



1859



1859

# "UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

## TÍTULO

“FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO JULIO 2013 – JULIO 2014 ”

Tesis previa a la obtención del  
Título de Médico General

**AUTOR:** ALFREDO DANIEL PUCHA LANDACAY

**DIRECTORA DE TESIS:** DRA. MARITZA PAULINA CASTILLO VASQUEZ.

LOJA - ECUADOR

2015

Loja, 06 de Noviembre de 2015

### **Certificación**

DRA. MARITZA PAULINA CASTILLO VASQUEZ.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICO:

Haber dirigido y revisado el presente trabajo de tesis a la obtención del título de Médico General sobre el tema: "FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO JULIO 2013 – JULIO 2014", autoría del Sr. Alfredo Daniel Pucha Landacay, trabajo de investigación enmarcado en los reglamentos de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación y sustentación.



Dra. Maritza Paulina Castillo Vásquez

DIRECTORA DE TESIS

## Autoría

Alfredo Daniel Pucha Landacay, declaro ser el autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional y Biblioteca Virtual.

Autor, Alfredo Daniel Pucha Landacay

Firma:



Cédula: 1104895642

Fecha: Loja, 06 de Noviembre de 2015

El autor

## Carta de Autorización

Alfredo Daniel Pucha Landacay, declaré ser el autor de la tesis titulada: "Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea atendidas en el Hospital Isidro Ayora durante el periodo Julio 2013-Julio 2014". Como requisito para optar al título de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional De Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido del trabajo en el RDI, redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad. La universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o la copia de la tesis que realice un tercero

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los seis días del mes de Noviembre de 2015, firma el autor.

Firma:

Señor: Alfredo Daniel Pucha Landacay

Cédula: 1104895642

Dirección: Loja, El Valle, Portoviejo 09-35 y Manta

Teléfono: 2 580223- 09 86694972

Dirección electrónica: aldanielpl1992co@hotmail.com

Datos complementarios

Director de Tesis: Dra. Maritza Paulina Castillo Vásquez.

Tribunal de grado: Dr. Héctor Podalirio Velepucha Velepucha Mg. Sc.

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón

## **Dedicatoria**

He terminado una etapa de mi vida, todo lo realizado se debe al sacrificio y abnegación de mis padres, lo recordare siempre con amor profundo. Y en un homenaje sencillo pero nacido de lo más recóndito de mi alma, os dedico este documento. A mi hermano, pequeño retoño querido, con fe inquebrantable en su futuro.

## **Agradecimiento**

A mis padres, brillante luz e impoluto ejemplo, recios arboles de bondad y sabiduría, cuya sombra me cobijo siempre en ese extenso camino hacia la meta propuesta.

A los docentes de esta institución, quienes en mi vida se han constituido en un faro, pues cada vez iluminaron mi camino sin ninguna clase de egoísmo.

## 1. Título

“FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO JULIO 2013- JULIO 2014”

## 2. Resumen

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja en el periodo Julio 2013 – Julio 2014, con el fin de conocer el número de cesáreas, determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones e identificar las complicaciones post quirúrgicas; El tipo de estudio fue retrospectivo, descriptivo, de corte transversal en 68 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión; El mayor rango de edad encontrado fue de 21 a 30 años en un 63,2%; Durante el periodo de estudio se realizaron 1419 cesáreas, el 4,79% presentaron complicaciones post quirúrgicas; el 69,1% tenían antecedentes de infección de vías urinarias y el 14,7% un índice de masa corporal mayor a 25, el 80,7% presento antecedentes de cesárea anterior, el 70,5% de las pacientes no tenían más de tres controles prenatales; determinando que la principal complicación postoperatoria fue la hemorragia uterina en un 32,3% y el 26,4% de las pacientes presentaron endometritis.

**Palabras claves:** Cesáreas, Complicaciones post quirúrgicas, hemorragia uterina, Infecciones.



## **Abstract**

This study implemented at the Isidro Ayora Hospital in the Loja city, period July 2013 - July 2014, looking know the number of caesarean sections, dispose Complications their Risk Factors Associated and identify complications post-surgical; The type of study was retrospective, descriptive, cross-cutting in sixty eight patients who met the quality prescriptive; Age Range found was 21-30 years 63.2% during the study period were performed cesarean 1419, 4.79% presented post surgical complications; 69.1% had a history of urinary tract infection and 14.7% of the body mass index of higher of 25 years, 80.7% presented history of previous cesarean section, 70.5% of the patients had not more than three checkups prenatal; which will determine the postoperative complications was uterine bleeding 32.3% and 26.4% of patients had endometritis.

**Keywords** : Caesarean , Post surgical complications , uterine bleeding, Infections .

### 3. Introducción

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

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

En América Latina, la tasa de cesáreas varía desde un 15 % a un 42%, cada año se intenta disminuir esta tasa *(OPS 2013)*. En nuestro país el tema de la salud materna indica que los partos por cesárea se incrementaron alrededor del 60% en un promedio de 8 años. A nivel rural es donde más creció esta práctica al pasar del 16,1% (1999-2004) al 31,5% (2007-20012). En el área urbana el porcentaje de cesáreas fue del 44,8%. *(MSP 2014)*

Teniendo en cuenta el incremento de los partos por cesárea 19,6 % en el porcentaje de egresos hospitalarios en el Ecuador en el periodo del 2000 al 2011 *(MSP 2012)*, es posible identificar algunas complicaciones que se pueden dar en el procedimiento, ya sea en el transoperatorio y postoperatorio.

