labio inferior de la histerotomía a unos 2cm por dentro del ángulo, sale por el labio superior, rodea el útero por arriba y penetra en la cavidad por la cara posterior de útero, sale al mismo nivel en el lado opuesto y sigue un recorrido paralelo y contralateral para anudar en cara anterior en labio inferior de la histerotomía. Las publicaciones sobre esta técnica son escasas pero los resultados son buenos.

- Histerectomía: (grado de recomendación B).

Las indicaciones son cada vez más restrictivas; se reducen a cuando falla el tratamiento conservador, cuando hay una rotura extensa del útero o en casos de placenta ácreta extensa (esta última es la indicación más frecuente). La técnica de elección es la histerectomía total con conservación de anexos.

- Taponamiento Pélvico:

Está indicado tras histerectomía en casos de coagulopatía de consumo o en hemorragias difusas.

### **PREVENCIÓN DE LA HPP:**

El mejor tratamiento de la HPP es su prevención. Aunque los factores de riesgo solo aparezcan en 1/3 de los casos, la prevención de la HPP se ha de hacer en todos los partos (grado de recomendación A). Se ha demostrado que el manejo activo del alumbramiento reduce el riesgo de HPP en > 40%, reduce la pérdida media de sangre y el alumbramiento prolongado (placenta no expulsada tras 30 minutos del nacimiento), sin afectar al recién nacido, aunque con algún efecto secundario para la madre si se administra ergometrina (hipertensión, náuseas, vómitos). Consiste en:

- Administración de agentes oxitócicos tras la salida del hombro anterior o en el primer minuto tras el nacimiento.
- Pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical. No se ha demostrado que esta maniobra por sí sola reduzca la tasa de HPP.
- Tracción continuada del cordón.
- Comprobar que el útero está bien contraído y revisar la placenta, para comprobar su integridad, una vez extraída ésta.

El agente oxitócico de elección es la oxitocina a dosis de 10 UI IM o 5 UI IV en bolo lento o 10-20 UI/l a 100-150 cc/h. Tiene una vida media corta con lo que se hace necesario mantener su administración por perfusión IV durante 4-6 horas postparto para mantener su eficacia y evitar atonías secundarias. Se puede asociar a la



metilergometrina, mejorando un poco su eficacia pero aumentando también la tasa de complicaciones <sup>13</sup>.

Otra opción es la Carbetocina, un nuevo fármaco para la prevención de la HPP tras el parto por cesárea, que ha demostrado ser más eficaz que la infusión continua de oxitocina y tener un perfil de seguridad similar. Se administra a dosis de 100microg mediante inyección IV en bolo, preferiblemente antes de la extracción de la placenta. En caso de atonía uterina persistente tras la administración de Carbetocina, se puede poner oxitocina o ergometrina adicionales.

### **Complicaciones tromboembólicas durante el embarazo-puerperio:**

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP).

Son poco frecuentes, entorno al 0.52%, pero continúan siendo desde hace años la causa directa más frecuente de mortalidad materna en muchos países, debido probablemente a fallos en la identificación de los factores de riesgo trombótico, en establecer una profilaxis adecuada y un tratamiento correcto ante la sospecha clínica de ETE <sup>23</sup>.

El embarazo conlleva un aumento del riesgo trombótico venoso, debido a la presencia de los 3 elementos de la triada de Virchow: hipercoagulabilidad (aumentan los factores de coagulación I, II, VII, IX, X y disminuye la fibrinólisis), lesión del endotelio vascular durante el parto (tanto vaginal como cesárea) y éstasis venoso producido por un aumento de la capacitancia venosa unido a una disminución del flujo sanguíneo venoso por compresión del útero gravídico.

Actualmente con la profilaxis tromboembólica en todas las pacientes que son sometidas a una cesárea, el riesgo de accidente tromboembólico ha disminuido. No obstante, sigue siendo una causa de mortalidad materna, a veces, difícil de prever.

### **Factores de riesgo para la ETE durante el embarazo-puerperio:**

- TEV previo Hiperemesis, deshidratación.
- Trombofilia congénita o adquirida.
- Síndrome de hiperestimulación ovárica.
- Edad > 35 años.
- Infección severa.
- Obesidad (IMC > 30kg/m<sup>2</sup>).
- Inmovilización > 4 días.
- Paridad > 4.
- Preeclampsia.
- Grandes venas varicosas.
- Gran pérdida sanguínea.
- Paraplejia.
- Trabajo de parto prolongado.
- Drepanocitosis.

- Parto instrumental.
- Cardiopatías.
- Síndrome nefrótico.
- Inmovilización tras parto.
- Enfermedades inflamatorias.
- Síndromes mieloproliferativos.
- Procedimientos quirúrgicos durante el embarazo o puerperio.<sup>27</sup>

### **Formas clínicas:**

- **Trombosis venosa profunda (TVP)**

Es la complicación tromboembólica más frecuente.

En la forma clínica típica las pacientes presentan en la extremidad afecta dolor, sensibilidad, edema, cordón venoso palpable, cambios en la coloración y en el diámetro, signo de Homans (dolor en la pantorrilla con la dorsiflexión plantar pasiva del pie). Puede haber febrícula y leucocitosis.

- **Tromboembolismo pulmonar (TEP)**

El signo más común es la taquicardia y los síntomas más comunes son la disnea y la ansiedad. Otra sintomatología incluye: taquipnea, dolor pleurítico, fiebre, roce pleural, sudoración, cianosis, hemoptisis.

### **Diagnóstico:**

- **TVP**

La clínica es insuficiente para el diagnóstico; no obstante, la sospecha clínica fundada es suficiente para iniciar tratamiento en espera de confirmación diagnóstica.

La prueba que nos da el diagnóstico de TVP es un Doppler de la extremidad afecta:

- Si es positivo: Tratamiento.
- Si es negativo y la sospecha clínica es leve: No tratamiento (o se suspende si ya está instaurado).
- Si es negativo y la sospecha clínica es muy sugestiva: Se mantiene el tratamiento y se repite el Doppler en 1 semana, o se realiza una venografía. Si el Doppler a la semana o la venografía son negativos: se suspende el tratamiento; si son positivos: se mantiene el tratamiento.

- **TEP**

La primera prueba a realizar es un examen de perfusión, si éste está alterado se realiza una gammagrafía de ventilación-perfusión y un examen Doppler de ambas piernas:

- Si la gammagrafía da alta o media probabilidad de TEP: Tratamiento.

- Si la gammagrafía da baja probabilidad de TEP y el Doppler de las piernas es positivo: Tratamiento.
- Si la gammagrafía da baja probabilidad de TEP, el Doppler es negativo y la sospecha clínica es alta: Tratamiento y repetir pruebas en 1 semana. Si las pruebas siguen siendo negativas y la sospecha clínica alta: se realizan otras pruebas diagnósticas (angiografía pulmonar, resonancia o TAC helicoidal).

En la embarazada, como en la no gestante, valores bajos del Dímero D (< 500ng/ml) sugieren que el TEP no existe, pero un aumento de sus niveles no es indicativo de proceso trombótico debido a las modificaciones fisiológicas en los factores de coagulación que acontecen en el embarazo.

### **Tratamiento:**

- **TVP**

En toda paciente con sospecha clínica fundada de ETE, debe iniciarse tratamiento anticoagulante hasta que los métodos diagnósticos lo confirmen o excluyan.

El tratamiento de elección tanto en la fase aguda como a largo plazo es la heparina de bajo peso molecular (HBPM), por ser más eficaz que la heparina no fraccionada (HNF) y asociarse a una menor mortalidad y complicaciones hemorrágicas durante el tratamiento (grado de recomendación A). La dosis de HBPM a utilizar son dosis plenas: Enoxaparina (Clexane) 1mg/kg/12horas/SC, por ser la HBPM con la que se tiene más experiencia durante el embarazo.

La duración recomendada de anticoagulante son 6-9 meses, y durante el puerperio se puede sustituir la HBPM por anticoagulantes orales al 2º o 3º día.

Control mediante INR para que su valor sea 2-3. Junto al tratamiento farmacológico se recomienda la elevación de la extremidad afecta y el reposo absoluto durante 5 días.

- **TEP**

El fármaco de elección para el manejo inicial del TEP masivo es la HNF IV, debido a su mayor rapidez y mayor experiencia de su uso. La dosis inicial de carga es de 5000UI, seguida de infusión continua de 1000-2000 UI/hora. Control mediante TPPa para que su valor sea TPPa paciente/TPPa control 1'5-2'5.

Al igual que en la TVP se mantendrá el tratamiento anticoagulante 6-9 meses. Y también se recomienda el reposo absoluto durante 5 días. En los casos graves se requieren cuidados de soporte vital en la UCI donde se instaurará fibrinólisis, cirugía.

## **PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN LA CESÁREA.**

Según las recomendaciones del RCOG Working Party Report on Prophylaxis Against Thromboembolism, la profilaxis dependerá de los factores de riesgo de la paciente.

La HBPM se administra a dosis profilácticas:

- Enoxaparina (Clexane) 40mg/sc/24h
- Bemiparina (Hibor) 2500UI/sc/24h
- O similares

Además se recomienda la movilización precoz y el uso de medias compresivas en los casos de alteración del retorno venoso. Cuando el riesgo es bajo o moderado se mantiene la HBPM durante 3-5 días, si el riesgo es elevado se mantiene hasta el 5º día del puerperio o más si la movilización no es completa aún.

Bajo Riesgo: Cesárea electiva en paciente con embarazo no complicado y sin factores de riesgo.

Riesgo moderado: Edad > 35 años, obesidad > 80kg, paridad > 4, trabajo de parto de > 12horas, grandes venas varicosas, infección, preeclampsia, inmovilidad previa a la cirugía (> 4 días), enfermedad mayor intercurrente, cesárea en trabajo de parto.

Riesgo elevado: Paciente con 3 o más factores de riesgo moderado, cirugía mayor pélvica (cesárea con histerectomía), historia personal o familiar de TVP o TEP, trombofilia o paraplejia, síndrome antifosfolípídico <sup>27</sup>.

### **Mortalidad materna post cesárea.**

En ocasiones es difícil evaluar si la muerte materna tras la cesárea se debe a la intervención o a la causa que motivó la misma, sobre todo si la causa fue una enfermedad materna que impedía el parto vía vaginal (DM complicada, Preeclampsia, alteración cardiaca o renal).

Actualmente, gracias a los progresos en las técnicas anestésicas, a la disponibilidad de una profilaxis antibiótica eficaz y a las técnicas para reposición de volemia, las complicaciones que conllevaban con mayor frecuencia a la mortalidad materna (complicaciones anestésicas, infecciones y hemorragias) son mucho menos frecuentes. Sí es cierto que la mortalidad materna es mayor en el parto por cesárea que en el parto vía vaginal, incluso de 5 a 7 veces superior.

### **Impacto de la cesárea en el futuro obstétrico-ginecológico**

La cesárea anterior supone un mayor riesgo de complicaciones importantes en futuras gestaciones. Se producirán con mayor frecuencia:

- Rotura uterina y dehiscencia de cicatriz uterina.
- Inserciones anómalas de la placenta (placenta ácreta, placenta previa).
- Realización de nueva cesárea, por la aparición de un condicionante adicional en la nueva gestación (macrosomía, presentación podálica, gestación gemelar, endometritis o rotura uterina en parto anterior, cesárea anterior en prematuro) que se añade a una cicatriz uterina longitudinal media o a 2 o más segmentarias transversas<sup>15</sup>.
- Complicaciones intraoperatorias, debido a las adherencias producidas por la intervención previa. Y una intervención, por lo tanto, más complicada.
- Histerectomía obstétrica.

El futuro ginecológico de la mujer también se ve influenciado por:

- Síndromes adherenciales dolorosos.
- El aumento del riesgo quirúrgico pudiendo verse condicionada la vía de acceso para una intervención quirúrgica.

### **Procedimientos que podrían evitar algunas complicaciones.**

Una vez iniciada una cesárea en una gestante con dinámica uterina, el tiempo transcurrido hasta el inicio de la intervención ha de ser el menor posible (en el caso de una cesárea urgente, no más de 30 minutos).

Normas de asepsia adecuadas, evitando soluciones antisépticas con yodo.

Posición materna en ligero decúbito lateral izquierdo, para evitar hipotensión.

Conocer la hora de la última ingesta, para evitar una aspiración pulmonar del contenido gástrico durante el procedimiento anestésico. Uso de técnicas anestésicas adecuadas a cada paciente. Confirmar el diagnóstico de presentación anómala antes de la intervención. No usar el bisturí eléctrico en la histerotomía, por proximidad del feto. Recuento de material usado en la intervención. Consentimiento informado.

## **4.3 ADOLESCENCIA**

Se define como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial <sup>25</sup>.

Según la OMS, la adolescencia se clasifica en:

ADOLESCENCIA TEMPRANA: 10-13 AÑOS

ADELESCENCIA MEDIA: 14-16 AÑOS

ADOLESCENCIA TARDIA: 17-19 AÑOS

**Embarazo en la adolescencia:**

Se define como el que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la mujer y cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. La probabilidad de morir debido a eventos relacionados con la reproducción es de 2 veces mayor cuando la adolescente esta entre los 15 y 19 años, pero estas 6 veces mayor cuando la joven es menor de 15 años.

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencia diferencia significativa en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que la simple edad materna. En contraste en la paciente menor de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. Algunos autores concluyen que la pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que un a embarazada adulta de similar nivel socio económico.

En lo biológico se altera el vínculo madre hijo, dando como resultado en la madre mayor mortalidad materna por el embarazo, abortos y cesáreas, en el niño de bajo peso, prematuros, enfermedades congénitas y adquiridas <sup>29</sup>.

Psicológicamente el embarazo interrumpe la tarea evolutiva de la adolescente, tienen pérdidas afectivas graves, les duele dejar de ser jóvenes, su colegio, sus amigas, perder la confianza de sus padres y poder salir a divertirse como antes.

La maternidad induce a la necesidad de asumir responsabilidad no propias de esta etapa de su vida, reemplazando a su madre, viendo se privada de actividades que corresponden a su edad y confundiendo su rol dentro del grupo, pasando a ser una hija madre.

En algunas ocasiones se presentan dificultades en los vínculos familiares, perdida de la comunicación con los padres lo que les lleva a matrimonios forzados y de corta duración o quedan con el estigma de ser madres solteras <sup>12,14</sup>.

#### **4.4. GESTANTE AÑOSA**

Desde 1958 se ha definido a la edad materna avanzada o gestante añosa como aquella gestación que se inicia en mayores de 35 años, aunque la Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras la define igual, existen opiniones que se debe elevar el punto de corte a 40 o 45 años <sup>30</sup>.

#### **FISIOLOGÍA DEL EMBARAZO EN AÑOSAS.**

A partir de 35 años, el riesgo es mayor, debido a lo que ha sido denominado ‘desgaste fisiológico’ y a la aparición de patologías propias del envejecimiento <sup>31</sup>; dado que el embarazo es un estado fisiológico donde se forman dos productos, la placenta y el feto, se acompaña de una demanda energética elevada y un incremento en los requerimientos de oxígeno <sup>32</sup>; además del incremento y de la intensa actividad placentaria, se originan también especies reactivas del oxígeno (EROs) del propio metabolismo embrionario, que pudieran ocasionar bloqueos y restricción del desarrollo <sup>33</sup>; hasta llevar a un estado conocido como ‘estrés oxidativo’. Este estado tal vez posee un rol importante en el desarrollo de diversas complicaciones presentes en la gestante de 35 años o más.

## **5. HIPÓTESIS**

El presente estudio es de diseño descriptivo, por el cual no requiere hipótesis.



## **6. VARIABLES.**

### **a. Variables Dependientes.**

- Cesárea.
- Complicaciones intraoperatorias asociados a cesárea.
- Complicaciones post operatorias asociados a cesárea.

### **b. Variables Independientes.**

#### **Características sociodemográficas de la gestante:**

- Edad.
  - Gestante adolescente.
  - Gestante entre 20 a 35 años.
  - Gestante añosa.
- Procedencia.
- Nivel de instrucción.

#### **Características obstétricas de la gestante:**

- Antecedente de aborto.
- Antecedente de cesárea.
- Paridad.
- Edad gestacional.
- Control pre natal.

### 7. OPERACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	CATEGORÍA
<b>DEPENDIENTES</b> Cesárea	Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto vaginal.	Paciente post operada de Cesárea	Cirugía que se practica para extraer al bebé y a la placenta del útero materno, cuando por alguna razón el parto vaginal no es posible.	Cualitativa	Nominal	
<b>COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS</b>	Estado no favorable durante el acto quirúrgico	Condición materna	Estado materno	Cualitativa	Nominal	- Hemorrágicas - Infecciosas

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA</b>	<b>CATEGORÍA</b>
COMPLICACIONES POST OPERATORIAS	Estado no favorable después del acto quirúrgico	Condición materna	Estado materno	Cualitativa	Nominal	- Hemorrágicas - Infecciosas

VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	CATEGORÍA
<b>Características Sociodemográficas</b>	Es el conjunto de características sociales y demográficas, de la unidad de estudio dentro de la población; contará con las siguientes subvariables: Edad, Procedencia, nivel de 0instrucción.	Edad que anota la entrevistada, corroborado con la fecha de nacimiento de su DNI y/o del SIS.	<b>Edad:</b> tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento a la fecha del estudio. <b>Gestante añosa:</b> Mayor de 35 años de edad. <b>Gestante adolescente:</b> entre los 10 a 19 años de edad.	<b>Cuantitativa</b>	<b>Continua</b>	<b>Edad:</b> 1. 10 a 19 años, 11 meses y 29 días. 2. 20 a 35 años. 3. Mayor a 35 años.
		Dirección de la paciente registrada en la historia clínica	<b>Urbano:</b> la gestante reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. <b>Urbanomarginal:</b> La gestante reside en áreas alejadas del perímetro urbano. <b>Rural:</b> la gestante reside en pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	<b>Cualitativa</b>	<b>Nominal</b>	<b>Procedencia:</b> 1. Urbano 2. Urbanomarginal 3. Rural
		Nivel de instrucción registrado en la Historia Clínica	<b>Nivel de instrucción:</b> último año cursado por la adolescente; como es un estudio retrospectivo se usará el dato registrado en la historia clínica. <b>Sin estudios:</b> no cursó estudios en un centro educativo. <b>Primaria:</b> sólo tuvo	<b>Cualitativa</b>	<b>Ordinal</b>	<b>Nivel de Instrucción:</b> 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior/técnica

			estudios en centro educativo primario, pudo ser completa o incompleta. <b>Secundaria</b> sólo tuvo estudios en centro educativo secundario, pudo ser completa o incompleta. <b>Técnica o superior:</b> tiene estudios en centro educativo técnico o superior, pudo ser completa o incompleta.			
<b>Características obstétricas</b>	Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes subvariables: Antecedente de aborto, antecedente de cesárea, número de gestaciones, edad gestacional, control prenatal.	Fórmula obstétrica	G: Grávida P: Partos de embarazos a término A: Abortos P: Prematuros V: Vivos actuales.	<b>Cualitativa</b>	<b>Nominal</b>	<b>Antecedente de aborto:</b> 1. Si 2. No <b>Antecedente de cesárea:</b> 1. Si 2. No
		FUR	<b>Edad Gestacional:</b> fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud. <b>Pre término:</b> Embarazo menor a 37 semanas y mayor a 20 semanas. <b>A término:</b>		<b>Nominal</b>	<b>Paridad:</b> 1. Nulípara: 0 partos 2. Primípara: 1 parto 3. Secundípara: 2 partos 4. Multípara: 3 a 4 partos 5. Gran multípara: $\geq 5$ partos <b>Edad Gestacional:</b> 1. Pre término. 2. A término. 3. Post término.

			Embarazo desde las 37 hasta las 42 semanas. <b>Post término:</b> Embarazo mayor de 42 semanas			
		Número de controles registrado en la Historia clínica	<b>Control Prenatal controlada:</b> Tiene 6 a más atenciones en el programa de control prenatal. <b>Control Prenatal no controlada:</b> Tiene menos de 6 controles en el programa de control prenatal, o no tiene ningún control.	<b>Cualitativa</b>	<b>Nominal</b>	<b>CPN:</b> 1. Controlada 2. No controlada

**CAPÍTULO III**

## 8. METODOLOGÍA

### 8.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

#### Diseño de investigación.

**8.1.1 Tipo de Estudio:** Descriptivo – retrospectivo, de corte transversal.

**8.1.2 Diseño de Estudio:** Observacional.

- Observacional. Porque examina los determinantes de un fenómeno o hecho sin intentar modificar los factores que lo influyen.
- Descriptivo. Porque describe un fenómeno o hecho para determinar “cómo es” o “cómo está” la situación de las variables que se estudian en una población sin intentar explicar dicho fenómeno buscando asociaciones.
- Transversal. Porque se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.
- Retrospectivo. Porque se indaga un hecho ocurrido en el pasado (año 2016).

### 8.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método cuantitativo.

### 8.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población y muestra estuvo constituida por todas las pacientes (122 gestantes) que tuvieron complicaciones de cesárea en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2016.

#### 8.3.1 Criterios de inclusión:

Paciente de 10 a 19 años, 11 meses y 29 días de edad.

Paciente de 20 a 35 años de edad.

Paciente de 35 años y 1 día de edad a más.

Pacientes con complicaciones de cesárea, que hayan sido atendidos en Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2016.

#### 8.3.2 Criterio de exclusión:

Paciente menor de 10 años de edad.

Paciente con óbito fetal en el parto actual.

Pacientes operadas de cesárea que no presenten complicaciones.

Pacientes con datos incompletos en las historias clínicas.

**8.3.3 Ubicación, tiempo y espacio:** El presente estudio de investigación se llevará a cabo en el Hospital Regional de Loreto ubicado en la Av.28 de Julio S/N del Distrito de Punchana, provincia de Maynas, Departamento Loreto durante el periodo del año 2016.



**8.3.4 Muestra:** Es un estudio muestral no probabilístico a secuencia de casos (Pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2016).

**8.3.5 Técnicas e instrumentos:** Se utilizará una ficha de recolección de datos donde constan todas las características a estudiar, la que se llenará de acuerdo a la información recaudada de las historias clínicas y se utilizará los programas SPSS y Microsoft Excel para procesar los datos obtenidos.

**8.3.6 Procedimiento de recolección de datos:** La recolección de datos estará a cargo del mismo investigador.

Se revisarán historias clínicas de las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del Hospital Regional de Loreto, Provincia de Maynas, Departamento Loreto en el año 2016.

**8.3.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:** Para garantizar los aspectos éticos de esta investigación la información sobre el objetivo del estudio será explicada a la respectiva institución, para su aprobación y posterior desarrollo. Se le informará acerca de los procedimientos que se van a realizar así como del uso que se le dará a la información recabada. Se asegurará la confidencialidad y anonimato de los datos personales y el cuidado de los mismos mientras estén bajo el cuidado del investigador.

**8.3.8 Recolección de datos:** En la etapa inicial del proceso de recolección de datos se identificará el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Loreto y se solicitará previamente el permiso respectivo a la institución para la revisión de Historias Clínicas.

Una vez obtenido esto, se procederá al escrutinio de historias clínicas de la fecha mencionada seleccionando a las pacientes que muestren complicaciones de cesárea tanto intra como post operatorias, de tipo hemorrágico, infeccioso u otras. Se recogerá la información pertinente. Dicho escrutinio se realizará por el investigador hasta completar la totalidad de la población.

**8.3.9 Análisis e interpretación:** Cuando se obtenga el total de la información de las historias clínicas se procederá al vaciamiento fidedigno a la base de datos establecido de la investigación y al análisis del mismo. Los software que se emplearán en el análisis de datos y obtención de gráficos es el SPSS versión 22.0 y Microsoft Excel.

Se determinará, con estos programas, la prevalencia de las complicaciones de las cesáreas en pacientes del Hospital Regional de Loreto en el periodo 2016.

**8.3.10 Ética de la investigación:** Por ser el presente trabajo un estudio No experimental, observacional y de característica retrospectiva, no se atentará contra ningún artículo de los Derechos Humanos ni de Secreto estadístico. La presente información obtenida no violenta la intimidad y el carácter confidencial que presenta la historia clínica para las pacientes.

## **CAPÍTULO IV**

## 9. RESULTADOS

### I) Grupo de gestantes con complicaciones intraoperatorias.

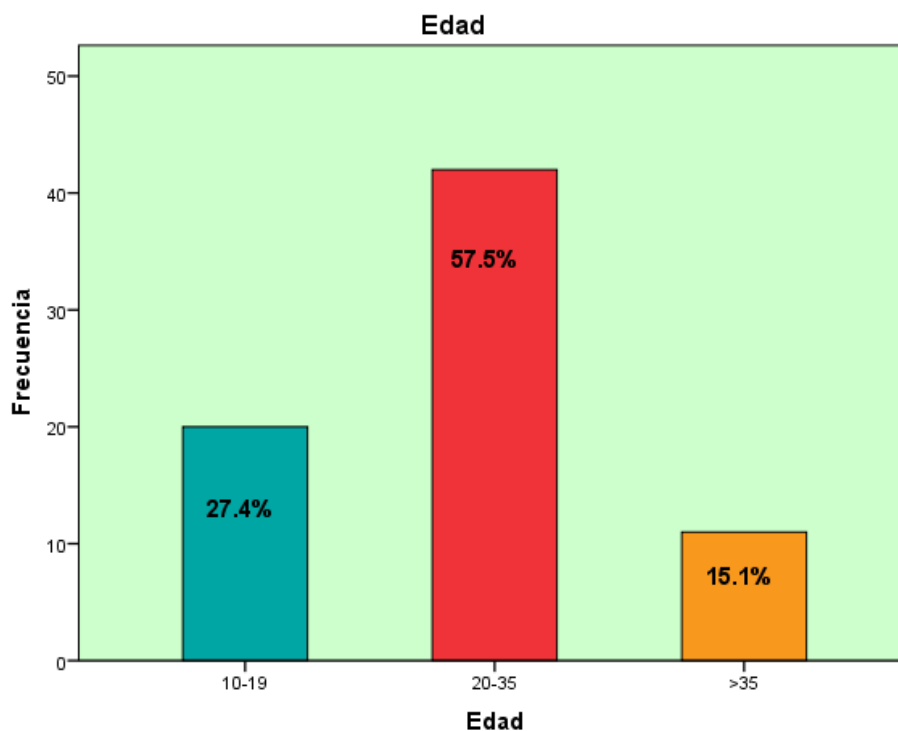
#### a) Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes, gestantes entre 20 a 35 años y gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Loreto.

Se evaluaron 73 gestantes, el 27.4% tuvieron entre los 10 a 19 años, el 57.5% entre 20 a 35 años y el 15.1% entre 35 a más años de edad (Tabla N°1 y Gráfica N°1).

**Tabla N°1**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones intraoperatorias según edad**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	10-19	20	27,4	27,4	27,4
	20-35	42	57,5	57,5	84,9
	>35	11	15,1	15,1	100,0
Total		73	100,0	100,0	

**Gráfica N°1**

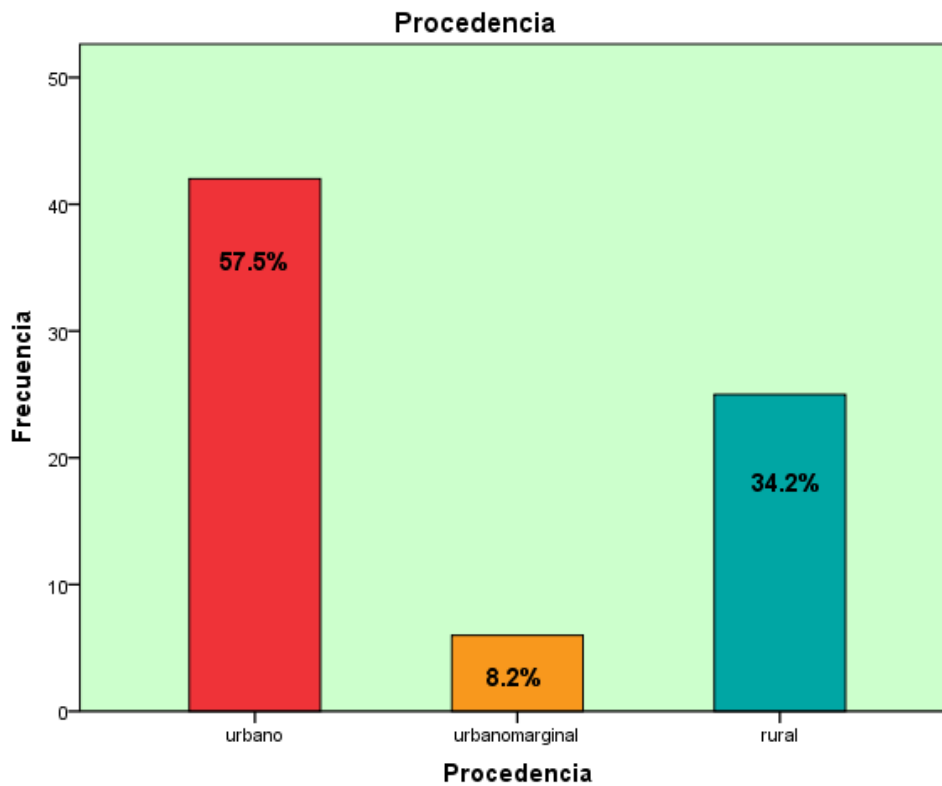


El 57.5% de las gestantes en general proceden de la zona urbana, el 8.2% de la zona urbano-marginal y el 34.2% de la zona rural (Tabla N°2 y Gráfica N°2).

**Tabla N°2**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones intraoperatorias según procedencia**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Procedencia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Urbano	42	57,5	57,5	57,5
	Urbano-marginal	6	8,2	8,2	65,8
	Rural	25	34,2	34,2	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

**Gráfica N°2**

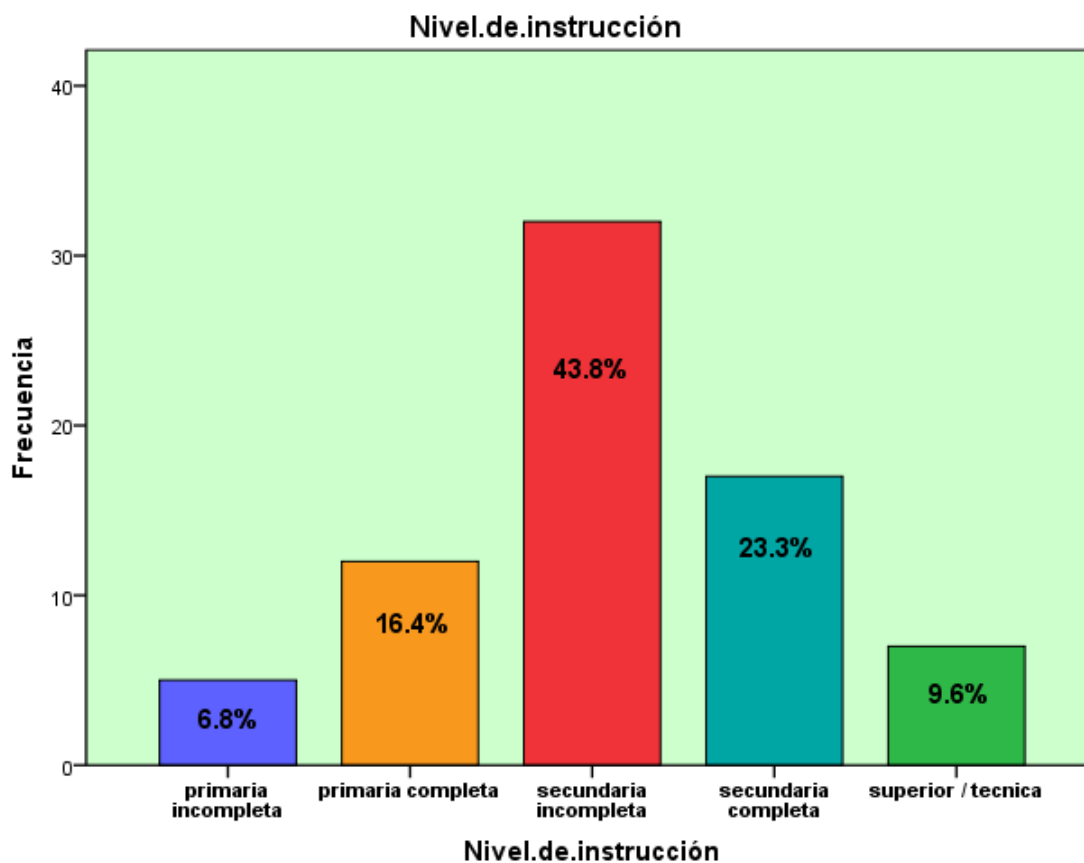


El 43.8% de las gestantes tienen un nivel de instrucción de secundaria incompleta y el 9.6% un nivel superior/técnico (Tabla N°3 y Gráfica N°3).

**Tabla N°3**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones intraoperatorias según nivel de instrucción**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Nivel.de.instrucción			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin estudios	0	0	0	0
	primaria incompleta	5	6,8	6,8	6,8
	primaria completa	12	16,4	16,4	23,3
	secundaria incompleta	32	43,8	43,8	67,1
	secundaria completa	17	23,3	23,3	90,4
	superior / técnica	7	9,6	9,6	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

**Gráfica N°3**



**b) Características obstétricas de las gestantes adolescentes, gestantes entre 20 a 35 años y gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Loreto.**

El 43.8% de las gestantes tienen antecedente de aborto y el 38.4% antecedente de cesárea (Tabla N°4 y Tabla N°5; Gráfica N°4 y Gráfica N°5).

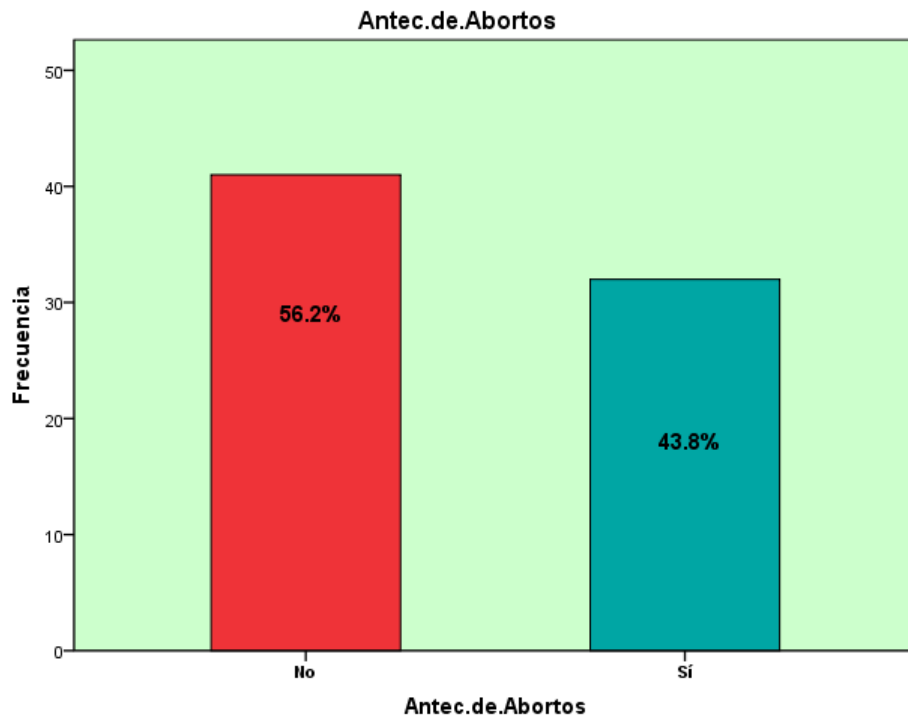
**Tabla N°4**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones intraoperatorias según antecedente de aborto**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Antec.de.Abortos			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	41	56,2	56,2	56,2
	Sí	32	43,8	43,8	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

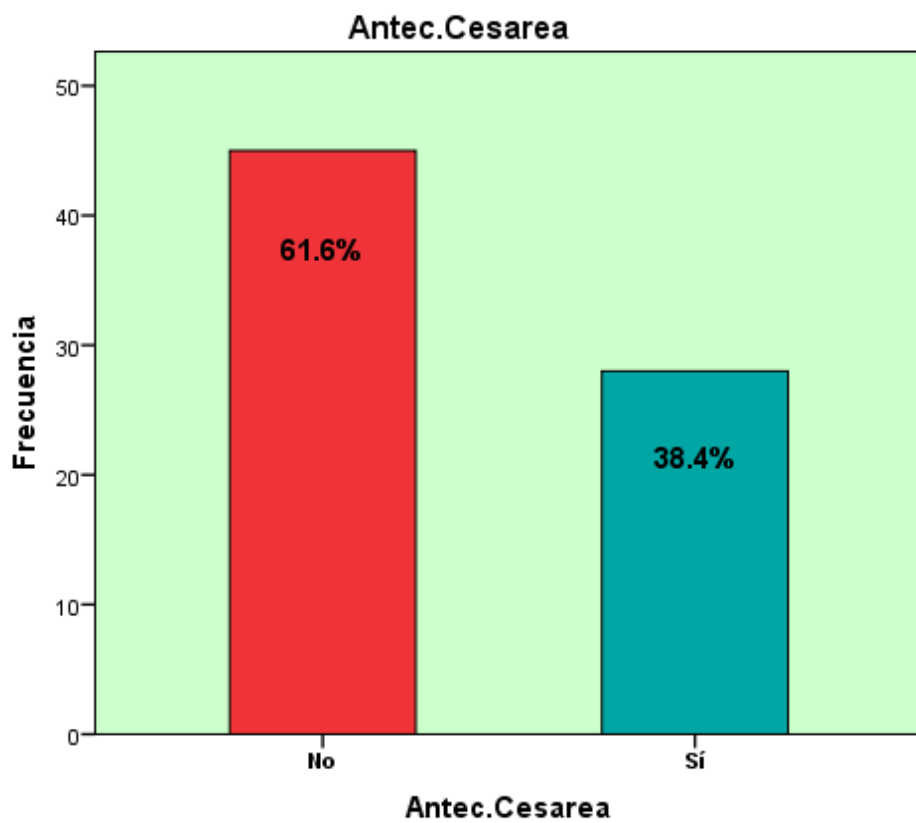
**Tabla N°5**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones intraoperatorias según antecedente de cesárea**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Antec.Cesárea			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	45	61,6	61,6	61,6
	Sí	28	38,4	38,4	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

Gráfica N°4



Gráfica N°5



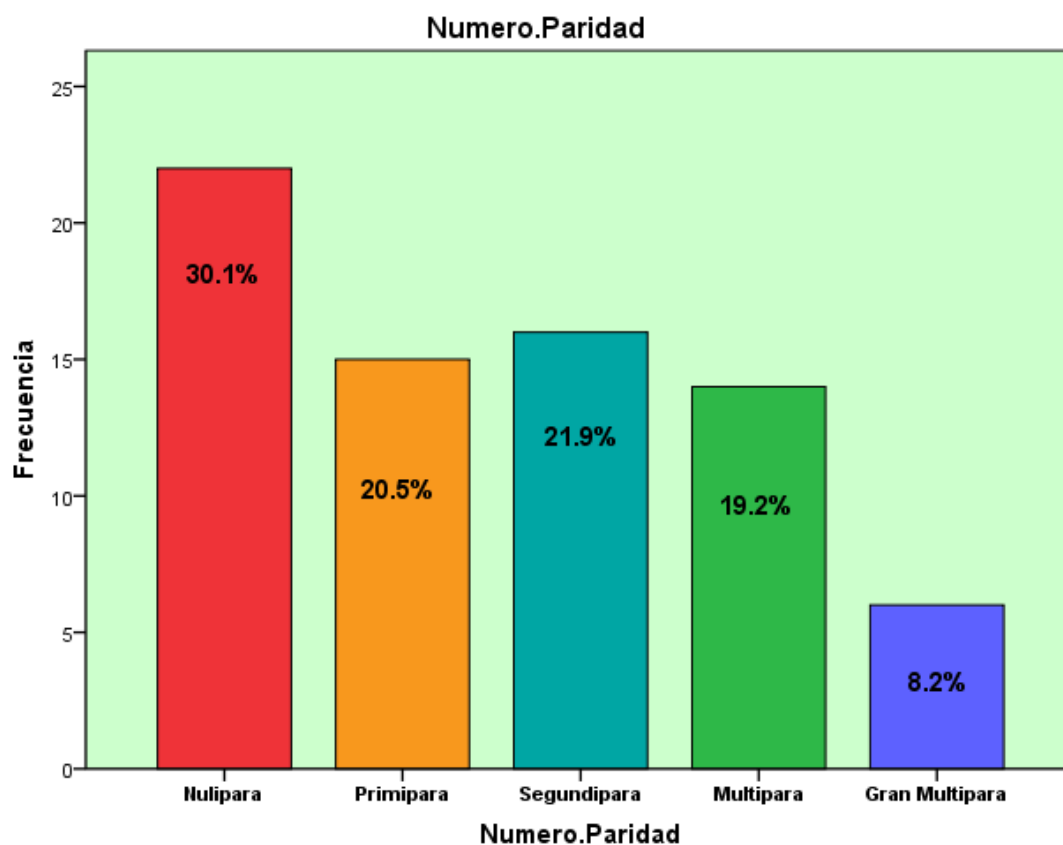


El 30.1% de las gestantes son nulíparas, el 21.9% secundíparas, el 20.5% primíparas, el 19.2% multíparas y el 8.2% gran multíparas (Tabla N°6 y Gráfica N°6).