Entre los factores que han sido señalados como propicios para el desarrollo de infección postcesárea están: el sobrepeso; la ruptura de membranas de más de seis horas de evolución; cesárea de emergencia; las condiciones socioeconómicas; el número de revisiones vaginales; nuliparidad, corioamnionitis, el volumen de pérdida sanguínea transquirúrgica, la presencia de infección en otro sitio y preeclampsia. Sin embargo, al controlar simultáneamente con algunos factores demográficos: la duración de ruptura de membranas, el número de revisiones vaginales, la corioamnionitis, el tipo de incisión cutánea o la duración de

la cirugía, únicamente el grosor del tejido subcutáneo se ha visto asociado con el desarrollo de infección de la herida quirúrgica. (*AEGO 2011*)

Las complicaciones infecciosas abdomino pelvianas, se presentan con una frecuencia de 2 a 5% en la cirugía y en su mayoría se trata de cuadros leves que resultan de la invasión del aparato reproductor por gérmenes que habitan en condiciones normales en tracto genital inferior, o por patógenos que lo colonizan luego del parto o cesárea. (*Mendoza 2012*)

En Europa en un estudio retrospectivo comparó las complicaciones maternas de mujeres que se sometieron a una cesárea, se reportó que ocurrieron sangrados y/o hemorragias 2.5%, infecciones 2.6% siendo estas las de mayor presentación. Factores como obesidad, pocos controles maternos se relacionaban en algo a las complicaciones.

En América latina en un estudio de 2827 cesáreas. La edad promedio fue de  $28.7 \pm 6.2$  años Las complicaciones más frecuentes fueron hemorragia (540, 19.1 %), infección (38, 1.34 %), laceración cervical o cervicouterina (32, 1.13 %), lesión vascular (11, 0.39 %) y fenómeno tromboembólico (seis, 0.21 %). Hubo 12 muertes maternas (0.42 %). La estancia hospitalaria promedio fue de  $4.43 \pm 3.03$ . (*Espinoza 2011*)

En Ecuador se ha realizado investigaciones en relación a complicaciones postoperatorias de cesárea, en Azuay en el Centro Médico Naval, entre Enero a Diciembre del 2011, se estudiaron 287 usuarias, el 7.7% de pacientes presentaron complicaciones post cesárea, la más frecuente fue la endometritis en el 4.5% de los casos. De las pacientes que presentaron complicaciones hubo una asociación estadísticamente significativa de cesáreas de emergencia (54.5%). El antecedente obstétrico de mayor frecuencia fue la asociación de Infección del Tracto Urinario y Ruptura prematura de membranas (22.7%). La Hemorragia no supero el 3% en este estudio lo cual se contrasta con la bibliografía en donde indica un mayor porcentaje de sangrados. Los factores asociados a estas complicaciones fueron documentadas: pocos controles prenatales menor a tres, primíparas en un 32%

antecedentes patológicos como infección de vías urinarias a repetición, obesidad, 42% relacionándose directamente a infección se herida quirurgica (*Cadena Rodríguez, 2013*).

Esta documentación de valores será útil para determinar porcentajes de complicaciones posoperatorias de una cesárea dado que en nuestra ciudad no existe información actualizada acerca de este problema.

Por tal motivo este estudio se plantearon como objetivos: Conocer el número de cesáreas realizadas, determinar los factores de riesgo de complicaciones post operatorias e identificar las principales complicaciones post cesárea en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el periodo Julio 2013 – Julio 2014

Este estudio se efectuó dentro del marco legal, fue de tipo retrospectivo, descriptivo, de corte trasversal en donde participaron 1419 pacientes que se sometieron a cesárea en el Hospital Isidro Ayora de Loja, se identificó 68 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. El mayor rango de edad encontrada fue de 21 a 30 años en un 63,2%; la incidencia de cesárea encontrada fue de 47,05%; de estas el 4,79% presentaron complicaciones postquirúrgicas; el 69,1% de pacientes tenían antecedentes de infección de vías urinarias y el 14,7% un índice de masa corporal mayor a 25; el 80,7% presentaron antecedentes de cesáreas anteriores; el 70,5% de las pacientes no tenían más de 3 controles prenatales y se determinó que las principales complicaciones post cesárea fueron hemorragia uterina en un 32,3% y la endometritis en un 26,4%

## 4. Revisión de literatura

### CESAREA

#### 4.1 DEFINICION:

Es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta y los anexos a través de una incisión en el útero y pared abdominal. Se excluye de esta definición a la extracción del feto libre en la cavidad abdominal como consecuencia de la rotura uterina o de un embarazo ectópico. *(Mosella 2013)*.

#### 4.2 HISTORIA:

En datos históricos se recopila que la primera cesárea fue en Sicilia, 508 AC según Boley. La historia científica y registrable en su mayoría comienza en lo que algunos autores consideran el segundo período de la historia de la cesárea y que cae después de 1500. La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por Nufer en 1500. Empleó una navaja de rasurar y el niño nació vivo. La madre tuvo 5 hijos más, lo que pudiera señalarse como uno de los primeros partos vaginales después de una cesárea, aspecto que en la actualidad cobra vigencia y defensores. *.( Tisné, Luis 2015)*.