**Tabla N°6**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones intraoperatorias según número de**  
**paridad**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Número.Paridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nulípara	22	30,1	30,1	30,1
	Primípara	15	20,5	20,5	50,7
	Segundípara	16	21,9	21,9	72,6
	Multípara	14	19,2	19,2	91,8
	Gran Multípara	6	8,2	8,2	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

**Gráfica N°6**

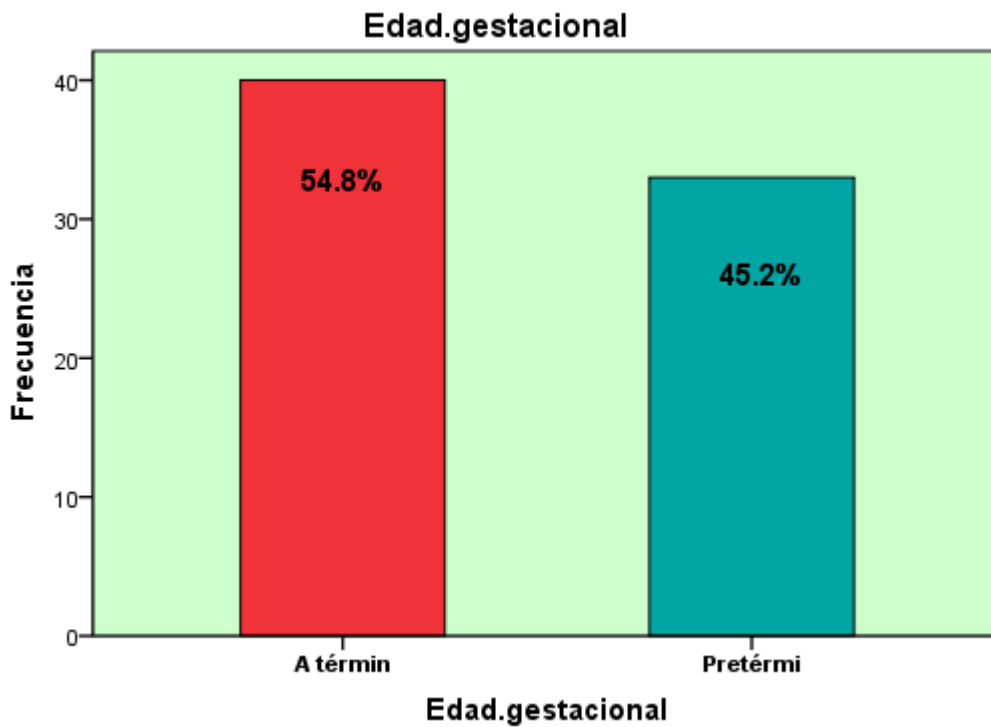


El 54.8% de las gestantes tuvieron edad gestacional a término y el 45.2% fueron pretérmino (Tabla N°7 y Gráfica N°7).

**Tabla N°7**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones intraoperatorias según edad gestacional**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Edad.gestacional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A término	40	54,8	54,8	54,8
	Pretérmino	33	45,2	45,2	100,0
	Postérmino	0	0	0	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

**Gráfica N°7**

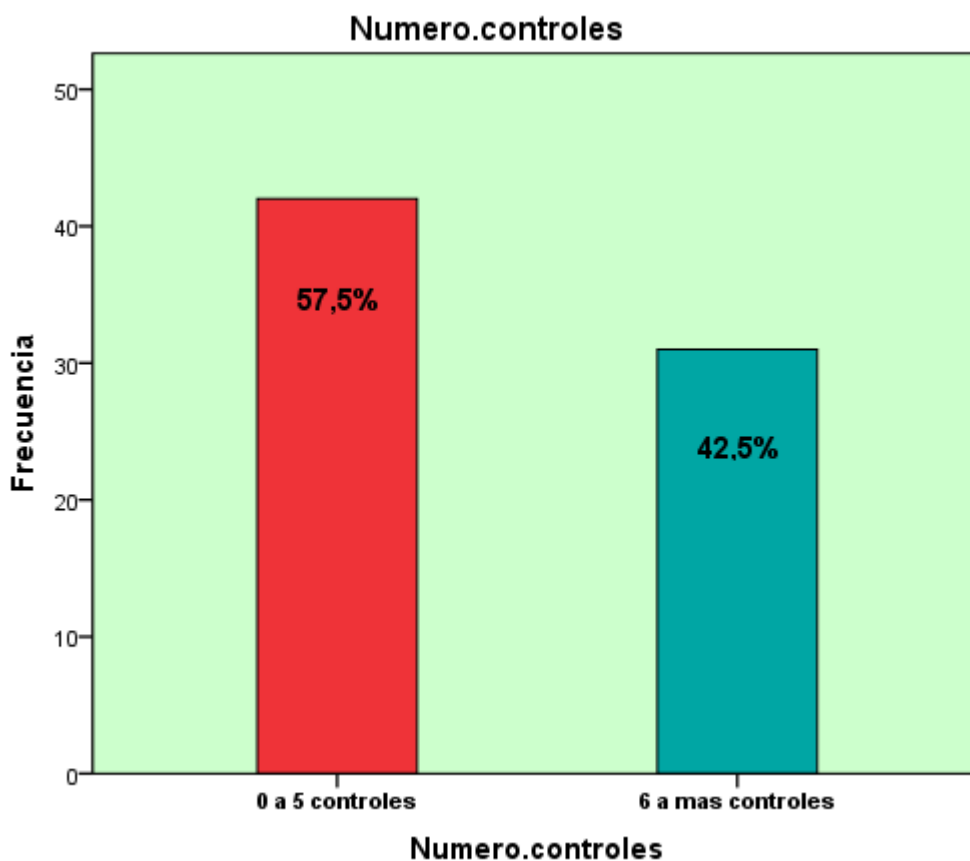


El 42.5% de las gestantes tienen entre 6 a más controles prenatales y el 57.5% con menos de 6 controles prenatales (Tabla N°8 y Gráfica N°8).

**Tabla N°8**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones intraoperatorias según número de controles prenatales**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Número.controles			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 a 5 controles	42	57,5	57,5	57,5
	6 a más controles	31	42,5	42,5	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

**Gráfica N°8**



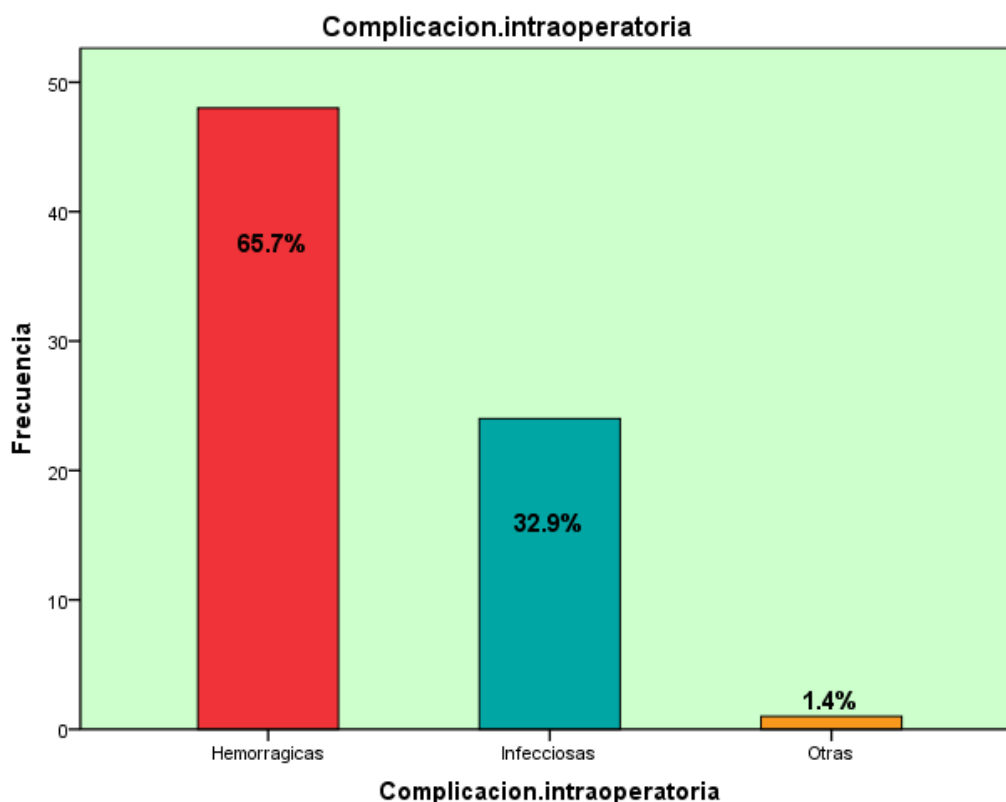
- c) **Complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras en las gestantes adolescentes, gestantes entre 20 a 35 años y gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Loreto.**

El 65.7% de las gestantes presentaron complicaciones hemorrágicas, el 32.9% presentaron complicaciones infecciosas y el 1.4% presentaron otras complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas (Tabla N°9 y Gráfica N°9).

**Tabla N°9**  
**Tasa de complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras según edad de las gestantes con complicaciones intraoperatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

<b>Complicación.intraoperatoria</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hemorrágicas	48	65,7	65,7	65,7
	Infecciosas	24	32,9	32,9	98,6
	Otras	1	1,4	1,4	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

**Gráfica N°9**



Las principales complicaciones hemorrágicas en las gestantes fueron: Hemorragia por hipotonía – atonía uterina (46.6%), Hemorragia de origen placentario por amenaza de parto pretérmino y placenta previa (6.8%), Ruptura uterina (6.8%), Hemorragia por desprendimiento prematuro de placenta (5.5%) (Tabla N°10).

Las principales complicaciones infecciosas en las gestantes fueron: Infección de origen amniótico (19.2%), Infección de origen fetal (11%), Sepsis por foco urinario (2.7%) (Tabla N°10).

La única complicación no hemorrágica ni infecciosa (tipo Anestésica) que se registró fue: Depresión respiratoria (1.4%) (Tabla N°10).

**Tabla N°10**  
**Complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras de las gestantes con**  
**complicaciones intraoperatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Complicaciones.Intraoperatorias**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Hemorrágicas por hipotonía- Atonía uterinas	34	46,6	46,6	46,6
Hemorrágicas por DPP	4	5,5	5,5	52,1
Hemorrágicas de origen placentario por APP y PP	5	6,8	6,8	58,9
Infección de origen fetal	8	11,0	11,0	69,9
Sepsis por foco urinario	2	2,7	2,7	72,6
Infección de origen amniótico	14	19,2	19,2	91,8
Ruptura Uterina	5	6,8	6,8	98,6
Depresión Respiratorio	1	1,4	1,4	100,0
Total	73	100,0	100,0	

**d) Relación de las complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras con las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes adolescentes, gestantes entre 20 a 35 años y gestantes añosas.**

El 81.8% de las gestantes añosas, el 66.7% de las gestantes entre 20 a 35 años y el 55% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones hemorrágicas (Tabla N°11, Gráfica N°10).

El 45% de las gestantes adolescentes, el 31% de las gestantes entre 20 a 35 años y el 18.2% de las gestantes añosas presentaron complicaciones infecciosas (Tabla N°11, Gráfica N°10).

Sólo el 2.4% de las gestantes entre 20 a 35 años presentaron otras complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas (Tabla N°11, Gráfica N°10).

Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.136$ ) (Tabla N°11, Gráfica N°10).

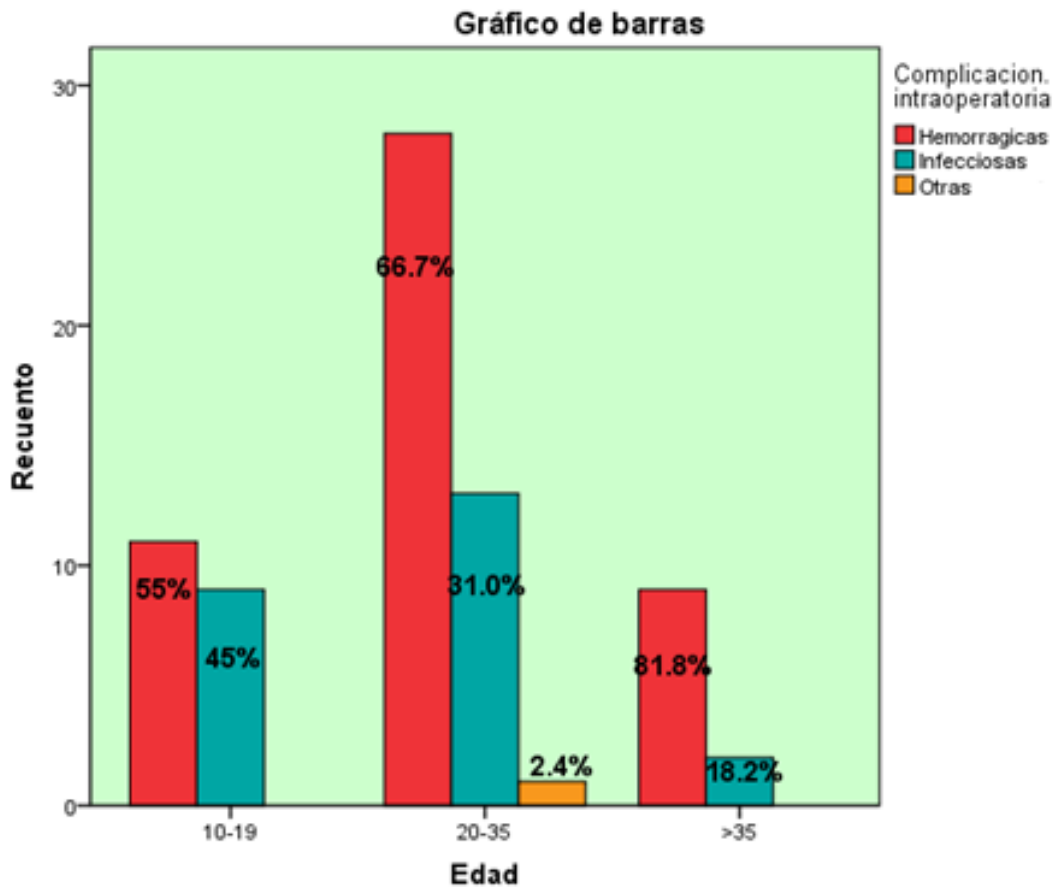
**Tabla N°11**  
**Complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras según la edad de las gestantes con complicaciones intraoperatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Edad \* Complicación.intraoperatoria**

		Complicación.intraoperatoria			Total
		Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Edad 10-19	Recuento	11	9	0	20
	% dentro de Edad	55,0%	45,0%	0%	100,0%
20-35	Recuento	28	13	1	42
	% dentro de Edad	66,7%	31,0%	2,4%	100,0%
>35	Recuento	9	2	0	11
	% dentro de Edad	81,8%	18,2%	0%	100,0%
Total	Recuento	48	24	1	73
	% dentro de Edad	65,7%	32,9%	1,4%	100,0%

$$X^2 = 3.191 \quad p = 0.136$$

Gráfica N°10



En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas fueron con mayor frecuencia en las que proceden de la zona Urbano (71.4%) que las que proceden de la zona Rural (60%) y Urbano-marginal (50%) (Tabla N°12, Gráfica N°11).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas fueron con mayor frecuencia en las que proceden de la zona Urbano-marginal (50%) que las que proceden de la zona Rural (40%) y Urbano (26.2%) (Tabla N°12, Gráfica N°11).

En el grupo de las gestantes en general, la única complicación no hemorrágica ni infecciosa fue de procedencia Urbana (2.4%) (Tabla N°12, Gráfica N°11).

Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.194$ ) (Tabla N°12, Gráfica N°11).

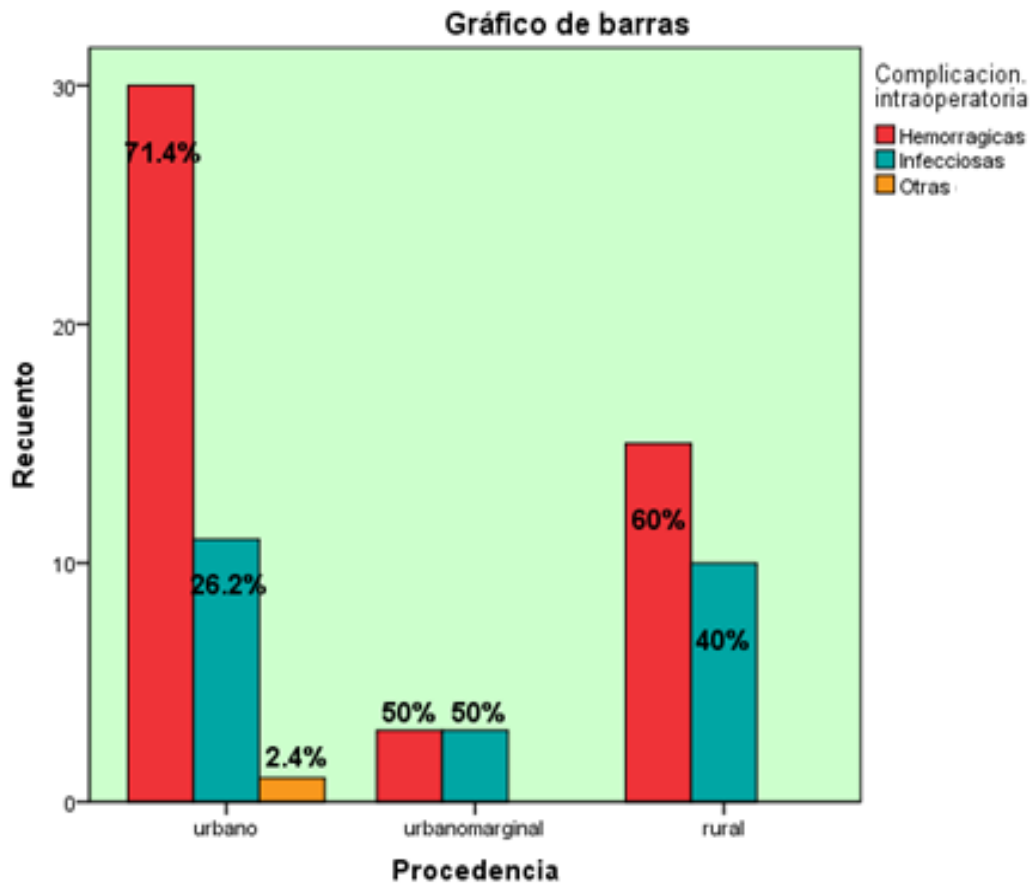
**Tabla N°12**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Procedencia de las gestantes con complicaciones intraoperatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Procedencia \* Complicación.intraoperatoria**

			Complicación.intraoperatoria			Total
			Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Procedenc	Urbano	Recuento % dentro de Procedencia	30 71,4%	11 26,2%	1 2,4%	42 100,0%
	Urbano- marginal	Recuento % dentro de Procedencia	3 50,0%	3 50,0%	0 0%	6 100,0%
	Rural	Recuento % dentro de Procedencia	15 60,0%	10 40,0%	0 0%	25 100,0%
Total		Recuento % dentro de Procedencia	48 65,7%	24 32,9%	1 1,4%	73 100,0%

$X^2 = 2.788$   $p = 0.194$

**Gráfica N°11**





En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas fueron con mayor frecuencia en las que tienen nivel de instrucción Primaria completa (75%) y Secundaria completa (70.6%) que las de Superior/Técnica (57.1%) (Tabla N°13, Gráfica N°12).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas fueron con mayor frecuencia en las que tienen nivel de instrucción Primaria incompleta (80%) que las de Superior/Técnica (42.9%) (Tabla N°13, Gráfica N°12).

En el grupo de las gestantes en general, la única complicación no hemorrágica ni infecciosa tiene nivel de instrucción Secundaria incompleta (3.1%) (Tabla N°13, Gráfica N°12).

Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.104$ ) (Tabla N°13, Gráfica N°12).