Durante esta época no había anestesia; la incisión solía hacerse en el abdomen por fuera de los músculos rectos, en el sitio hacia el que se rotara el útero, con el fin de proteger la vejiga. El niño se extraía por el costado de la madre. Solía hacerse una incisión longitudinal en el útero y se dejaba abierto. Rousset aconsejaba en ese momento colocar una infusión de hierbas y una cánula para el drenaje de los loquios hacia la vagina, dado que la causa de la muerte era la infección. *. (Mejía 2014)*.

En Inglaterra en 1799, Barlow fue el primer médico en hacer la operación con supervivencia materna. No hubo otro caso favorable en ese

país hasta 1834. Desde finales del siglo XVIII la cesárea registra progresos en su técnica operatoria; unos preconizan la incisión transversal, como Lauverjat, otros la longitudinal, como Levret. Como métodos alternativos se usaban la craneotomía y los fórceps altos, pero Williams, en 1779 concluyó que el fórceps alto era más mortal que la cesárea. Muchas referencias hay en cada país acerca de la primera cesárea. Así, en Colombia, se señala que la primera se realizó en 1844, en Estados Unidos en 1827 por Richmond, en Cincinnati; sin embargo, hay otras referencias en las que se plantea que la primera cesárea realizada en ese país fue en 1764, en un camarote, por el Dr. Bennett: su esposa presentaba una estrechez pélvica que hacía imposible el parto normal y a petición suya, en una mesa de operaciones consistente en 2 tabloncillos apoyados sobre toneles, sin ninguna anestesia y sujeta por 2 mujeres, el médico incidió rápidamente el abdomen y extrajo un niño vivo. Sin embargo, este éxito nunca vio la luz pública, pues como confesara el propio Bennett “ningún médico ajeno al caso lo hubiera creído”. En Cuba, el Dr. Enrique Fortún André, cirujano del Hospital “Calixto García”, opera en 1900 el primer embarazo ectópico y realiza además la primera cesárea con feto vivo. (Rigol 2010)

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

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

desde 1835, entra esta operación en una nueva era de progreso. ( *Guadarrama Gonzalez 2014*).

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

### **4.3 INDICACIONES DE CESÁREA**

#### **4.3.1 DISTOCIA**

Inducción de parto La indicación de la inducción se ajustará a la aplicación de los protocolos de las diferentes patologías. Incluye una fase de maduración cervical y otra de inducción con oxitocina. La realización de la fase de maduración se realizará en función del test de Bishop, paridad y de la urgencia de la indicación de la inducción. ( *Ochoa 2013*).

#### **4.3.2 RIESGO DE PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL.**

Ante un trazado cardiotocográfico poco tranquilizador se establece la estimulación del cuero cabelludo fetal que si va seguida de aceleración de la frecuencia cardíaca indica ausencia de acidosis (9). Como prueba de referencia se establece el ph en cuero cabelludo fetal y se aplican los criterios de Zallar y Quilligan ( *Soravilla 2009*)

- normal; por encima 7,25;
- de alerta (7,20-7,25); precisa posteriores determinaciones habitualmente dentro de los 30 minutos siguientes.
- riesgo de pérdida de bienestar fetal

#### 4.3.3 CESÁREA ANTERIOR

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

- Cesáreas segmentaria transversa previa,.
- Pelvis clínicamente adecuada.
- Ninguna otra cicatriz uterina con acceso a cavidad, ni rotura uterina previa. No se consideran contraindicación la macrosomía ni la gestación gemelar, siempre que el primer gemelo esté en presentación cefálica. Se acepta la inducción con oxitocina y con prostaglandinas en cuello desfavorable.( *Villasmil 2005*).

#### 4.3.4 PARTO TRAS DOS CESÁREAS ANTERIORES.

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

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

#### 4.3.5 MIOMECTOMÍA PREVIA

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



#### 4.3.6 PRESENTACIÓN DE NALGAS.

La modificación de este protocolo incluye los siguientes criterios de selección parto de nalgas: edad gestacional  $\geq 37$  semanas, peso estimado ente 2500 y 3600 gramos, pelvimetría normal, cabeza fetal no hiperextendida, nalgas puras o completas, y presencia de obstetra experimentado . (*Rojas 2015*).

El manejo del parto difiere de la presentación cefálica y se aplican los siguientes criterios: a) primer periodo de parto: se permite el uso de oxitocina y la amniorexis. Se considera parto lento si evoluciona a  $< 1\text{cm/hora}$ . b) durante el segundo periodo se permite una fase pasiva de 1 hora, y una fase activa de 1,30 hora en nulíparas y 1 hora en múltiparas. Se ofrece la versión cefálica externa entre la semana 36 y 37 siguiendo las recomendaciones de la ACOG ( *Garcia 2010*)

#### 4.3.7 PARTO MÚLTIPLE.

Se permite el parto vaginal salvo cuando: a. el primer feto no se encuentra en presentación cefálica, b. el número de fetos sea superior a dos c. gemelos monoamnióticos. Si se presentan en el hospital un embarazo múltiple en fase activa de parto se valorará de manera individual, permitiéndose el parto vaginal en los casos anteriores.