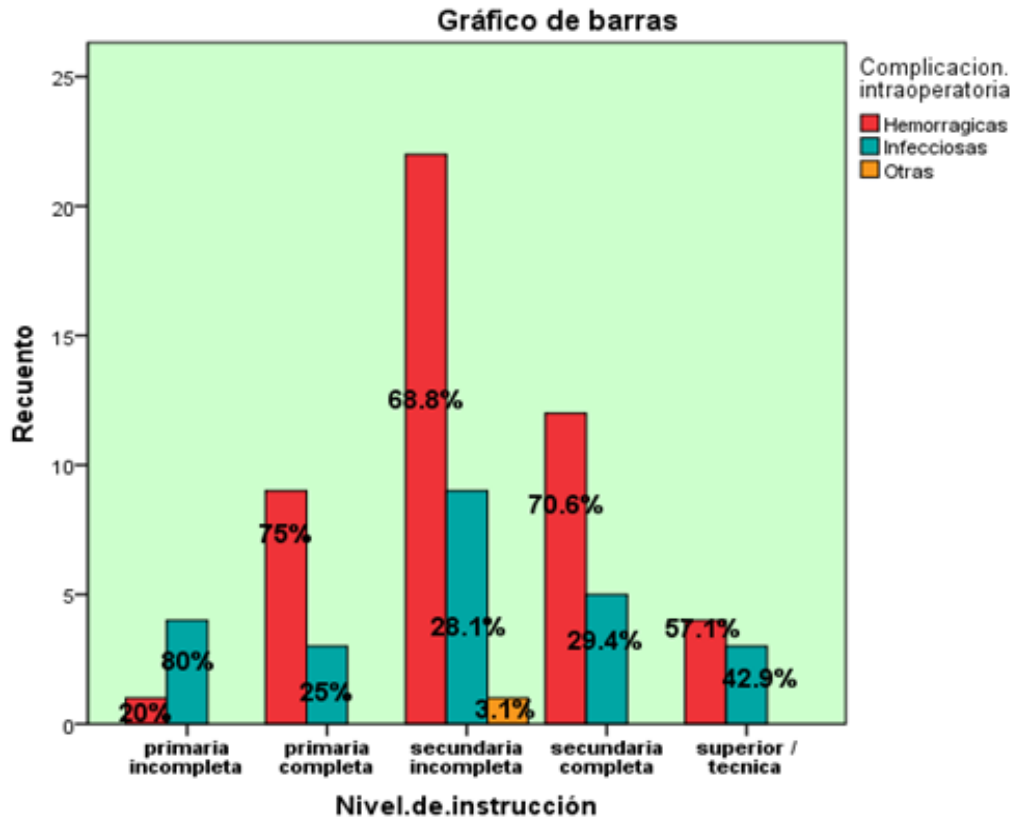
**Tabla N°13**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Nivel de instrucción de las gestantes con complicaciones intraoperatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Nivel.de.instrucción \* Complicación.intraoperatoria**

			Complicación.intraoperatoria			Total
			Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Nivel. De. Instrucción	primaria incompleta	Recuento % dentro de Niv.de.instruc.	1 20,0%	4 80,0%	0 0%	5 100,0%
	primaria completa	Recuento % dentro de Niv.de.instruc.	9 75,0%	3 25,0%	0 0%	12 100,0%
	secundaria incompleta	Recuento % dentro de Niv.de.instruc.	22 68,8%	9 28,1%	1 3,1%	32 100,0%
	secundaria completa	Recuento % dentro de Niv.de.instruc.	12 70,6%	5 29,4%	0 0%	17 100,0%
	superior / técnica	Recuento % dentro de Niv.de.instruc.	4 57,1%	3 42,9%	0 0%	7 100,0%
Total		Recuento % dentro de Niv.de.instruc.	48 65,7%	24 32,9%	1 1,4%	73 100,0%

$$X^2 = 7.310 \quad p = 0.104$$

Gráfica N°12



En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas fueron con mayor frecuencia en las que no tienen antecedente de aborto (65.9%) en comparación con las que tienen antecedente de aborto (65.6%) (Tabla N°14, Gráfica N°13).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas fueron con mayor frecuencia en las que no tienen antecedente de aborto (34.1%) en comparación con las que tienen antecedente de aborto (31.3%) (Tabla N°14, Gráfica N°13).

En el grupo de las gestantes en general, la única complicación no hemorrágica ni infecciosa fue en la que tiene antecedente de aborto (3.1%) (Tabla N°14, Gráfica N°13).

Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.315$ ) (Tabla N°14, Gráfica N°13).

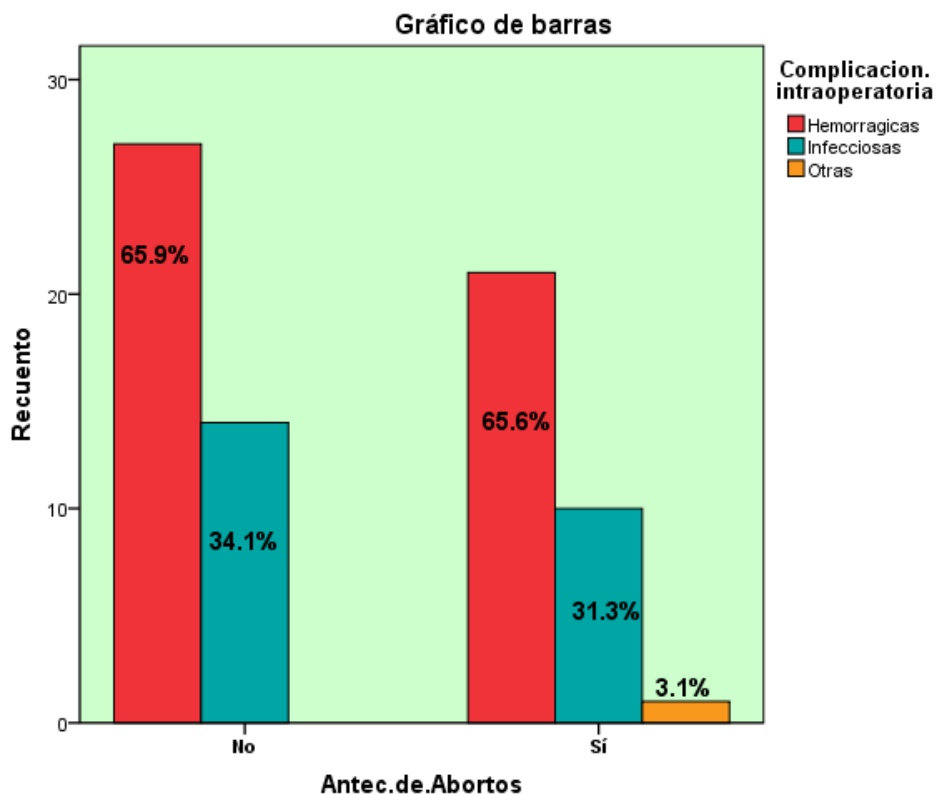
**Tabla N°14**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Antecedente de aborto de**  
**las gestantes con complicaciones intraoperatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Antec.de.Abortos \* Complicación.intraoperatoria**

		Complicación.intraoperatoria			Total
		Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Antec.de.Abortos No	Recuento	27	14	0	41
	% dentro de Antec.de.Abortos	65,9%	34,1%	0%	100,0%
Sí	Recuento	21	10	1	32
	% dentro de Antec.de.Abortos	65,6%	31,3%	3,1%	100,0%
Total	Recuento	48	24	1	73
	% dentro de Antec.de.Abortos	65,7%	32,9%	1,4%	100,0%

$$X^2 = 1.327 \quad p = 0.315$$

**Gráfica N°13**



En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas fueron con mayor frecuencia en las que tienen antecedente de cesárea (82.1%) en comparación con las que no tienen antecedente de cesárea (55.6%) (Tabla N° 15, Gráfica N°14).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas fueron con mayor frecuencia en las que no tienen antecedente de cesárea (44.4%) en comparación con las que tienen antecedente de cesárea (14.3%) (Tabla N°15, Gráfica N°14).

En el grupo de las gestantes en general, la única complicación no hemorrágica ni infecciosa fue en la que tiene antecedente de cesárea (3.6%) (Tabla N°15, Gráfica N°14).

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p=0.016$ ) (Tabla N°15, Gráfica N°14).

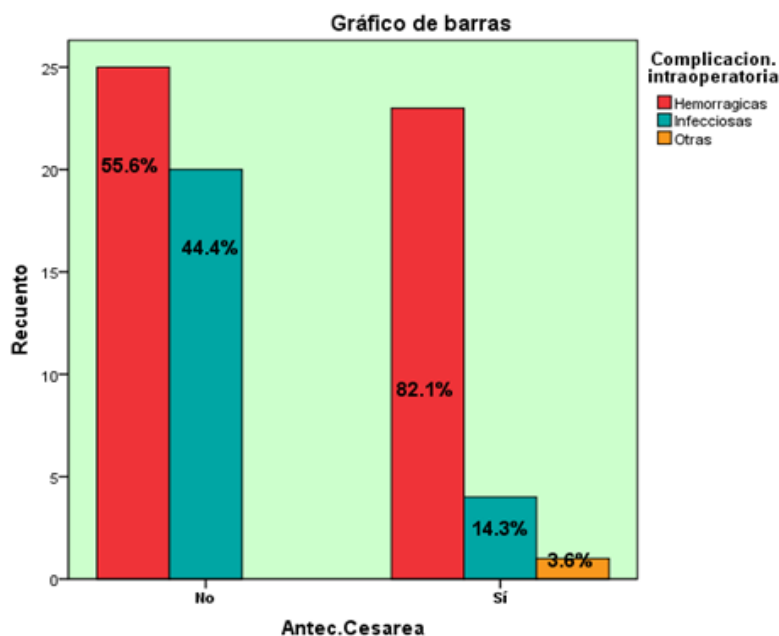
**Tabla N°15**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Antecedente de cesárea de las gestantes con complicaciones intraoperatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Antec.Cesárea \* Complicación.intraoperatoria**

			Complicación.intraoperatoria			Total
			Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Antec.Cesárea	No	Recuento % dentro de Antec.Cesárea	25 55,6%	20 44,4%	0 0%	45 100,0%
	Sí	Recuento % dentro de Antec.Cesárea	23 82,1%	4 14,3%	1 3,6%	28 100,0%
Total		Recuento % dentro de Antec.Cesárea	48 65,7%	24 32,9%	1 1,4%	73 100,0%

$$X^2 = 8.238 \quad p = 0.016$$

**Gráfica N°14**



En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas fueron con mayor frecuencia en las Primíparas (80%) y Multíparas (78.6%) (Tabla N°16, Gráfica N°15).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas fueron con mayor frecuencia en las Gran multíparas (66.7%) que las Nulíparas (45.5%) y Secundíparas (31.3%) (Tabla N°16, Gráfica N°15).

En el grupo de las gestantes en general, la única complicación no hemorrágica ni infecciosa fue en una Primípara (6.7%) (Tabla N°16, Gráfica N°15).

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p=0.043$ ) (Tabla N°16, Gráfica N°15).

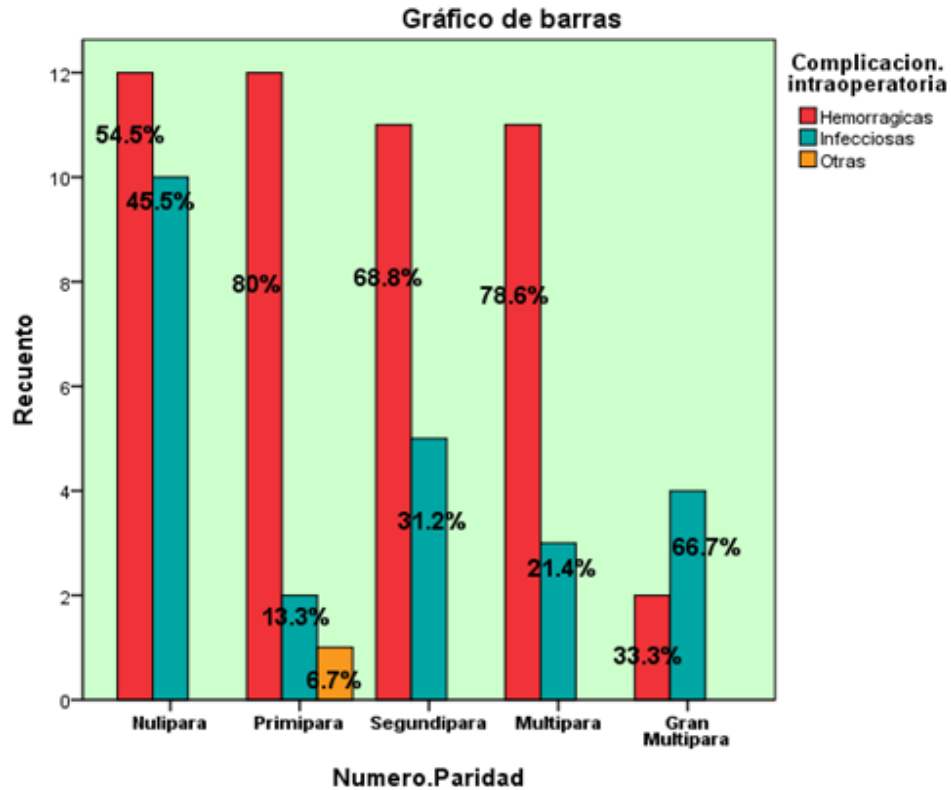
**Tabla N°16**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Paridad de las gestantes con complicaciones intraoperatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Número.Paridad \* Complicación.intraoperatoria**

			Complicación.intraoperatoria			Total
			Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Número. Paridad	Nulípara	Recuento % dentro de Número.Paridad	12 54,5%	10 45,5%	0 0%	22 100,0%
	Primípara	Recuento % dentro de Número.Paridad	12 80,0%	2 13,3%	1 6,7%	15 100,0%
	Segundípara	Recuento % dentro de Número.Paridad	11 68,8%	5 31,2%	0 0%	16 100,0%
	Multípara	Recuento % dentro de Número.Paridad	11 78,6%	3 21,4%	0 0%	14 100,0%
	Gran Multípara	Recuento % dentro de Numero.Paridad	2 33,3%	4 66,7%	0 0%	6 100,0%
Total		Recuento % dentro de Numero.Paridad	48 65,7%	24 32,9%	1 1,4%	73 100,0%

$$X^2 = 11.537 \quad p = 0.043$$

Gráfica N°15



En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas se presentaron con mayor frecuencia en las gestantes A término (67.5%) que las Pretérmino (63.6%) (Tabla N°17, Gráfica N°16).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas se presentaron con mayor frecuencia en las gestantes Pretérmino (36.4%) que las A término (30%) (Tabla N°17, Gráfica N°16).

En el grupo de las gestantes en general, la única complicación no hemorrágica ni infecciosa se presentó en una gestante A término (2.5%) (Tabla N°17, Gráfica N°16).

Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.580$ ) (Tabla N°17, Gráfica N°16).

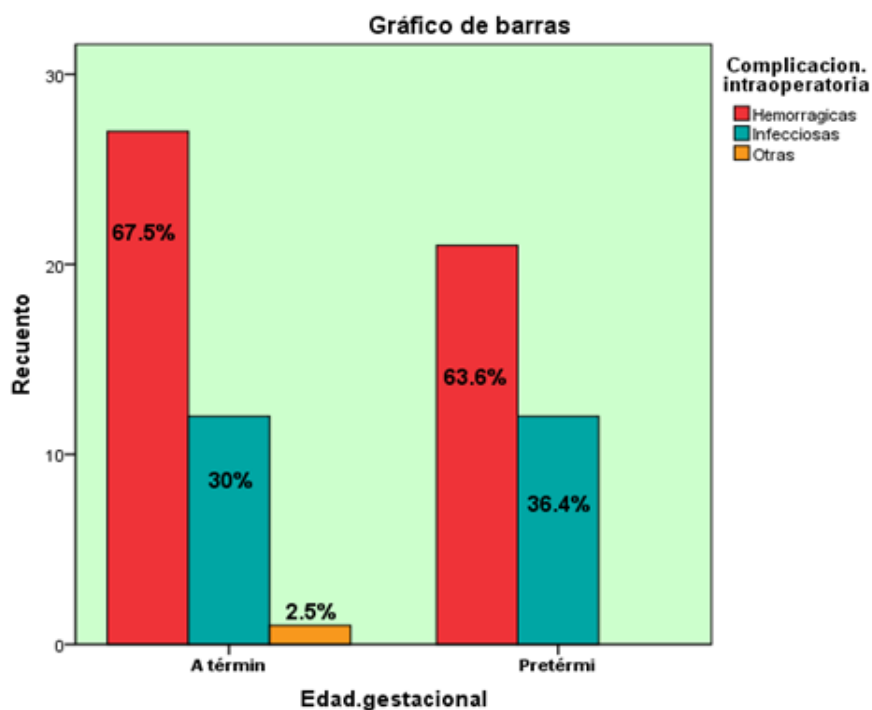
**Tabla N°17**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Edad gestacional de las gestantes con complicaciones intraoperatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Edad.gestacional \* Complicación.intraoperatoria**

			Complicación.intraoperatoria			Total
			Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Edad. Gestacional	A término	Recuento % dentro de Edad.gestacional	27 67,5%	12 30,0%	1 2,5%	40 100,0%
	Pretérmino	Recuento % dentro de Edad.gestacional	21 63,6%	12 36,4%	0 ,0%	33 100,0%
Total		Recuento % dentro de Edad.gestacional	48 65,7%	24 32,9%	1 1,4%	73 100,0%

$$X^2 = 1.089 \quad p = 0.580$$

**Gráfica N°16**



En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas se presentaron con mayor frecuencia en las gestantes con 0 a 5 controles prenatales (80%) que las que tuvieron 6 a más controles prenatales (55.8%) (Tabla N°18, Gráfica N°17).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas se presentaron con mayor frecuencia en las gestantes con 6 a más controles prenatales (41.9%) que las que tuvieron 0 a 5 controles prenatales (20%) (Tabla N°18, Gráfica N°17).

En el grupo de las gestantes a osadas, la única complicación no hemorrágica ni infecciosa se presentó en la gestante con 6 a más controles prenatales (2.3%) (Tabla N 18, Gráfica N 17).

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p=0.049$ ) (Tabla N 18, Gráfica N 17).

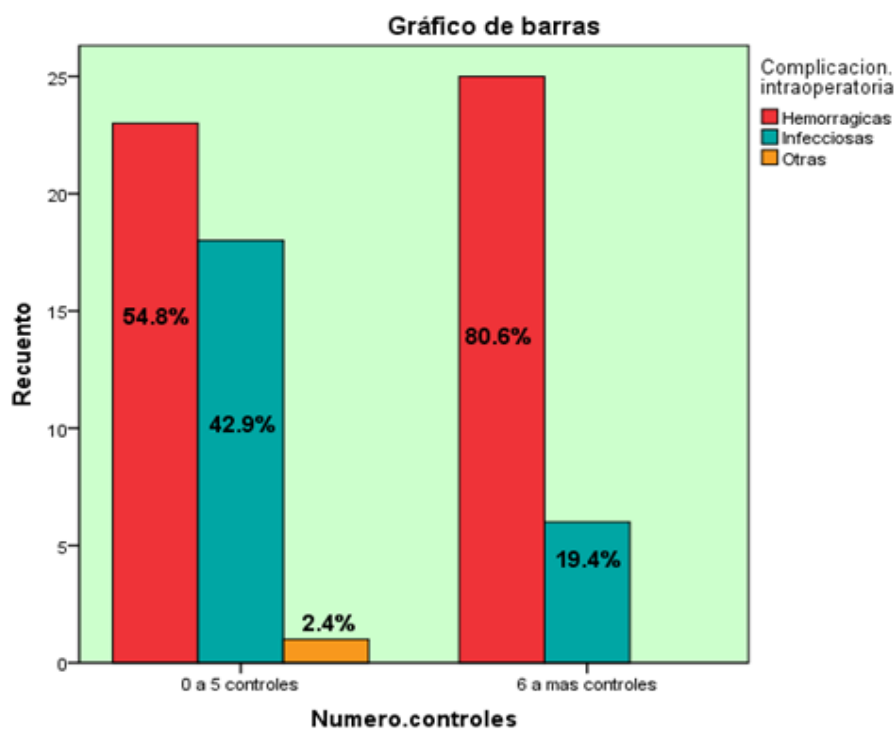
**Tabla N 18**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Control prenatal de las gestantes con complicaciones intraoperatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Número.controles \* Complicación.intraoperatoria**

			Complicación.intraoperatoria			Total
			Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Número. controles	0 a 5 controles	Recuento % dentro de Número.controles	23 54,8%	18 42,9%	1 2,4%	42 100,0%
	6 a más controles	Recuento % dentro de Número.controles	25 80,6%	6 19,4%	0 ,0%	31 100,0%
Total		Recuento % dentro de Número.controles	48 65,7%	24 32,9%	1 1,4%	73 100,0%

$$X^2 = 4.838 \quad p = 0.049$$

**Gráfica N 17**





## II) Grupo de gestantes con complicaciones post-operatorias.

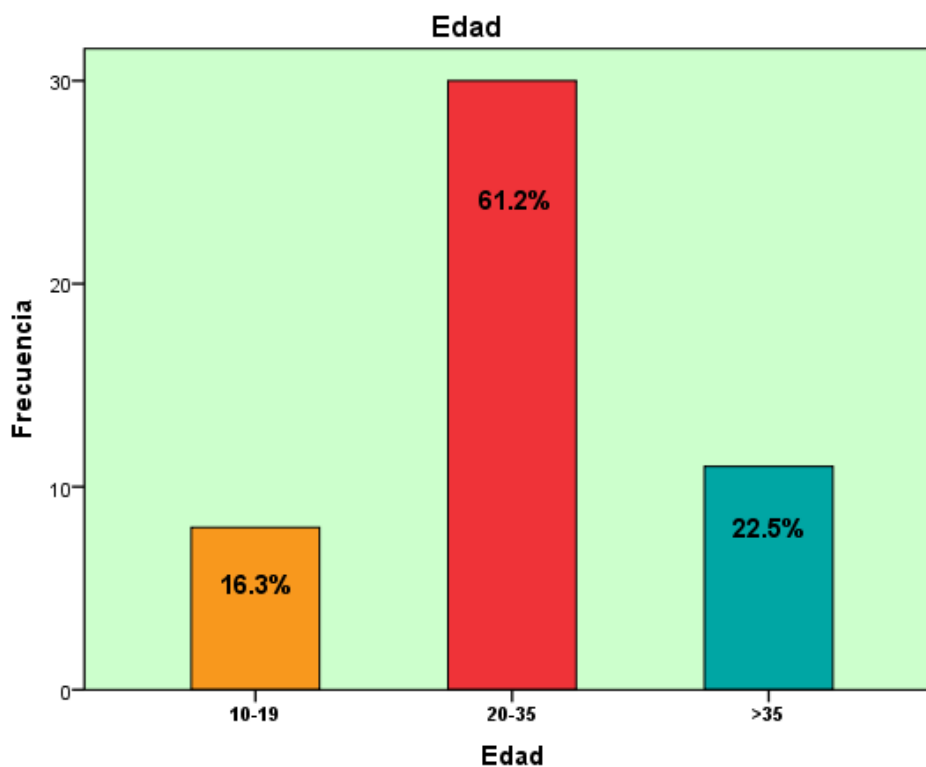
### a) Características sociodemográficas de las gestantes adolescentes, gestantes entre 20 a 35 años y gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Loreto.

Se evaluaron 49 gestantes, el 16.3% tuvieron entre los 10 a 19 años, el 61.2% entre 20 a 35 años y el 22.4% entre 35 a más años de edad (Tabla N°19 y Gráfica N°18).

**Tabla N°19**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones post-operatorias según edad**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	10-19	8	16,3	16,3	16,3
	20-35	30	61,2	61,2	77,5
	>35	11	22,5	22,5	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Gráfica N°18**

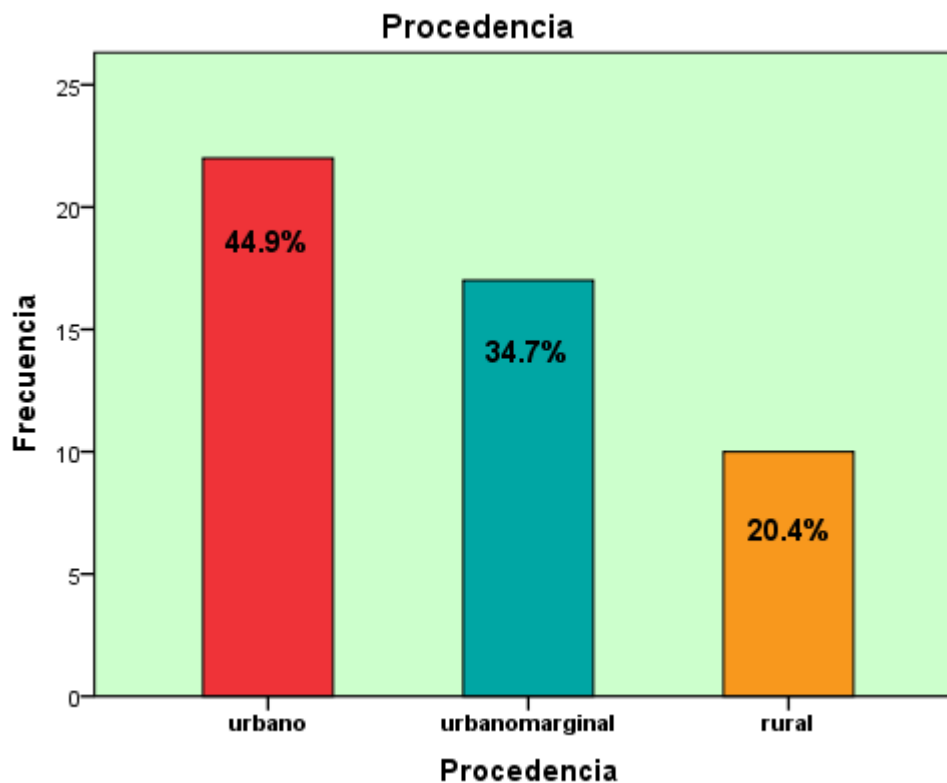


El 44.9% de las gestantes en general proceden de la zona urbana, el 34.7% de la zona urbano-marginal y el 20.4% de la zona rural (Tabla N°20 y Gráfica N°19).

**Tabla N°20**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones post-operatorias según**  
**procedencia**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Procedencia			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Urbano	22	44,9	44,9	44,9
	Urbano-marginal	17	34,7	34,7	79,6
	Rural	10	20,4	20,4	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Gráfica N°19**

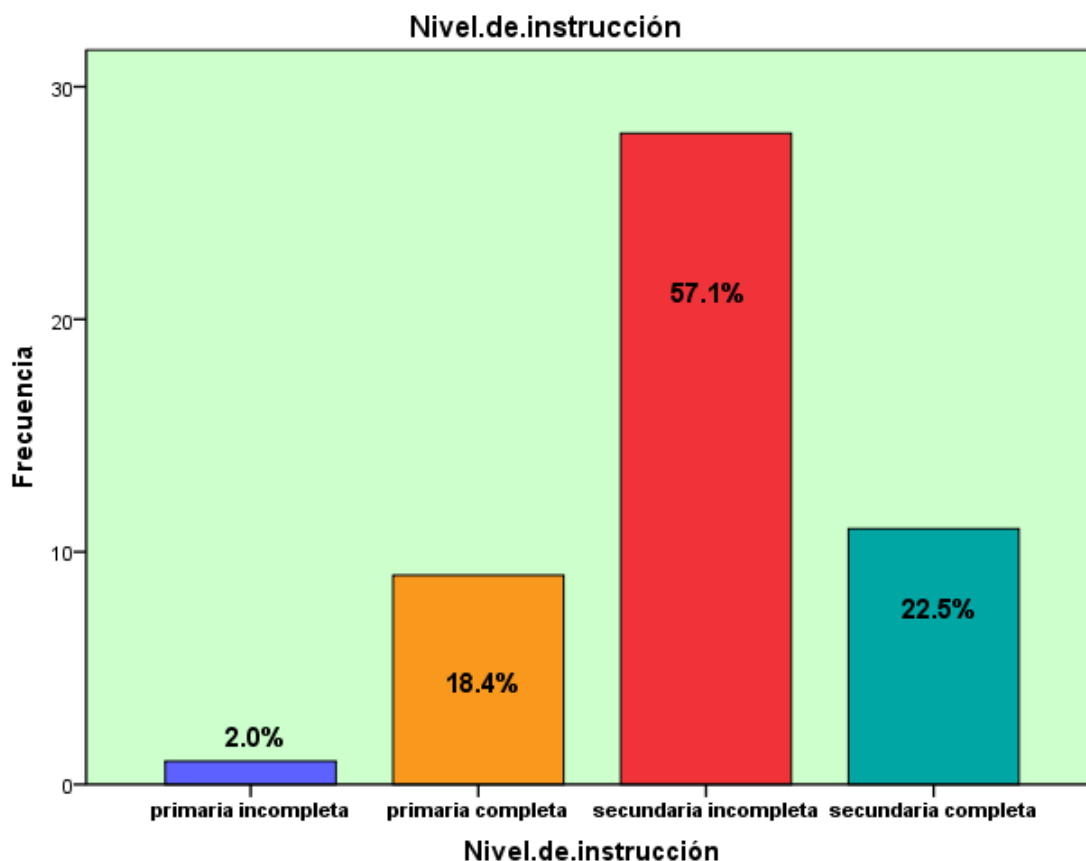


El 57.1% de las gestantes tienen un nivel de instrucción de secundaria incompleta y el 22.4% un nivel secundaria completa (Tabla N°21 y Gráfica N°20).

**Tabla N°21**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones post-operatorias según nivel de instrucción**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Nivel.de.instrucción			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sin estudios	0	0	0	0
	primaria incompleta	1	2,0	2,0	2,0
	primaria completa	9	18,4	18,4	20,4
	secundaria incompleta	28	57,1	57,1	77,5
	secundaria completa	11	22,5	22,5	100,0
	superior / técnica	0	0	0	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Gráfica N°20**



**e) Características obstétricas de las gestantes adolescentes, gestantes entre 20 a 35 años y gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Loreto.**

El 65.3% de las gestantes tienen antecedente de aborto y el 57.1% antecedente de cesárea (Tabla N°22 y Tabla N°23; Gráfica N°21 y Gráfica N°22).

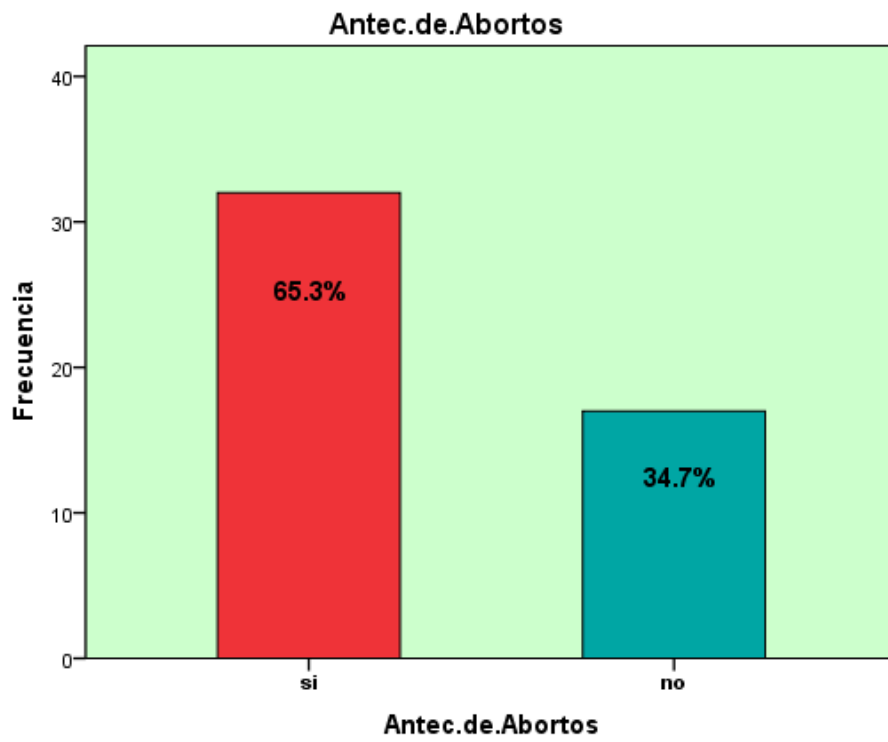
**Tabla N°22**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones post-operatorias según antecedente de aborto**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		<b>Antec.de.Abortos</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	32	65,3	65,3	65,3
	No	17	34,7	34,7	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

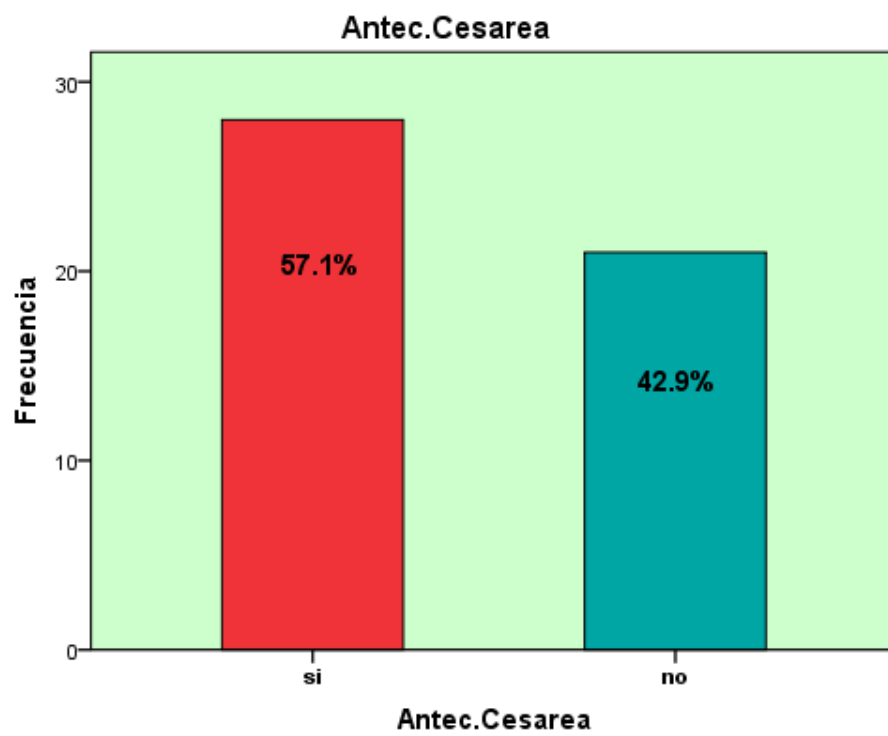
**Tabla N°23**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones post-operatorias según antecedente de cesárea**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		<b>Antec.Cesárea</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	28	57,1	57,1	57,1
	No	21	42,9	42,9	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

Gráfica N°21



Gráfica N°22

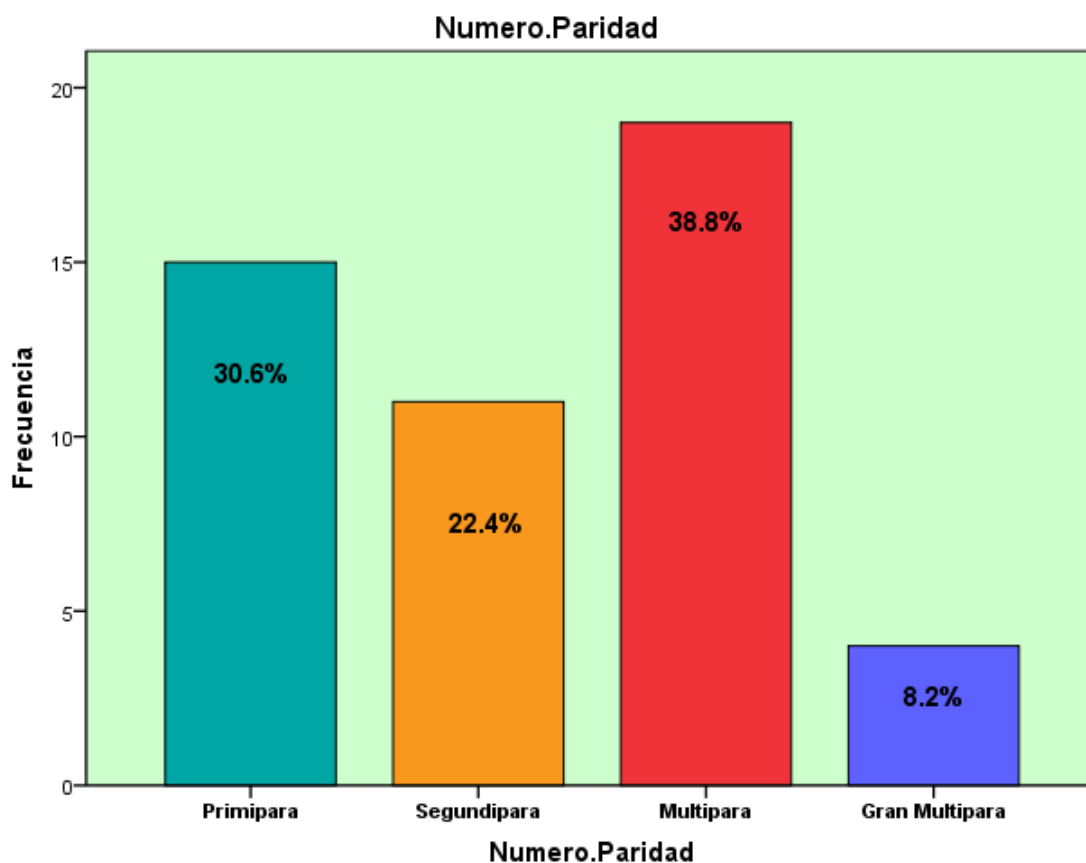


El 38.8% de las gestantes son multíparas, el 30.6% primíparas, el 22.4% secundíparas y el 8.2% gran multíparas (Tabla N°24 y Gráfica N°23).

**Tabla N°24**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones post-operatorias según número de**  
**paridad**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Número.Paridad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nulípara	0	0	0	0
	Primípara	15	30,6	30,6	30,6
	Segundípara	11	22,4	22,4	53,1
	Multípara	19	38,8	38,8	91,8
	Gran Multípara	4	8,2	8,2	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Gráfica N°23**

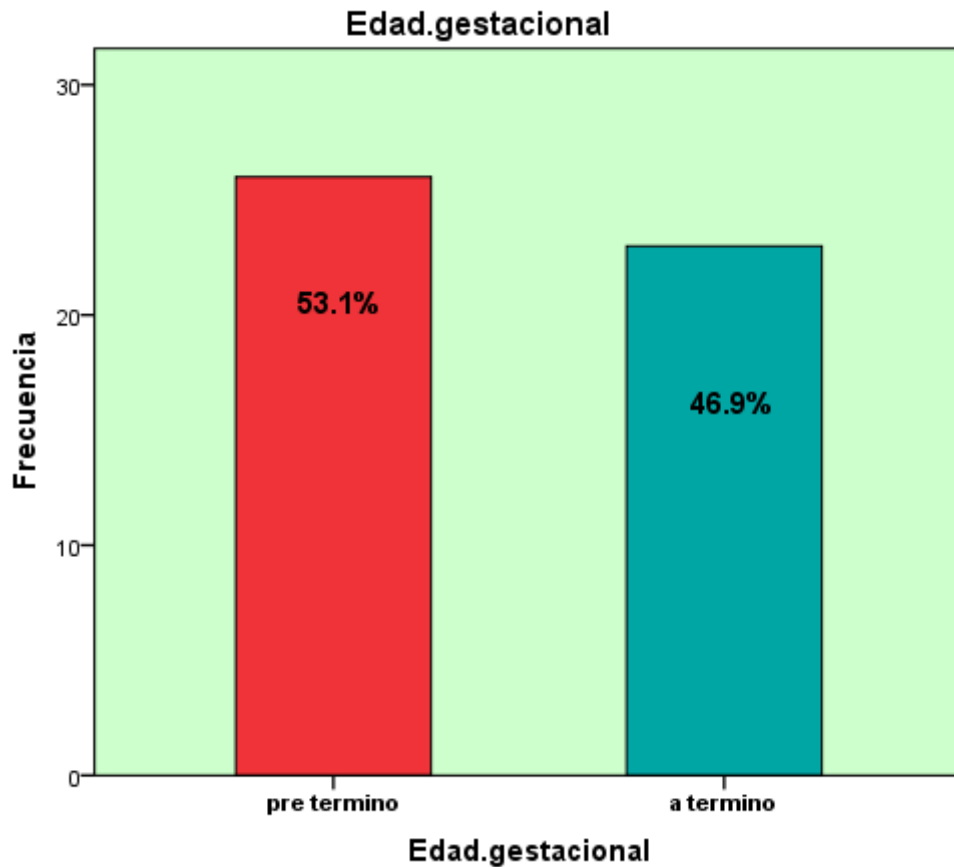


El 53.1% de las gestantes tuvieron edad gestacional pretérmino y el 46.9% fueron a término (Tabla N°25 y Gráfica N°24).