#### 4.3.8 MACROSOMÍA FETAL

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

#### 4.3.9 CAUSA MATERNA.-

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

#### 4.3.10 PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA

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

Si estos criterios no son favorables, se considerará a la cesárea como vía de elección. (*Romero 2015.*)

### 4.4 COMPLICACIONES DE CESAREA

#### 4.4.1 DEFINICION:

Es toda desviación del proceso de recuperación que se espera, después de una intervención quirúrgica. Tradicionalmente ha existido un vacío en la literatura quirúrgica en cuanto a la estandarizada definición y clasificación de las complicaciones postoperatorias. Eso dificulta tener una medida objetiva que permita comparar resultados (*Ortiz-Gómez, JR, 2011*)

#### 4.4.2 CLASIFICACION

Existen múltiples clasificaciones sobre complicaciones de una Cesárea para su estudio se analizará de la siguiente manera:

La Clasificación basa su catalogación de gravedad sobre el tratamiento que esta complicación demanda. Así, en su forma abreviada, se reconocen cuatro grados:

Las leves son aquellas que requieren para su corrección sólo mínimas medidas como medicamentos simples y/o procedimientos al lado de la cama del enfermo. Las de tipo moderado, en cambio, requieren tratamiento farmacológico, incluidos los antibióticos, transfusiones y nutrición parenteral.

Las de tipo grave, requieren procedimientos radiológicos o endoscópicos intervencionales, o una reoperación. Están incluidos los casos con falla de uno o más órganos. El cuarto grado corresponde al fallecimiento del paciente. (*Espinoza 2010*)

#### **4.4.2.1 EN RELACION AL MOMENTO DE PRESENTACION:**

Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma complicaciones, trans operatorias y Postoperatorias

##### **4.4.2.1.1 COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS:**

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

##### **COMPLICACIONES MATERNAS:**

Hipotonía o atonía uterina hemorragia,

Lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga,

Trombo embolismo

Prolongación de la histerorrafia que pueda desgarrar o lacerar las arterias uterinas.

La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que pueden ser respiratorias: hipo ventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, bronco aspiración, bronco constricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia, y cardiovasculares: hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardíaco. (*LICEAGA 2010*)

##### **COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS.**

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

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

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.

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. (*Fuentes 2011*)

Lesiones nerviosas. Las lesiones de nervios o compresión de los mismos por el instrumental son poco frecuentes durante la cesárea. (*Barot,2010*)

#### COMPLICACIONES FETALES:

- Traumatismos,
- Broncoaspiración,
- Depresión respiratoria. (*Zayas 2006*).

#### **4.4.2.1.2 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:**

##### **4.4.2.1.2.1 COMPLICACIONES MATERNAS INMEDIATAS:**

Se denomina a las que se presentan dentro de la primeras 24 horas.

Hipotonía uterina, hemorragias, hematomas, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleon paralítico.

##### **4.4.2.1.2.1.1 FIEBRE POST QUIRURGICA**

Cuando una puérpera tiene fiebre de 38 grados o más, es porque tiene un proceso infeccioso, que puede estar localizado en la episiotomía o en la cicatriz de la cesárea.

La fiebre también puede producirla una infección en la mama (mastitis), en el útero (endometritis), en los miembros inferiores (tromboflebitis). Generalmente a las 48 hs. después del parto la mujer tiene un pico de fiebre, que no suele ser mayor de 38 grados y dura sólo 24 horas., y se origina porque el calostro de las primeras horas es reemplazado por la leche; en este caso no hay ninguna infección. *(Quiñonez 2013)*.

##### **4.4.2.1.2.1.2 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS**

La pérdida excesiva de sangre que se origina después de las 24 hs. del parto hasta la primera semana después del mismo corresponden al puerperio mediato o precoz, y cuando se producen más tarde se incluyen en el puerperio tardío. Pueden estar causadas por inercia uterina (el útero no se contrae), retención de restos placentarios, endometritis, desgarros del cuello del útero, miomas submucosos (tumores benignos, es decir no cancerosos, que se originan en la capa muscular del útero).

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. *(Garcé 2012)*.

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 La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna. (SEGO 2008)

#### POR SU TIEMPO DE APARICIÓN:

- 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”:  
( Fuentes 2011)

#### TONO.

- La atonía uterina aparece ante:
  - Útero sobredistendido (polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía).
  - Cansancio del músculo uterino (parto rápido o prolongado, alta paridad).
  - Infección intraamniótica (rotura prematura de membranas prolongada).
  - Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa).

#### TEJIDO.

- Retención de restos placentarios.
- Retención de coágulos (útero atónico).

## TRAUMA.

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

## TROMBINA.

- Alteraciones de la coagulación: -
- Previas a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand,
- Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopénica idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la preeclampsia, la muerte intraútero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico).
- Anticoagulación terapéutica. La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP, está implicada en más de la mitad de los casos y es responsable del 4% de las muertes maternas.

### **4.4.2.1.2.1.3 SHOCK**

Incapacidad letal del sistema cardiovascular para mantener la perfusión adecuada de los tejidos. Una pérdida del 30% del volumen sanguíneo puede compensarse mediante los siguientes mecanismos. ( Saínz 2006)

- Liberación de catecolaminas activadas por baro receptores en el cuerpo carotídeo y en el arco aórtico.
- Desplazamiento de líquido desde el compartimento extravascular.
- Aumento en la resorción de sodio y agua por los riñones

Si la pérdida de agua rebasa el 40%.

- Hipo perfusión coronaria.