**Tabla N°25**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones post-operatorias según edad gestacional**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Edad.gestacional			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Pre término	26	53,1	53,1	53,1
	A término	23	46,9	46,9	100,0
	Postérmino	0	0	0	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

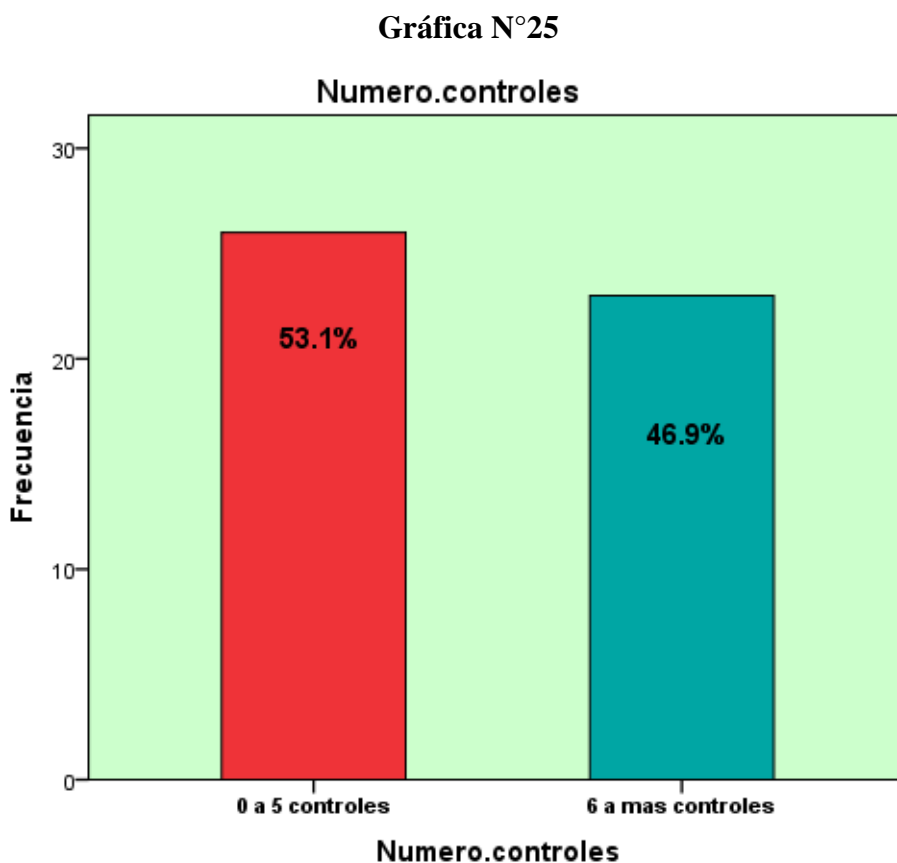
**Gráfica N°24**



El 53.1% de las gestantes tienen menos de 6 controles prenatales y el 46.9% con 6 a más controles prenatales (Tabla N°26 y Gráfica N°25).

**Tabla N°26**  
**Distribución de las gestantes con complicaciones post-operatorias según número de controles prenatales**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Número.controles			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 a 5 controles	26	53,1	53,1	53,1
	6 a más controles	23	46,9	46,9	100,0
Total		49	100,0	100,0	





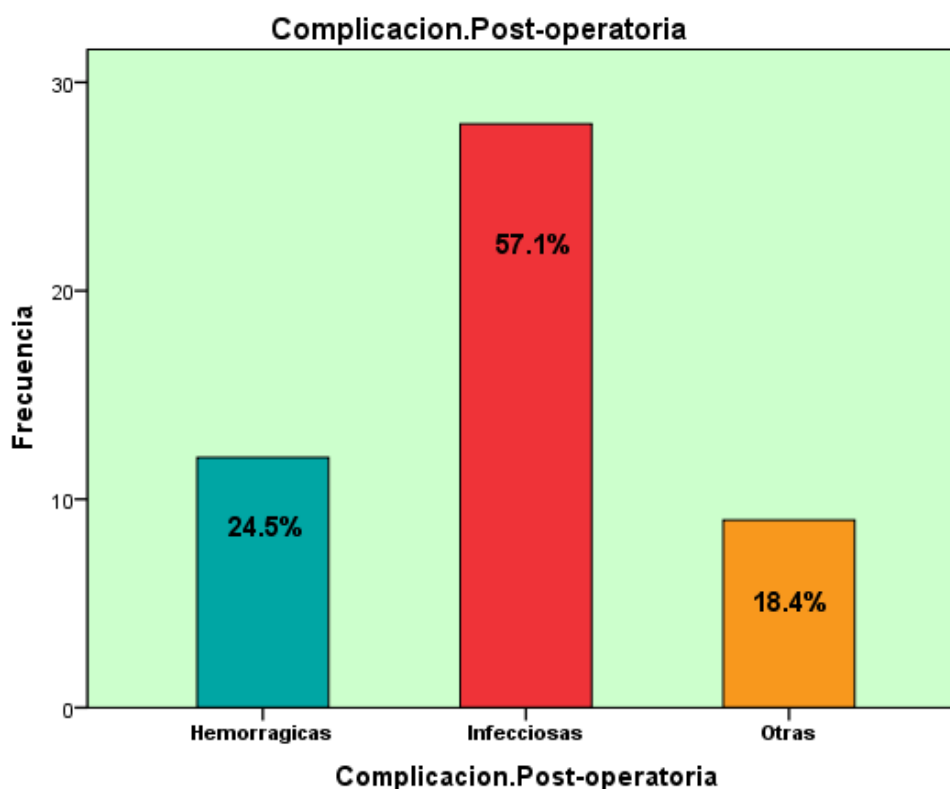
**f) Complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras en las gestantes adolescentes, gestantes entre 20 a 35 años y gestantes añosas atendidas en el Hospital Regional de Loreto.**

El 57.1% de las gestantes presentaron complicaciones infecciosas, el 24.5% presentaron complicaciones hemorrágicas y el 18.4% otras complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas (Tabla N°27 y Gráfica N°26).

**Tabla N°27**  
**Tasa de complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras según edad de las gestantes con complicaciones post-operatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Complicación.post-operatoria			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hemorrágicas	12	24,5	24,5	24,5
	Infecciosas	28	57,1	57,1	81,6
	Otras	9	18,4	18,4	100,0
	Total	49	100,0	100,0	

**Gráfica N°26**



La principal complicación hemorrágica en las gestantes fue: Hemorragias puerperales (24.5%) (Tabla N°28).

Las principales complicaciones infecciosas en las gestantes fueron: Endometritis (46.9%), Inf. De Herida Qx. (10.2%) (Tabla N°28).

Las principales complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas en las gestantes fueron: Dehiscencia de sutura (12.2%) y Hematoma de herida Qx. (6.1%) (Tabla N°28).

**Tabla N°28**  
**Complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras de las gestantes con complicaciones post-operatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

		Complicaciones.post-operatorias			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HEMORRAGIAS PUERPERALES	12	24,5	24,5	24,5
	ENDOMETRITIS	23	46,9	46,9	71,4
	INF. DE HERIDA QX	5	10,2	10,2	81,6
	DEHISCENCIA DE SUTURA	6	12,3	12,3	93,9
	HEMATOMA DE HERIDA QX	3	6,1	6,1	100,0
	TOTAL	49	100,0	100,0	

**g) Relación de las complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras con las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes adolescentes, gestantes entre 20 a 35 años y gestantes añosas.**

El 62.5% de las gestantes adolescentes, el 18.2% de las gestantes añosas y el 16.7% de las gestantes entre 20 a 35 años presentaron complicaciones hemorrágicas (Tabla N°29, Gráfica N°27).

El 66.6% de las gestantes entre 20 a 35 años, el 54.5% de las gestantes añosas y el 25% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones infecciosas (Tabla N°29, Gráfica N°27).

El 27.3% de las gestantes añosas, 16.7% de las gestantes entre 20 a 35 años y el 12.5% de las gestantes adolescentes presentaron otras complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas (Tabla N°29, Gráfica N°27).

Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.53$ ) (Tabla N°29, Gráfica N°27).

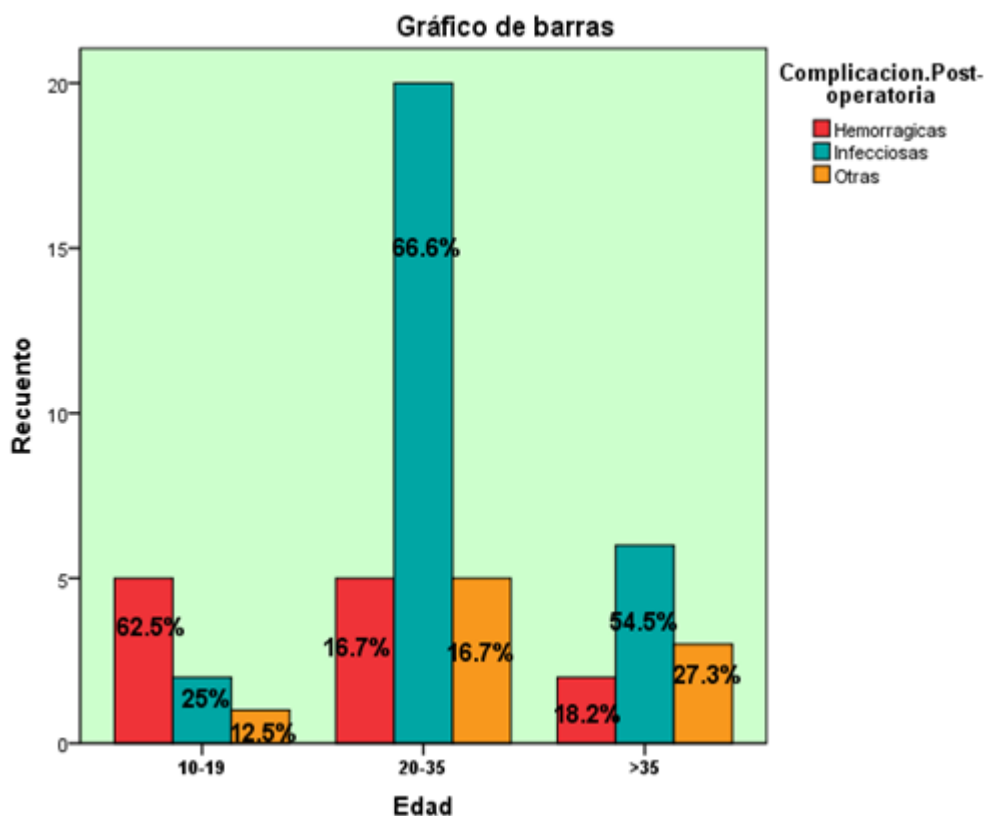
**Tabla N°29**  
**Complicaciones hemorrágicas, infecciosas y otras según la edad de las gestantes**  
**con complicaciones post-operatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Edad \* Complicación.post-operatoria**

			Complicación.post-operatoria			Total
			Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Edad	10-19	Recuento	5	2	1	8
		% dentro de Edad	62,5%	25,0%	12,5%	100,0%
	20-35	Recuento	5	20	5	30
		% dentro de Edad	16,7%	66,6%	16,7%	100,0%
	>35	Recuento	2	6	3	11
		% dentro de Edad	18,2%	54,5%	27,3%	100,0%
Total		Recuento	12	28	9	49
		% dentro de Edad	24,5%	57,1%	18,4%	100,0%

$X^2 = 8.256$   $p = 0.53$

**Gráfica N°27**



En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas fueron con mayor frecuencia en las que proceden de la zona Urbano-marginal (35.3%) que las que proceden de la zona Rural (20%) y Urbano (18.2%) (Tabla N°30, Gráfica N°28).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas fueron con mayor frecuencia en las que proceden de la zona Urbano (68.2%) que las que proceden de la zona Urbano-marginal (52.9%) y Rural (40%) (Tabla N°30, Gráfica N°28).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas fueron con mayor frecuencia en las que proceden de la zona Rural (40%) que las que proceden de la zona Urbano (13.6%) y Urbano-marginal (11.8%) (Tabla N°30, Gráfica N°28).

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p=0.039$ ) (Tabla N°30, Gráfica N°28).

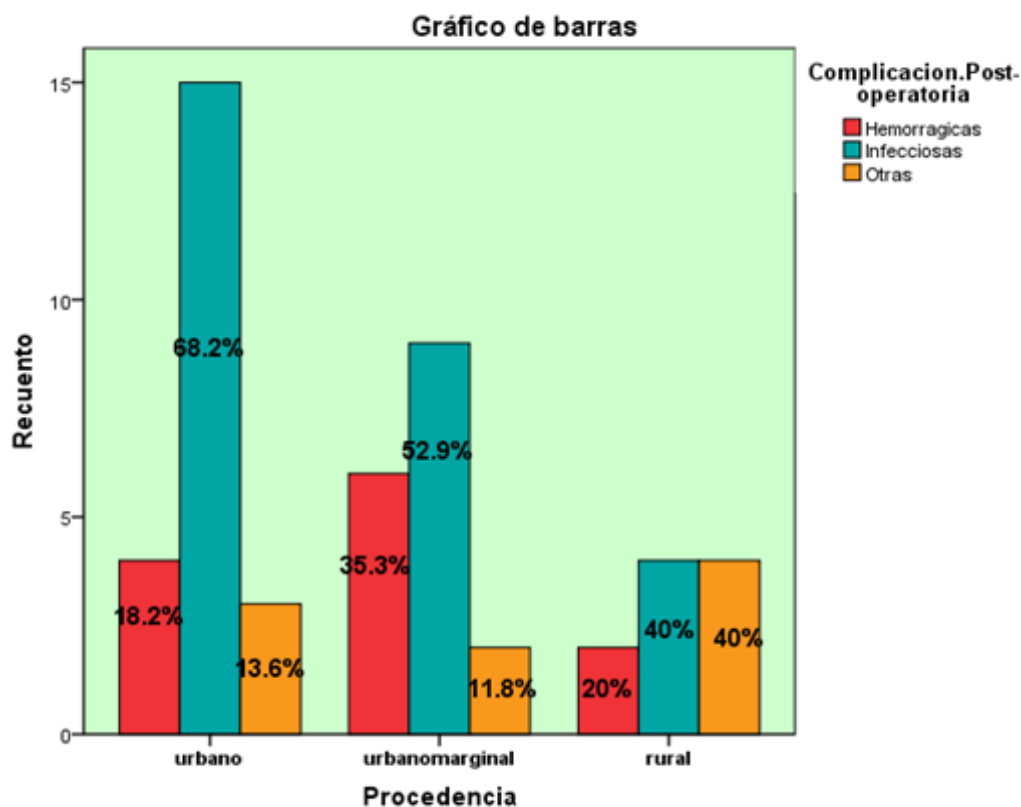
**Tabla N°30**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Procedencia de las gestantes con complicaciones post-operatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Procedencia \* Complicación.post-operatoria**

			Complicación.post-operatoria			Total
			Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Procedencia	Urbano	Recuento % dentro de Procedenc.	4 18,2%	15 68,2%	3 13,6%	22 100,0%
	Urbano-marginal	Recuento % dentro de Procedenc.	6 35,3%	9 52,9%	2 11,8%	17 100,0%
	Rural	Recuento % dentro de Procedenc.	2 20,0%	4 40,0%	4 40,0%	10 100,0%
Total		Recuento % dentro de Procedenc.	12 24,5%	28 57,1%	9 18,4%	49 100,0%

$$X^2 = 5.505 \quad p = 0.039$$

Gráfica N°28



En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas fueron con mayor frecuencia en las que tienen nivel de instrucción Primaria incompleta (100%) y Primaria completa (44.5%) que las de Secundaria completa (9.1%) (Tabla N°31, Gráfica N°29).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas fueron con mayor frecuencia en las que tienen nivel de instrucción Secundaria incompleta (67.9%) que las de Secundaria completa (54.5%) (Tabla N°31, Gráfica N°29).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas fue con mayor frecuencia en las que tienen nivel de instrucción Secundaria completa (36.4%) (Tabla N°31, Gráfica N°29).

Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.121$ ) (Tabla N°31, Gráfica N°29).

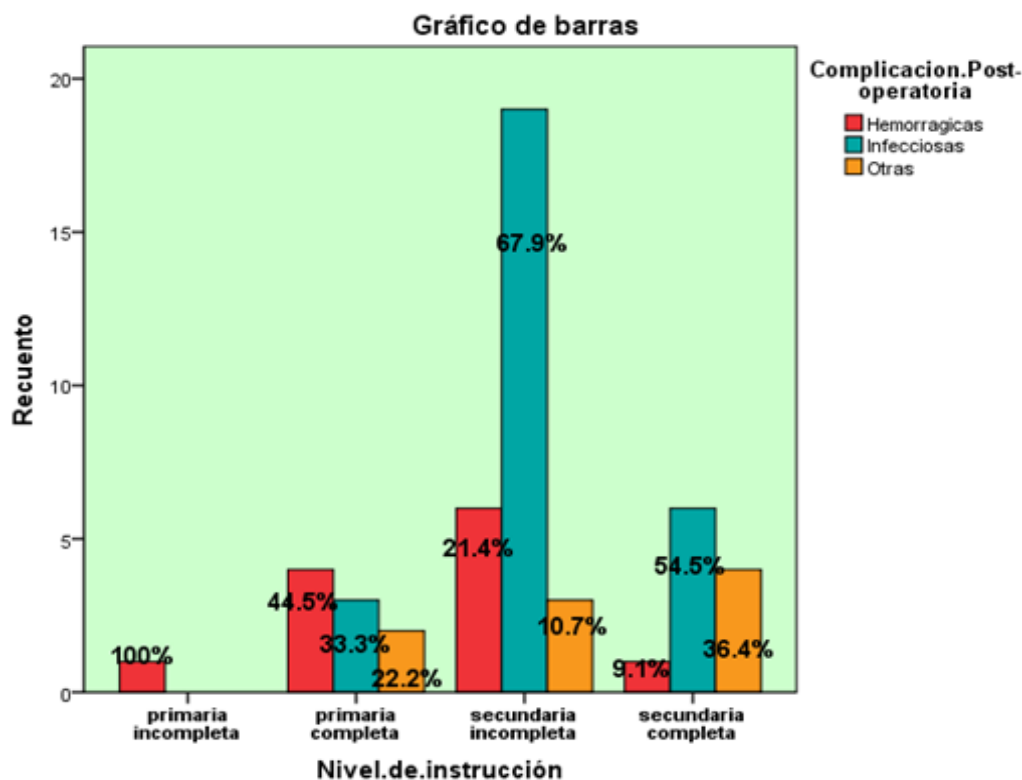
**Tabla N°31**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Nivel de instrucción de**  
**las gestantes con complicaciones post-operatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Nivel.de.instrucción \* Complicación.post-operatoria**

			Complicación.post-operatoria			Total
			Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Nivel.de. Instrucción	primaria incompleta	Recuento % dentro de Nivel.de.instruc.	1 100,0%	0 0%	0 0%	1 100,0%
	primaria completa	Recuento % dentro de Nivel.de.instruc.	4 44,5%	3 33,3%	2 22,2%	9 100,0%
	secundaria incompleta	Recuento % dentro de Nivel.de.instruc.	6 21,4%	19 67,9%	3 10,7%	28 100,0%
	secundaria completa	Recuento % dentro de Nivel.de.instruc.	1 9,1%	6 54,5%	4 36,4%	11 100,0%
<b>Total</b>		Recuento % dentro de Nivel.de.instruc.	12 24,5%	28 57,1%	9 18,4%	49 100,0%

$$X^2 = 10.093 \quad p = 0.121$$

**Gráfica N°29**



En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas fueron con mayor frecuencia en las que tienen antecedente de aborto (25%) en comparación con las que no tienen antecedente de aborto (23.5%) (Tabla N°32, Gráfica N°30).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas fueron con mayor frecuencia en las que no tienen antecedente de aborto (64.7%) en comparación con las que tienen antecedente de aborto (53.1%) (Tabla N°32, Gráfica N°30).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas fueron con mayor frecuencia en las que tienen antecedente de aborto (21.9%) en comparación con las que no tienen antecedente de aborto (11.8%) (Tabla N°32, Gráfica N°30).

Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.241$ ) (Tabla N°32, Gráfica N°30).