- Acidosis metabólica debido a una excreción deficiente de iones hidrogeno renal.
- Isquemia renal \ necrosis tubular aguda

#### **4.4.2.1.2.1.4 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. . ( OPS 2012)

#### **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 Estreptococo de grupo A; menos frecuentes son los bacilos anaerobios que pueden causar celulitis de pared (la mionecrosis por Clostridium es una grave complicación que compromete la vida de la paciente por hemólisis, fallo renal y paro cardiaco). (*Fuentes 2011* )

#### **DIAGNÓSTICO:**

#### **CLÍNICA:**

- Fiebre.
- Eritema, hipersensibilidad,



- Dolor y secreción por herida quirúrgica.

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Cultivo del exudado de la herida. - Radiografía de abdomen: la presencia de gas, coincidiendo con clínica de pus maloliente, bullas y crepitación, puede indicar el diagnóstico de infección por Clostridium (celulitis necrotizante o fascitis).
- Ecografía: Podemos identificar una colección purulenta en el caso de un absceso. Pueden darse al mismo tiempo una endometritis y una infección de pared teniendo que estar alerta ante la posible aparición de fístula útero-cutánea con miositis necrotizante del útero. (*García 2013*)

#### TRATAMIENTO:

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

#### 4.4.2.1.2.2 COMPLICACIONES MATERNAS MEDIATAS:

Infecciones: puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, hemorragia por retención de restos placentarios, dehiscencia de la histerorrafia entre otras. (*Salinas 2007*)

#### 4.4.2.1.2.2.1 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, fascitis necrotizante, tromboflebitis séptica, peritonitis por vermix caseos. (*Bereck 2010*)

#### **4.4.2.1.2.2 INFECCIÓN DE LAS HERIDAS.**

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.

Infección menor.: si no hay alteraciones sistémicas, y si la complicación se resuelve solo con el drenaje o la aspiración del pus.

Infección mayor. Es aquella que altera el estado general del paciente o retarda su alta (*Williams 2012*)

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 postcesárea es el tracto genital, sobre todo si no hay integridad de membranas.

Suelen ser infecciones polimicrobianas y los microorganismos más frecuentemente aislados son E.Coli, Estreptococo del grupo B, Enterococo Faecalis, Estafilococo Aureus (relacionado con la infección de la herida quirúrgica), Gardnerella vaginalis, Micoplasmas, anaerobios (*Prats 2006*)

#### **CLASIFICACIÓN DE INFECCIONES DE LAS HERIDAS.**

Primarias: Cuando la acumulación inicial es de pus.

Secundaria: cuando un hematoma, seroma o una zona de necrosis grasa, resulta colonizada por bacterias de la sangre o por el medio ambiente.

## **a. 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. (*Williams 2010*)

## **b. 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. (*Gómez 2009*)

### **FACTORES PREDISPONENTES:**

- 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 cervix. Los agentes más frecuentemente aislados son: Estreptococo del grupo B, Estreptococos anaerobios, Escherichia Coli y especies de Bacteroides.

La fiebre en las primeras 12 horas del puerperio suele asociarse a infección por Escherichia Coli; la fiebre en el puerperio tardío (3 días – 6 semanas postparto) suele asociarse con Chlamydia Trachomatis; en la endometritis que aparece a

pesar de la profilaxis antibiótica se aíslan normalmente Enterococos y Enterobacterias. (*De la Rosa 2012*)

DIAGNÓSTICO:

CLÍNICA:

- Fiebre (> o igual a 38'5°C en una ocasión o > o igual a 38°C en dos ocasiones separadas 6 horas en los 10 primeros días del puerperio excluyendo el primero),
  - Taquicardia.
  - Dolor hipogástrico.
  - Subinvolución uterina, con dolor y sensibilidad.
  - Pueden aparecer loquios malolientes.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

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

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. 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. (*Fuentes 2011*)

COMPLICACIONES DE LA ENDOMETRITIS:

- Íleo paralítico, obstrucción intestinal.
- Flegmon 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.

### **c. TROMBOFLEBITIS PÉLVICA SÉPTICA**

Es una complicación puerperal rara pero grave, apareciendo más frecuentemente tras una endometritis postcesárea (1-2%). ( *Ramos 2010*).

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.

### **4.4.2.1.2.3. COMPLICACIONES MATERNAS TARDÍAS:**

Ruptura uterina en embarazos subsecuentes

Procesos adherencias.

### **4.4.2.1.3 COMPLICACIONES NEONATALES: POST CESAREA**

Taquipnea transitoria del recién nacido

Síndrome de adaptación pulmonar. (*Mariño 2010*)

## 5. Materiales y Métodos

### TIPO DE ESTUDIO:

Es un estudio retrospectivo, descriptivo, tipo transversal.

### ÁREA DE ESTUDIO:

Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja

- UNIVERSO:

1419 mujeres que se realizaron una cesárea en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja durante el periodo de Julio 2013 – Julio 2014

- MUESTRA:

68 mujeres con diagnóstico de Complicación Post cesárea

### SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes sometidas a cesárea en el Hospital General Isidro Ayora Loja durante el periodo Julio 2013 – Julio 2014.

Pacientes con diagnóstico de Complicación Post cesárea

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

✓ Pacientes que presentaron parto por vía vaginal en el Hospital General Isidro Ayora Loja durante el periodo Julio 2013- Julio2014.