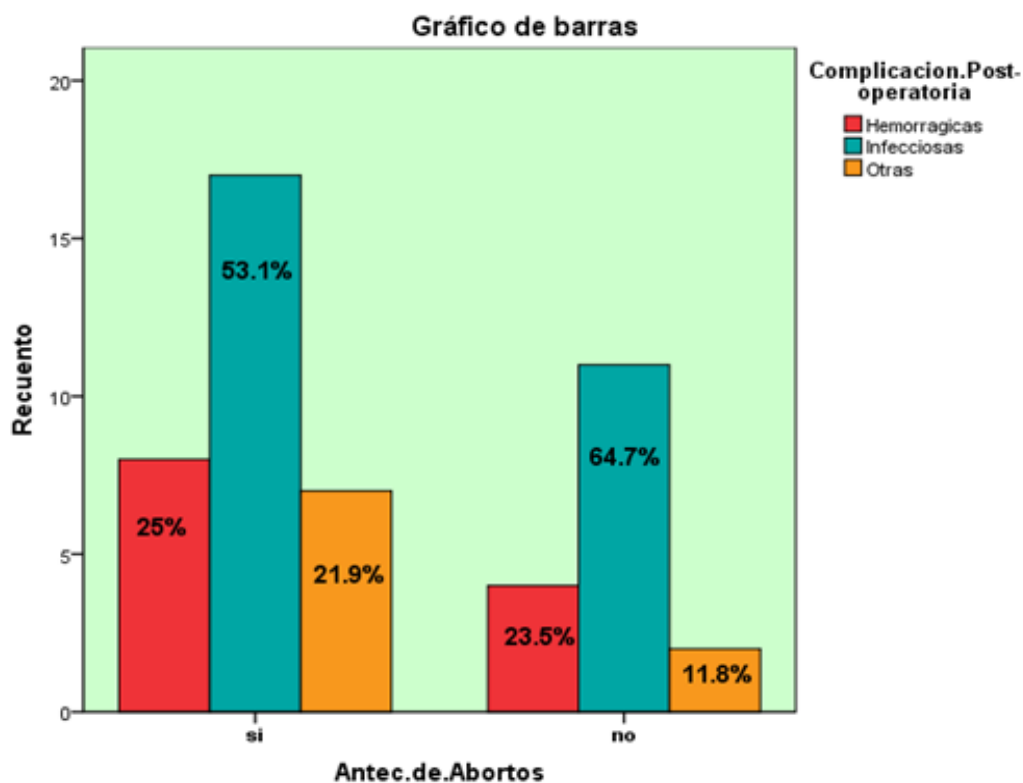
**Tabla N°32**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Antecedente de aborto de las gestantes con complicaciones post-operatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Antec.de.Abortos \* Complicación.post-operatoria**

		Complicación.post-operatoria			Total	
		Hemorrágicas	Infecciosas	Otras		
Antec.de.Abortos	Si	Recuento 8	% dentro 25,0%	17	7	32
		de Antec.de.Abortos		53,1%	21,9%	100,0%
	No	Recuento 4	% dentro 23,5%	11	2	17
		de Antec.de.Abortos		64,7%	11,8%	100,0%
Total		Recuento 12	% dentro 24,5%	28	9	49
		de Antec.de.Abortos		57,1%	18,4%	100,0%

$$X^2 = 0.888 \quad p = 0.241$$

Gráfica N°30



En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas fueron con mayor frecuencia en las que tienen antecedente de cesárea (25%) en comparación con las que no tienen antecedente de cesárea (23.8%) (Tabla N°33, Gráfica N°31).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas fueron con mayor frecuencia en las que no tienen antecedente de cesárea (61.9%) en comparación con las que tienen antecedente de cesárea (53.6%) (Tabla N°33, Gráfica N°31).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas fueron con mayor frecuencia en las que tienen antecedente de cesárea (21.4%) en comparación con las que no tienen antecedente de cesárea (14.3%) (Tabla N°33, Gráfica N°31).

Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.284$ ) (Tabla N°33, Gráfica N°31).



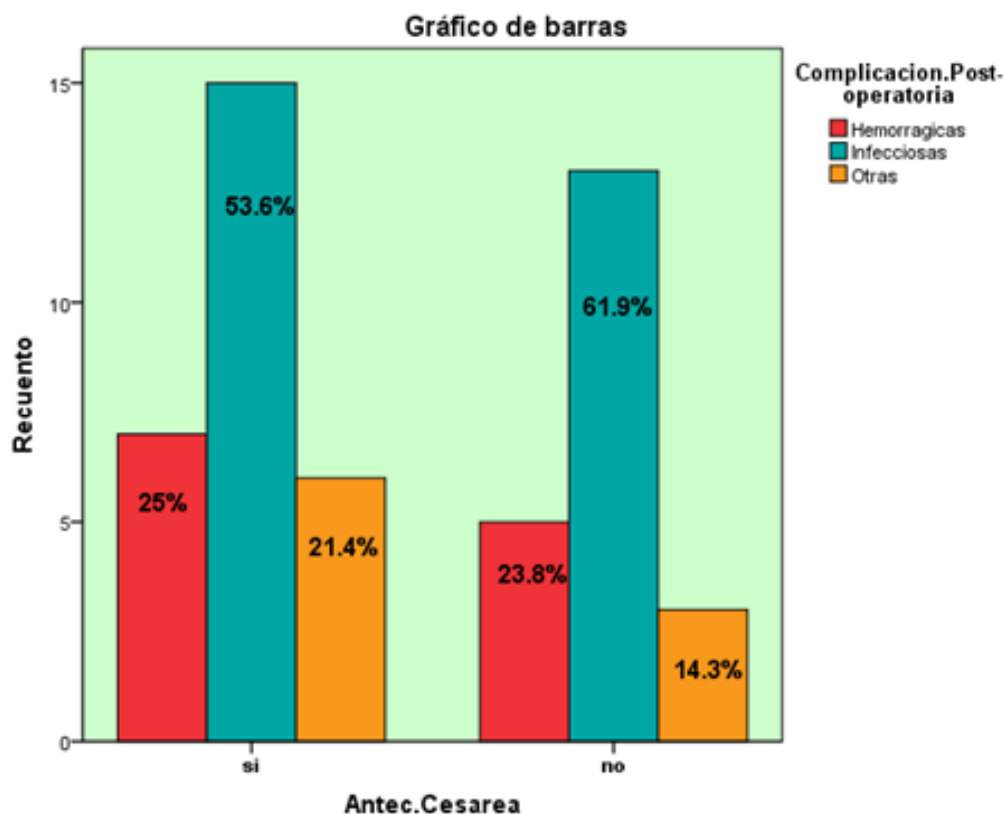
**Tabla N°33**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Antecedente de cesárea**  
**de las gestantes con complicaciones post-operatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Antec.Cesárea \* Complicación.post-operatoria**

			Complicación.post-operatoria			Total
			Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Antec.Cesárea	Si	Recuento % dentro de Antec.Cesárea	7 25,0%	15 53,6%	6 21,4%	28 100,0%
	no	Recuento % dentro de Antec.Cesárea	5 23,8%	13 61,9%	3 14,3%	21 100,0%
Total		Recuento % dentro de Antec.Cesárea	12 24,5%	28 57,1%	9 18,4%	49 100,0%

$X^2 = 0.486$   $p = 0.284$

**Gráfica N°31**



En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas fueron con mayor frecuencia en las Secundíparas (36.4%) y Primíparas (33.3%) (Tabla N°34, Gráfica N°32).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas fueron con mayor frecuencia en las Primíparas (60%) que las Gran múltiparas (50%) (Tabla N°34, Gráfica N°32).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas fueron con mayor frecuencia en Múltiparas (31.6%) y Gran múltiparas (25%) (Tabla N°34, Gráfica N°32).

Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p=0.038$ ) (Tablas N°34, Gráfica N°32).

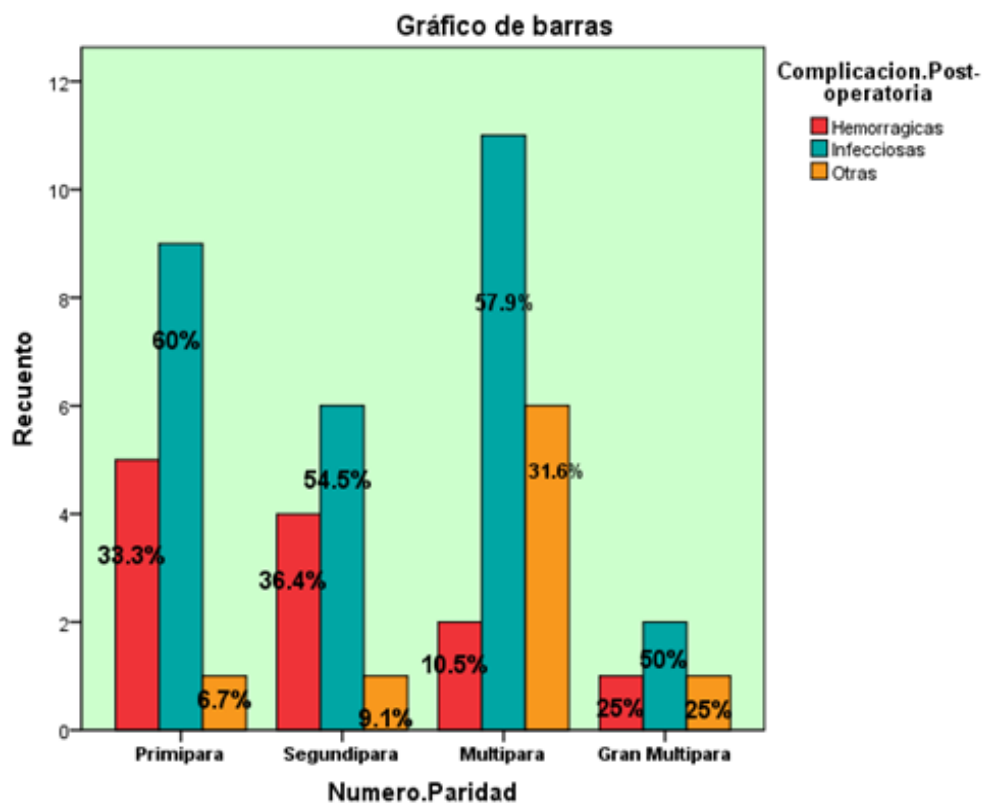
**Tabla N°34**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Paridad de las gestantes con complicaciones post-operatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Número.Paridad \* Complicación.post-operatoria**

			Complicación.post-operatoria			Total
			Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Número. Paridad	Primípara	Recuento % dentro de Número.Paridad	5 33,3%	9 60,0%	1 6,7%	15 100,0%
	Segundípara	Recuento % dentro de Número.Paridad	4 36,4%	6 54,5%	1 9,1%	11 100,0%
	Múltipara	Recuento % dentro de Número.Paridad	2 10,5%	11 57,9%	6 31,6%	19 100,0%
	Gran Múltipara	Recuento % dentro de Número.Paridad	1 25,0%	2 50,0%	1 25,0%	4 100,0%
Total		Recuento % dentro de Número.Paridad	12 24,5%	28 57,1%	9 18,4%	49 100,0%

$$X^2 = 6.232 \quad p = 0.038$$

Gráfica N°32



En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas se presentaron con mayor frecuencia en las gestantes A término (26.1%) que las Pretérmino (23.1%) (Tabla N°35, Gráfica N°33).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas se presentaron con mayor frecuencia en las gestantes Pretérmino (73.1%) que las A término (39.1%) (Tabla N°35, Gráfica N°33).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas se presentaron con mayor frecuencia en las gestantes A término (34.8%) que las Pretérmino (3.8%) (Tabla N°35, Gráfica N°33).

Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.12$ ) (Tabla N°35, Gráfica N°33).

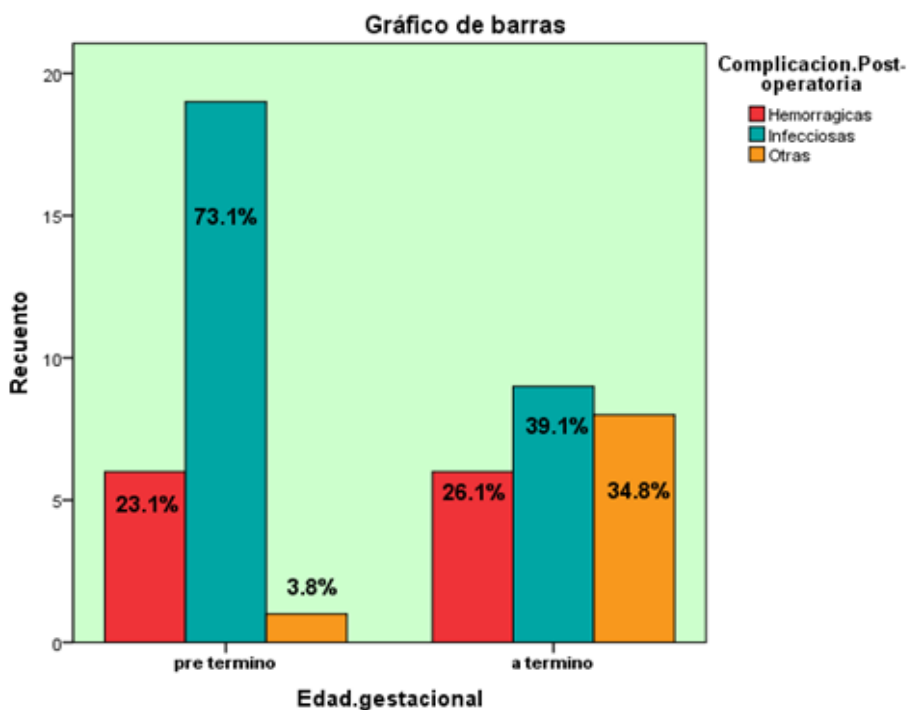
**Tabla N°35**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Edad gestacional de las gestantes con complicaciones post-operatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Edad.gestacional \* Complicación.post-operatoria**

		Complicación.post-operatoria			Total		
		Hemorrágicas	Infecciosas	Otras			
Edad.gestacional	Pre termino	Recuento 6	% dentro 23,1%	19	1	26	100,0%
	A termino	Recuento 6	% dentro 26,1%	9	8	23	100,0%
Total		Recuento 12	% dentro 24,5%	28	9	49	100,0%

$$X^2 = 8.865 \quad p = 0.12$$

**Gráfica N°33**



En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones hemorrágicas se presentaron con mayor frecuencia en las gestantes con 0 a 5 controles prenatales (34.6%) que las que tuvieron 6 a más controles prenatales (13%) (Tabla N°36, Gráfica N°34).

En el grupo de las gestantes en general, las complicaciones infecciosas se presentaron con mayor frecuencia en las gestantes con 6 a más controles prenatales (69.6%) que las que tuvieron 0 a 5 controles prenatales (46.2%) (Tabla N°36, Gráfica N°34).

En el grupo de las gestantes añosas, las complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas se presentaron con mayor frecuencia en las gestantes con 0 a 5 controles prenatales (19.2%) que las que tuvieron 6 a más controles prenatales (17.4%) (Tabla N°36, Gráfica N°34).

Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.073$ ) (Tabla N°36, Gráfica N°34).

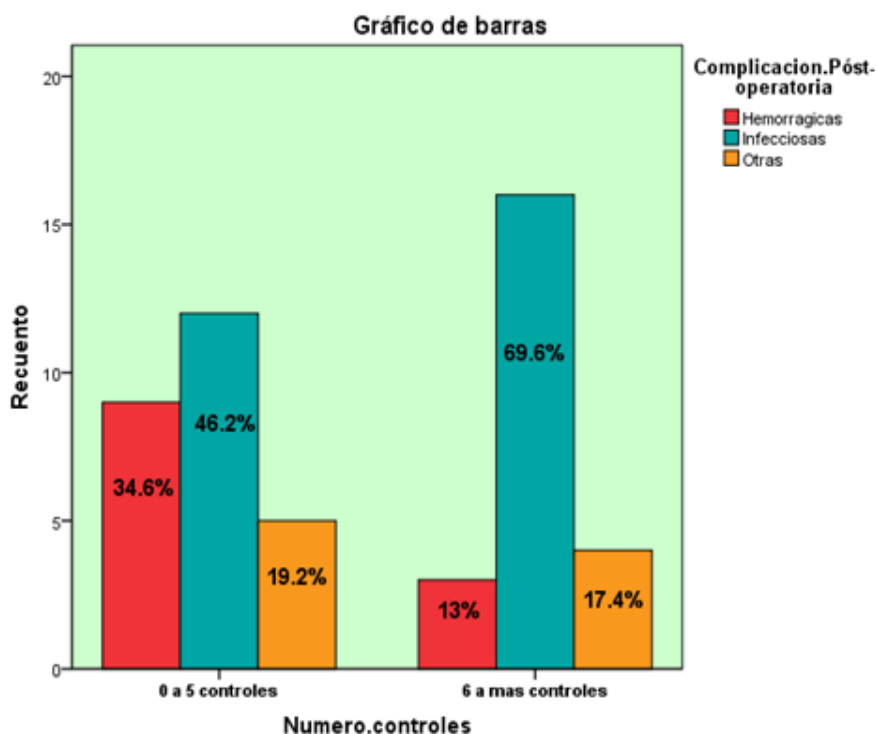
**Tabla N°36**  
**Complicaciones Hemorrágicas, Infecciosas y otras según Control prenatal de las gestantes con complicaciones post-operatorias**  
**Hospital Regional de Loreto**  
**Enero a Diciembre del 2016**

**Tabla de contingencia Número.controles \* Complicación.post-operatoria**

			Complicación.post-operatoria			Total
			Hemorrágicas	Infecciosas	Otras	
Número. controles	0 a 5 controles	Recuento % dentro de Número.controles	9 34,6%	12 46,2%	5 19,2%	26 100,0%
	6 a más controles	Recuento % dentro de Número.controles	3 13,0%	16 69,6%	4 17,4%	23 100,0%
Total		Recuento % dentro de Número.controles	12 24,5%	28 57,1%	9 18,4%	49 100,0%

$X^2 = 3.512$   $p = 0.073$

**Gráfica N°34**



## 10. DISCUSIÓN

En el estudio realizado a las 122 gestantes que tuvieron complicaciones de cesárea en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo 2016, obteniendo resultados:

- 73 gestantes (59.8%) atendidas presentan complicaciones intraoperatorias, de éstas, el 27.4% tuvieron entre 10 a 19 años, el 57.5% entre 20 a 35 años y el 15.1% entre 35 a más años de edad. Además se registró que el 65.7% presentaron complicaciones hemorrágicas, 32.9% complicaciones infecciosas y 1.4% otras complicaciones. Además de las gestantes entre 10 a 19 años: el 55% presentaron complicaciones hemorrágicas y el 45% complicaciones infecciosas; de las gestantes entre 20 a 35 años: el 66.7% presentaron complicaciones hemorrágicas, el 31% complicaciones infecciosas y el 2.4% otras complicaciones; de las gestantes de 35 años a más: el 81.8% presentaron complicaciones hemorrágicas y el 18.2% complicaciones infecciosas.
- 49 gestantes (40.2%) atendidas presentan complicaciones post-operatorias, de éstas, el 16.3% tuvieron entre 10 a 19 años, el 61.2% entre 20 a 35 años y el 22.5% entre 35 a más años de edad. Además se registró que el 24.5% presentaron complicaciones hemorrágicas, el 57.1% complicaciones infecciosas y el 18.4% otras complicaciones. Además de las gestantes entre 10 a 19 años: el 62.5% presentaron complicaciones hemorrágicas, el 25% complicaciones infecciosas y el 12.5% otras complicaciones; de las gestantes entre 20 a 35 años: el 16.7% presentaron complicaciones hemorrágicas, el 66.6% complicaciones infecciosas y el 16.7% otras complicaciones; de las gestantes de 35 años a más: el 18.2% presentaron complicaciones hemorrágicas, el 54.5% complicaciones infecciosas y el 27.3% otras complicaciones.

Se concluye que: en el grupo de complicaciones intraoperatorias, la mayoría se presentó en gestantes entre 20 a 35 años (57.5%) y un 65.7% presentaron complicaciones hemorrágicas. En el grupo de complicaciones post-operatorias, la mayoría se presentó en gestantes entre 20 a 35 años (61.2%) y un 57.1% presentaron complicaciones infecciosas. Nuestros resultados convergen con DÍAZ BOLANO <sup>41</sup>, quien encontró que la edad promedio de complicaciones por cesárea (que terminaron en histerectomía) es de 26,9; GUADAMUZ <sup>45</sup> encuentra en añosas el 73.6% de complicación en la madre. BUSTILLOS <sup>46</sup> reporta un 46,8% de complicaciones en añosas.

En ambos grupos, tanto en complicaciones intraoperatorias como en post-operatorias, las gestantes proceden de la zona urbana; esto era de esperar ya que la población que se atiende en el Hospital Regional de Loreto procede, en su gran mayoría de la misma ciudad, por cercanía y urgencia en busca de atención médica, pocos casos de zonas urbano-marginal y rural. LOPEZ <sup>50</sup> en su estudio en gestantes adolescentes, más del 60% procedieron de la zona rural.

En ambos grupos predominó la instrucción secundaria incompleta; esa es una tendencia en nuestra ciudad, las mujeres tienen menos oportunidades de un mejor desarrollo académico por su pronta maternidad o pronta unión conyugal; esto difiere según el lugar donde se realice el estudio como en el de GUADAMUZ <sup>45</sup> en Nicaragua, más del 50% de las añosas tenían educación primaria. MONDRAGON <sup>49</sup> refiere que se espera un mayor grado de instrucción en las gestantes mayores que en el grupo de las

adolescentes. Nuestro estudio coincide con el de LOPEZ <sup>50</sup>, quien encuentra que las gestantes presentan en su mayoría secundaria incompleta.

En el grupo de complicaciones intraoperatorias y post-operatorias, predominaron las nulíparas y múltiparas respectivamente, esto último, está acorde a lo reportado por el INEI donde en nuestra región se presentan una de las mayores tasas de fecundidad, TRIGOSO <sup>52</sup> en su estudio en el Hospital III Iquitos de EsSalud, encontró que las gestantes añosas presentaron con mayor frecuencia multiparidad, mientras VALLS <sup>49</sup> encuentra en su estudio en mujeres que parieron, el 19% de nulíparas. DÍAZ BOLANO <sup>41</sup> encontró que un 37.4% son primíparas y el porcentaje de nulíparas es de 52.5%.