✓ Pacientes ingresadas al Hospital Isidro Ayora durante el periodo Julio 2013 –Julio 2014 que presentaron complicaciones Post Cesárea, siendo esta realizada en otra institución.

## RECOLECCION DE DATOS

En el mes de abril 2014 se aprobó el tema, FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO JULIO 2013 – JULIO 2014, .Se inician trámites de autorización en el Hospital Isidro Ayora, para el acceso a la documentación de historias clínica.

## INSTRUMENTOS

Para lograr recolectar datos de pacientes atendidas en el Hospital Isidro Ayora Loja se hizo uso de instrumentos como:

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Elaborada por el autor para registrar los datos correspondientes que ayudaran al desarrollo del presente estudio

## HISTORIA CLÍNICA

En donde se encuentran los datos detallados de la evolución de las pacientes sometidas a Cesárea en el servicio de Centro Obstétrico.

## COMPLICACION

Se evaluó cualquier reporte relacionado con signo o síntoma que indique alteración hemodinámica de a pacientes.

## ANÁLISIS DE DATOS

Se llevó a cabo un análisis de datos que se logró recopilar a lo largo del proceso de investigación, para lo cual se utilizó las siguientes herramientas

Microsoft Office Excel 2013.

Microsoft Word 2013.

Power Point 2013.



Análisis estadístico descriptivo, a través de tablas, gráficos, con lo que se permitirá enfocar una perspectiva cuali- cuantitativa adecuada de los resultados de la investigación.

Una vez obtenida la información y para obtener los respectivos resultados se procederá a la tabulación y su análisis respectivamente. Los resultados serán presentados en tablas y gráficos.

## 6. Resultados

**TABLA N°1.- FRECUENCIA DE CESÁREAS EL EN HOSPITAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO JULIO 2013 – JULIO 2014**

TIPO DE PARTO	F	%
<b>NORMAL</b>	1597	52,95%
<b>CESÁREA</b>	1419	47,05%
<b>TOTAL</b>	3016	100%

Fuente: Historias Clínicas, del Hospital Isidro Ayora de Loja  
Elaboración: Alfredo D. Pucha Landacay.

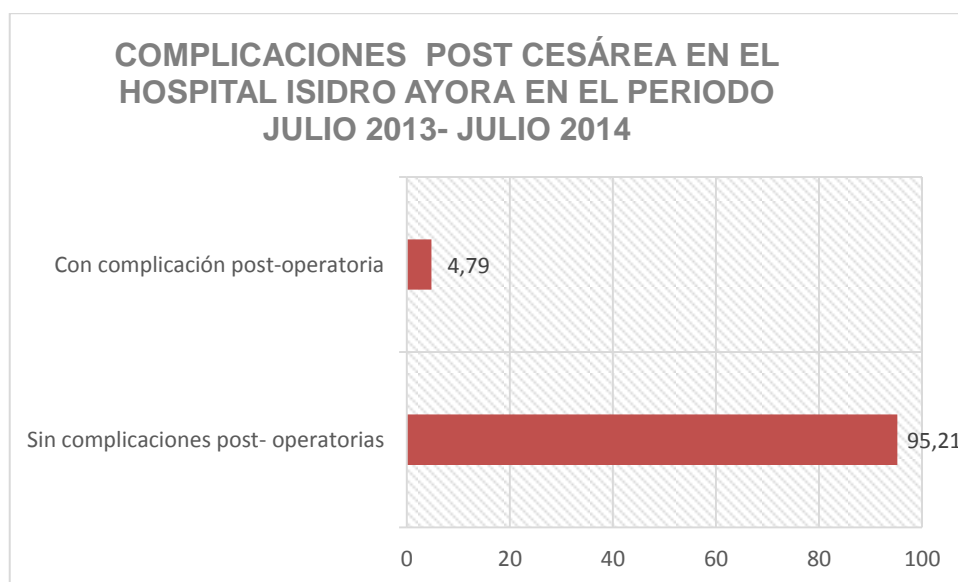
El 47,05% de partos que se realizaron el en Hospital Isidro Ayora en el periodo Julio 2013 – Julio 2014, fueron por cesárea.

**TABLA N°2.- COMPLICACIONES POST CESÁREA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO JULIO 2013- JULIO 2014**

COMPLICACIONES POST CESÁREAS	F	%
<b>Sin complicación</b>	1351	95,21%
<b>Con complicación</b>	68	4,79%
<b>TOTAL</b>	1419	100%

Fuente: Historias Clínicas, del Hospital Isidro Ayora de Loja  
Elaboración: Alfredo D. Pucha Landacay.

**GRÁFICO N° 2**



Fuente: Historias Clínicas, del Hospital Isidro Ayora de Loja  
Elaboración: Alfredo D. Pucha Landacay.

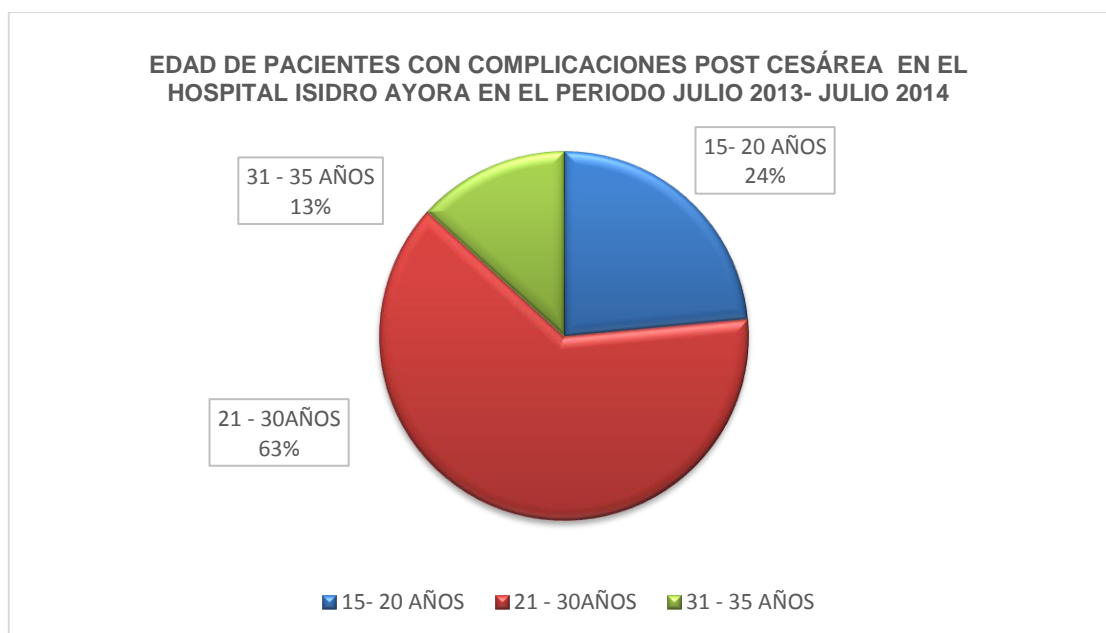
El 4.79 % de las pacientes presentaron complicaciones postoperatorias.

**TABLA N° 3.- EDAD DE PACIENTES CON COMPLICACIONES POST CESÁREA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO JULIO 2013- JULIO 2014**

EDAD	F	%
<b>15- 20 AÑOS</b>	16	23,53%
<b>21 - 30AÑOS</b>	43	63,24%
<b>31 - 35 AÑOS</b>	9	13,24%
<b>TOTAL</b>	68	100%

Fuente: Historias Clínicas, del Hospital Isidro Ayora de Loja  
Elaboración: Alfredo D. Pucha Landacay.

**GRÁFICO N°3**



Fuente: Historias Clínicas, del Hospital Isidro Ayora de Loja  
Elaboración: Alfredo D. Pucha Landacay.

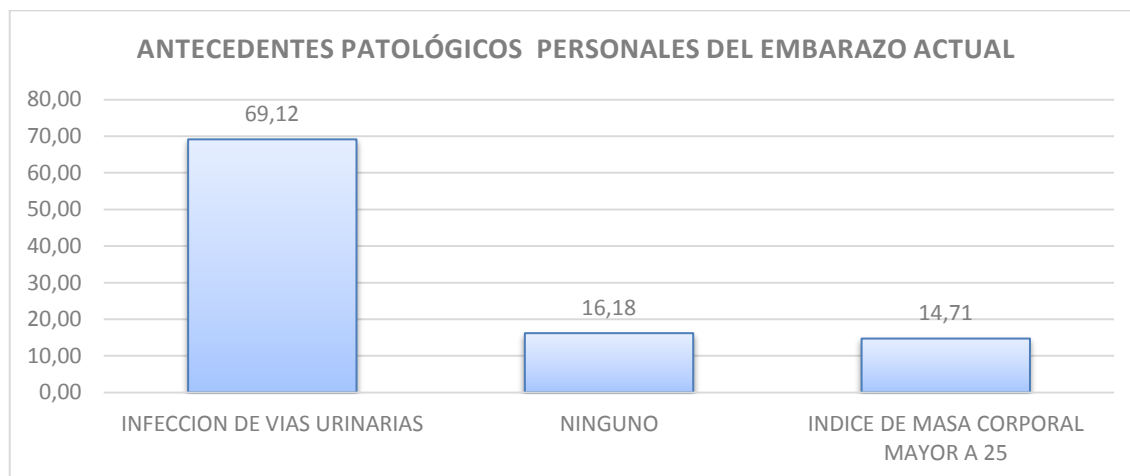
El 63,2% de las pacientes presentaron edades de 21- 30 años; un 23,5% tenían edades de 15 a 20 años, y el 13,2% edades de 31 a 35%

**TABLA N° 4.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DEL EMBARAZO ACTUAL**

<b>ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS	47	69,12
NINGUNO	11	16,18
INDICE DE MASA CORPORAL MAYOR A 25	10	14,71
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Clínicas, del Hospital Isidro Ayora de Loja  
Elaboración: Alfredo D. Pucha Landacay.

**GRÁFICO N° 4**



Fuente: Historias Clínicas, del Hospital Isidro Ayora de Loja  
Elaboración: Alfredo D. Pucha Landacay.