En el grupo de complicaciones intraoperatorias, el 54.8% de las gestantes tuvieron un parto a término, mientras que en el grupo de complicaciones post-operatorias, el 53.1% de las gestantes tuvieron un parto pretérmino. ALONSO <sup>47</sup> encuentra que el mayor riesgo de dar a luz un prematuro se dio en mujeres >35 años, que en las adolescentes. MANRIQUE <sup>51</sup> encuentra una tasa de parto pre término en las adolescentes del 10,51 %. Mientras que TRIGOSO <sup>52</sup> reporta en su estudio que las gestantes añosas presentan con mayor frecuencia parto pre término.

En el grupo de complicaciones intraoperatorias, las gestantes tuvieron menos de 6 controles prenatales; en el grupo de complicaciones post-operatorias, las gestantes tuvieron de 6 a más controles prenatales. MONDRAGON <sup>49</sup> encuentra que la frecuencia de control prenatal fue ligeramente menor en gestantes adolescentes que en las mayores. TRIGOSO <sup>52</sup> encuentra mejor control prenatal en las gestantes añosas; esta frecuencia podría estar relacionada con una mayor edad y responsabilidad por la situación grávida en que se encuentra a tener la posibilidad de ser su último hijo logrando acudir a sus controles prenatales.

En el grupo de complicaciones intraoperatorias, las principales complicaciones en las gestantes fueron Hemorragia por hipotonía – atonía uterina, Hemorragia de origen placentario por amenaza de parto pretérmino y placenta previa, Ruptura uterina, Hemorragia por desprendimiento prematuro de placenta, Infección de origen amniótico, Infección de origen fetal, Sepsis por foco urinario, Depresión respiratoria con diferentes porcentajes; y en el grupo de complicaciones post-operatorias, las principales complicaciones en las gestantes fueron Hemorragias puerperales, Endometritis, Inf. De Herida Qx., Dehiscencia de sutura y Hematoma de herida Qx. también con diferentes porcentajes; estudios en gestantes adolescentes como el de MONDRAGON <sup>49</sup> encuentra que la infección de tracto urinario es la única complicación que se presenta con mayor frecuencia. LOPEZ <sup>50</sup> encuentra principalmente corioamnionitis, parto pre término, ruptura prematura de membranas y preeclampsia.

HERNANDEZ <sup>53</sup> reporta la ruptura prematura de membrana, la hemorragia y la hipertensión. BENDEZU <sup>44</sup> encuentra en añosas como patologías asociadas a la toxemia y la ruptura prematura de membranas; GUADAMUZ <sup>45</sup> encuentra en mujeres mayores de 35 años hipertensión inducida por el embarazo y ruptura prematura de membranas. BUSTILLOS <sup>46</sup> encuentra RPM e HIE.

En el estudio de complicaciones intraoperatorias, las de tipo hemorrágica (65.7%) se presentaron con mayor frecuencia, seguidas de las de tipo infecciosa (32.9%) y otras

(1.4%), mientras que en el grupo de complicaciones post-operatorias, prevaleció con mayor frecuencia las de tipo infecciosa (57.1%), seguidas por las de tipo hemorrágica (24.5%) y otras (18.4%); LOLI FIGUEROA <sup>34</sup> encuentra que las principales complicaciones fueron la hemorragia y la toxemia; DR. SIGFRIDO VALDEZ <sup>35</sup> encuentra que las complicaciones más frecuentes fueron: la hemorragia con 22.7 %, la endometritis 2.2 %, infección de herida quirúrgica con 0.7%. PEDRO ABAD <sup>36</sup> entre las complicaciones más frecuentes que se encontró: fiebre 30 %, la infección de vía urinaria 20 %, infección de herida operatoria 19 %, endometritis 15 %, hematoma de herida operatoria 6 %. SLIVIA DIGNANI <sup>37</sup> encontró que la prevalencia de infecciones fue endometritis 68 %, infección de herida quirúrgica 6.5 % e infección urinaria en 6.5 % mastitis 6 %. Se concluyó que la infección más frecuente fue la endometritis y se observó en primigestas. PILOTO MOREJÓN <sup>38</sup> se concluye que las complicaciones puerperales más frecuentes fueron las hemorrágicas (51.93 %) y las sépticas (30.94 %), las complicaciones hemorrágicas se observaron frecuentemente en las primeras 24 horas y las sépticas entre los 2 y 4 días posteriores al nacimiento del niño. DÍAZ BOLANO <sup>41</sup> encontró que la morbilidad post operatoria es de 64.7% siendo la causa más usual los procesos infecciosos.



## 11. CONCLUSIONES

- Se estudiaron a 122 gestantes, 73 en el grupo de complicaciones intraoperatorias y 49 en el grupo de complicaciones post-operatorias. En el primer grupo: el 57.5% tuvieron entre 20 a 35 años de edad, el 57.5% proceden de la zona urbana, el 43.8% tienen un nivel de educación de secundaria incompleta. En el segundo grupo: el 61.2% tuvieron entre 20 a 35 años de edad, el 44.9% proceden de la zona urbana, el 57.1% tienen un nivel de educación de secundaria incompleta.
- En el grupo de complicaciones intraoperatorias: el 43.8% tienen antecedente de aborto, el 38.4% tienen antecedente de cesárea, el 21.9% son secundíparas, el 45.2% tuvieron edad gestacional pretérmino, el 57.5% con menos de 6 controles prenatales. En el grupo de complicaciones post-operatorias: el 65.3% tienen antecedente de aborto, el 57.1% tienen antecedente de cesárea, el 38.8% son multíparas, el 53.1% tuvieron edad gestacional pretérmino, el 53.1% con menos de 6 controles prenatales.
- En el grupo de complicaciones intraoperatorias: el 81.8% de las gestantes añosas presentaron complicaciones hemorrágicas, el 45% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones infecciosas y sólo el 2.4% de las gestantes entre 20 a 35 años presentaron otras complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas; estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.136$ ). En el grupo de complicaciones post-operatorias: el 62.5% de las gestantes adolescentes presentaron complicaciones hemorrágicas, el 66.6% de las gestantes entre 20 a 35 años presentaron complicaciones infecciosas y el 27.3% de las gestantes añosas presentaron otras complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas; estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.53$ ).
- En el grupo de complicaciones intraoperatorias: en las gestantes en general, las que proceden de la zona urbana y con bajo nivel de instrucción, tuvieron una mayor prevalencia de complicaciones hemorrágicas; las que proceden de la zona urbano-marginal y con bajo nivel de instrucción, tuvieron una mayor prevalencia de complicaciones infecciosas; estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $p=0.194$ ). En el grupo de complicaciones post-operatorias: en las gestantes en general, las que proceden de la zona urbano-marginal y con bajo nivel de instrucción, tuvieron una mayor prevalencia de complicaciones hemorrágicas; las que proceden de la zona urbano y con bajo nivel de instrucción, tuvieron una mayor prevalencia de complicaciones infecciosas; las que proceden de la zona rural, tuvieron una mayor prevalencia de complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas; estas diferencias fueron estadísticamente significativas ( $p=0.039$ ).
- En el grupo de complicaciones intraoperatorias, las principales complicaciones hemorrágicas fueron: Hemorragia por hipotonía – atonía uterina (46.6%), Hemorragia de origen placentario por amenaza de parto pretérmino y placenta previa (6.8%), Ruptura uterina (6.8%), Hemorragia por desprendimiento prematuro de placenta (5.5%), las principales complicaciones infecciosas fueron: Infección de origen amniótico (19.2%), Infección de origen fetal (11%), Sepsis

por foco urinario (2.7%), la única complicación no hemorrágica ni infecciosa (tipo Anestésica) que se registró fue: Depresión respiratoria (1.4%).

- En el grupo de complicaciones post-operatorias, la principal complicación hemorrágica fue: Hemorragias puerperales (24.5%), las principales complicaciones infecciosas fueron: Endometritis (46.9%), Inf. De Herida Qx. (10.2%), las principales complicaciones no hemorrágicas ni infecciosas en las gestantes fueron: Dehiscencia de sutura (12.2%) y Hematoma de herida Qx. (6.1%).
- Las complicaciones intraoperatorias en las gestantes en general se relacionó con el antecedente de cesárea ( $p=0.016$ ), con el número de paridad ( $p=0.043$ ), con el número de controles prenatales ( $p=0.049$ ); no hubo relación con la edad ( $p=0.136$ ), la procedencia ( $p=0.194$ ), el nivel de instrucción ( $p=0.104$ ), el antecedente de aborto ( $p=0.315$ ), ni con la edad gestacional ( $p=0.58$ ).
- Las complicaciones post-operatorias en las gestantes en general se relacionó con la procedencia ( $p=0.039$ ), el número de paridad ( $p=0.038$ ), no hubo relación con la edad ( $p=0.53$ ), el nivel de instrucción ( $p=0.121$ ), el antecedente de aborto ( $p=0.241$ ), el antecedente de cesárea ( $p=0.284$ ), la edad gestacional (0.12), ni con el número de controles prenatales ( $p=0.073$ ).

## 12. RECOMENDACIONES

- Priorizar la asistencia médica en pacientes que han sido sometidas a cesárea previa y llevar un mejor control post operatorio con la finalidad de evitar complicaciones.
- Sensibilizar a las personas a tener una mejor planificación familiar por el riesgo que representa tener embarazos continuos y mucho más a edades extremas.
- Se debe sensibilizar a la población gestante mediante la difusión radial y escrita, la importancia del cumplimiento de los controles prenatales, con la finalidad de disminuir complicaciones futuras. Se debe fortalecer aún más la educación integral de las gestantes en general a través de charlas propiamente donde se brinde información sobre los signos y síntomas de alarma en el embarazo y los riesgos que representan las cesáreas, con ayudas audiovisuales de clases didácticas, al menos en el primer control prenatal.
- Mejorar la atención de control prenatal en gestantes en el ámbito rural.
- Fortalecer los Programas estratégicos de atención Médica domiciliaria con la finalidad de llegar a las diferentes áreas tanto urbano, urbano-marginal y rural en la medida posible.
- Fomentar la participación preventiva promocional del personal de salud del Hospital Regional de Loreto, tanto intra como post cesárea, con la finalidad de disminuir la incidencia de complicaciones; se aconseja también educar a las pacientes post cesareadas sobre los cuidados del puerperio y de la herida operatoria para evitar el riesgo de infección, incidir en la higiene y cuidado en casa como: lavado de manos, limpieza de herida operatoria y una mayor asistencia a los controles post operatorios.

**CAPÍTULO V**

### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Smith BL, Martin JA, Ventura SJ. Births and deaths: preliminary data for July 1997-June 1998. *Nad. Vital StarRep* 1999; 47:1-22.
2. Santaaulalia I. El uso abusivo de cesáreas en América Latina contradice a la OMS. El país. 15 marzo 2013.
3. Fondo de la Naciones Unidas. El estado mundial de la infancia de 2014 en cifras. Todos los niños y niñas cuentan. Revelando las disparidades para impulsar los derechos de la niñez. UNICEF. [Consultado 5 de diciembre del 2014]. Disponible en: [https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/emi\\_2014\\_0.pdf](https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/emi_2014_0.pdf).
4. Puentes R, Gómez D, Garrido L, Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Introducción, Párr. 5. *Salud Pública Méx* 2004; Vol. 46(1):16-22. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000095#autores>.
5. Abu-Heija A, Ali Am, Al-Dakheil S. Obstetrics and perinatal outcome of adolescent nulliparous pregnant women. *Gynecol Obstet Invest.* 2002; 53:90-92.
6. Ziadeh S, Yahaya A. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Arch Gynecol Obstet.* 2001; 265:30-33.
7. Namavar Jahromi B, Daneshvar A. Pregnancy outcome of parturients below 16 years of age. *Saudi Med J.* 2005; 26:1417-1419.
8. Naqvi MM, Naseem A. Obstetrical risks in the older primigravida. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2004; 14:278-281.
9. Miletic T, Aberle N, Mikulandra F, Karelovic D, Zakanj Z, Banovic I, et al. Perinatal outcome of pregnancies in women aged 40 and over. *Coll Antropol.* 2002; 26:251-258.
10. Cabrera JH. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. *Rev Cub Obstet y Gine,* 2003; (29): 28-9.
11. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. OPS/OMS 1,999.
12. Trujillo B. Tene C. Ríos M. Factor de Riesgo para cesárea: un enfoque epidemiológico. *Ginecol.obstet.Mex:*68(7):306-11, jul.2000.
13. Stanton C. Dubourg D. Brouwer V. Pulgiades M. and Ronsmans C. Fiabilidad de los datos sobre las cesáreas en los países en desarrollo. *Boletín OMS.* 2013.
14. Gregory KD, Jackson S, Korst L, M. Fridman cesárea versus parto vaginal: riesgos y beneficios. *Am J Perinatol* 2012; 29: 7-18.
15. Nápoles M, Piloto P. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol.* 2012 [citado 5 Sep. 2012]; 32(2).
16. Piloto M, Nápoles N. Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* 2014; 40(1):35-47.
17. Williams Obstetricia. Cunningham G, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Haut K, Wenstrom K, eds. Parto por cesárea e histerectomía posparto. 21ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires – Argentina 2002; 463 – 85.
18. Messa J. Parto Vaginal con Cesárea Previa. Sociedad Vallecana de Obstetricia y Ginecología. Revisión.
19. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetricia. 22ªed.Madrid: MC Graw Hill.2007; 695-719.

20. Dausereau J, Joshi Ak, Helewa ME. Double blind comparison of carbetocin versus oxytocin in prevention of uterine atony after caesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 Mar; 180 (3pt 1): 670.
21. Puertas A. Cesárea (técnica quirúrgica y profilaxis antibiótica). *Protocolos de Obstetricia Hospital Universitario Virgen de las Nieves.* 2007.
22. Colegio americano de Obstetras y Ginecólogos. Parto por Cesárea. Folleto SP006, October 2011 <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Parto-por-cesarea#cuadro>.
23. Manrique G. Herrezuelo. Complicaciones de la Cesárea. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. 2009, 24pg.
24. Okojie P, Cook P. Some aspects of the use of epidural analgesia in labour. *Int J ClinPract* 1999; 53:418-420.
25. 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).
26. Puerperio Normal y Patológico. *Protocolos de la SEGO.* 2008.
27. Complicaciones tromboembólicas de la gestación. *Protocolos de la SEGO.* 2006.
28. Wilkinson C, Enkin MW. Uterine exteriorization versus intraperitoneal repair at caesarean section. *Cochrane Database Syst REV* 2004 (4).
29. González González NL, González de Agüero Laborda R, González Batres C, et al. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos 1ªed. Zaragoza: Fabre González E. 1999; 319-335, 607-639.
30. Ataula I. The older obstetric patient. *Current Obstet Gynaecol.* 2005; 15:46-53.
31. Salazar M, Pacheco J, Scaglia I, Lama J, Munaylla R. La edad materna avanzada como factor de riesgo de morbimortalidad. *Ginecol Obstet (Perú).* 1999; 45(2):124-30.
32. Gutiérrez A. Estrés oxidativo en la gestación: ¿una nueva óptica en la atención a la embarazada? *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2005; 31(1).
33. Clapés S. Diabetes mellitus, estrés oxidativo y embarazo. *Rev Cubana Invest Biomed.* 2000; 19(3):191-5.
34. Loli Figueroa, Alfonso A. “Estudio clínico de las cesáreas en adolescentes”. *Diagnóstico (Perú);* 25(5/6): 86-91, 97, mayo-jun. 1990. tab, ilus.
35. Dr. Sigfrido Valdez Dacal, Dr. John Essien, Dra. Jessica Bardales Mitac, Dra. Daymi Saavedra Moredo y Dra. Edith Bardales. “Embarazo en la adolescencia, Incidencia, Riesgo y Complicaciones” *Rev. cubana obstetricia ginecología v.28 n.2 Ciudad de La Habana Mayo-ago.2002.*
36. Pedro Abad “Cesárea en Adolescentes”. *Revista panamericana de salud-1998.*
37. Slivia Dignani. “Factores asociados a las complicaciones infecciosas del puerperio”. *Rev. cubana obstétrica ginecológica* 2004; 30.
38. Piloto Morejón, Manuel; Suárez Blanco, Ciro; Palacios Valdés, Gertrudis. “Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria” *Rev. cubana obst - ginecol v.20 n.3 ciudad de la habana ene-jun 1990.*

39. Dr. Jorge Peláez Mendoza, Dr. José Sarmineto Barcelo, Dr. Ricardo de la Osa Cornesa y Dr. Andrés Zambrano Cárdenas. "Cesárea en la adolescente: morbilidad materna y perinatal" rev. cubana med trop 2010; 53(2): 100-10.
40. Dr. Jorge Luis Yu Tang Morales "Complicaciones perinatales y la vía de terminación de parto en adolescentes tempranas y tardías" Universidad Nacional de San Marcos.
41. Díaz Bolano, Jaime; Lucenko L; Cáceres J; Vallenilla E; Abbruzzese Constantina; Torres P. "Histerectomía por complicaciones de la cesárea". Rev cubana obst ginecol v.22 n.1 ciudad de la habana ene-jun 1996.
42. Selkis Caraballo López, Yumara García Romero y Alfredo Núñez Álvarez. "Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos" rev cubana med trop 2001; 53 (2):106-10.
43. Álvaro Monterrosa-Castro "Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento" Rev Colomb Obstet Ginecol vol.58 no.2 Bogotá Apr./June 2007.
44. Bendezú G. Gestación en edad avanzada. Ginecol Obstet (Perú) 2001; 47 (3): 166-170.
45. Guadamuz I. Complicaciones feto - maternas en la mujer mayor de 35 años atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el período junio 2001 a julio 2002. Tesis para optar el título de especialidad en Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2003.
46. Bustillos-Villavicencio J., Giacomini-Carmiol. L. Morbimortalidad materno fetal en embarazos de mujeres mayores de 35 años. Rev. costarric.cienc.méd 2004.25(1-2).
47. Alonso N.; Mazal G.; Olivera V.; Conti R. Prematurez y su asociación con la edad materna en el hospital San Juan Bautista de Corrientes Argentina. [www.portalesmedicos.com/.../Prematurez-y-su-asociacion-con-la-edadmaterna-en-el-hospital-San-Juan-Bautista-de-Corri](http://www.portalesmedicos.com/.../Prematurez-y-su-asociacion-con-la-edadmaterna-en-el-hospital-San-Juan-Bautista-de-Corri).
48. Valls M., Safora O., Rodríguez A., Lopez J. Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. [www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35.../gin02109.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35.../gin02109.htm)
49. Mondragon F., Ortiz M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes: Estudio caso-control. Hospital Sergio E. Bernal May-Octubre 2004. Tesis para optar Lic. en Obstetricia. UNMSM. 2005.
50. López E. Complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital —Homero Castanier Crespo en el periodo enero diciembre 2008. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina. 2008.
51. Manrique R., Rivero A., Ortunio M., Rivas M., Cardozo R., Guevara H. Parto pretérmino en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez 2008;68(3):144-149
52. Trigos Babilonia S. Riesgo obstétrico y perinatal en las gestantes añosas del Hospital III EsSALUD, enero - diciembre del 2011. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana. UNAP: 2012.
53. Hernández J, García L, Hernández D, Rendón S, Dávila B, Suárez R. Resultados perinatales y maternos de los embarazos en edad madura. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2001;27:208-213.

**ANEXO:**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
COMPLICACIONES INTRA Y POST CESÁREAS EN GESTANTES DEL  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
REGIONAL DE LORETO DURANTE EL PERIODO 2016**

**Nº HISTORIA CLINICA:**

**1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA GESTANTE:**

- a) EDAD:  GESTANTE ADOLESCENTE  
 GESTANTE ENTRE 20 A 35 AÑOS DE EDAD  
 GESTANTE AÑOSA
- b) PROCEDENCIA:  URBANO  
 URBANO-MARGINAL  
 RURAL
- c) NIVEL DE INSTRUCCIÓN:  SIN ESTUDIOS  
 PRIMARIA  
 SECUNDARIA  
 SUPERIOR/TÉCNICA

**2. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LA GESTANTE:**

- a) PARIDAD:  NULÍPARA  
 PRIMÍPARA  
 SECUNDÍPARA  
 MULTÍPARA  
 GRAN MULTÍPARA
- b) ANTECEDENTE DE ABORTO:  SÍ  
 NO
- c) ANTECEDENTE DE CESÁREA:  SÍ  
 NO





CORIOAMNIONITIS:             SI  
    NO

SEPSIS POR ÓBITO FETAL:     SI  
    NO

SEPSIS POR FOCO URINARIO:   SI  
    NO

INFECCION DE LA HERIDA:     SI  
QUIRURGICA                       NO

TROMBOFLEBITIS:             SI  
    NO

OTROS: .....

#### **OTRAS COMPLICACIONES**

ANESTÉSICAS:                 SI  
    NO

QUIRÚRGICAS:                 SI  
    NO

TROMBOEMBÓLICAS:         SI  
    NO

OTROS: .....