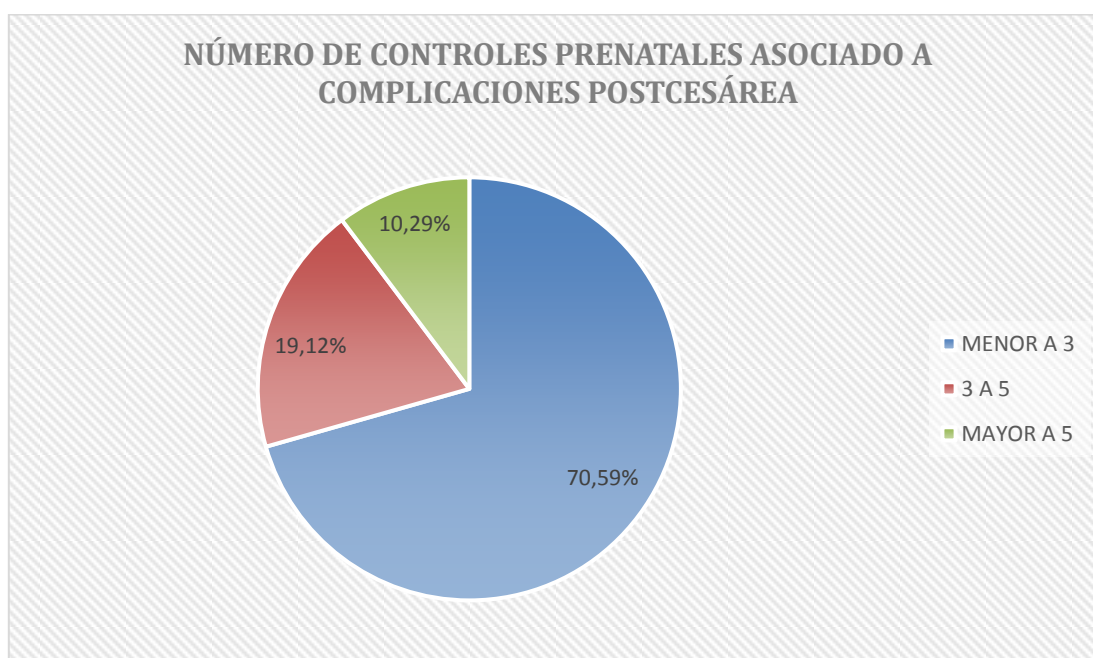
El 69,1% de pacientes presentaron infección de vías urinarias, y el 14,7 % presento índice de masa corporal mayor a 25.

**TABLA N°5.- NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES ASOCIADO A COMPLICACIONES POSTCESÁREA**

CONTROLES PRENATALES	F	%
<b>MENOR A 3</b>	48	70,59%
<b>3 A 5</b>	13	19,12%
<b>MAYOR A 5</b>	7	10,29%
<b>TOTAL</b>	68	100 %

Fuente: Historias Clínicas, del Hospital Isidro Ayora de Loja  
Elaboración: Alfredo D. Pucha Landacay.

**GRÁFICO N° 5**



Fuente: Historias Clínicas, del Hospital Isidro Ayora de Loja  
Elaboración: Alfredo D. Pucha Landacay.

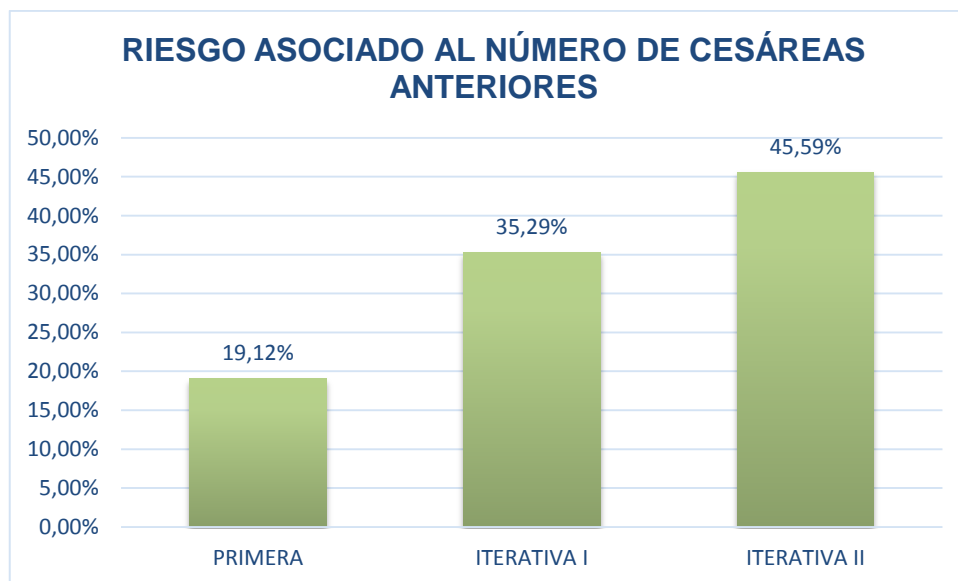
El 70,5% de las pacientes presentaron menos de 3 controles, el 19.1 % se realizaron de 3 a 5 controles y con un menor porcentaje del 10,2% tenían más de 5 controles.

**TABLA N° 6.- RIESGO ASOCIADO AL NÚMERO DE CESÁREAS ANTERIORES**

NÚMERO DE CESÁREAS	F	%
<b>PRIMERA</b>	13	19,12%
<b>ITERATIVA I</b>	24	35,29%
<b>ITERATIVA II</b>	31	45,59%
<b>TOTAL</b>	68	100%

Fuente: Historias Clínicas, del Hospital Isidro Ayora de Loja  
Elaboración: Alfredo D. Pucha Landacay.

**GRÁFICO N°6**



Fuente: Historias Clínicas, del Hospital Isidro Ayora de Loja  
Elaboración: Alfredo D. Pucha Landacay.

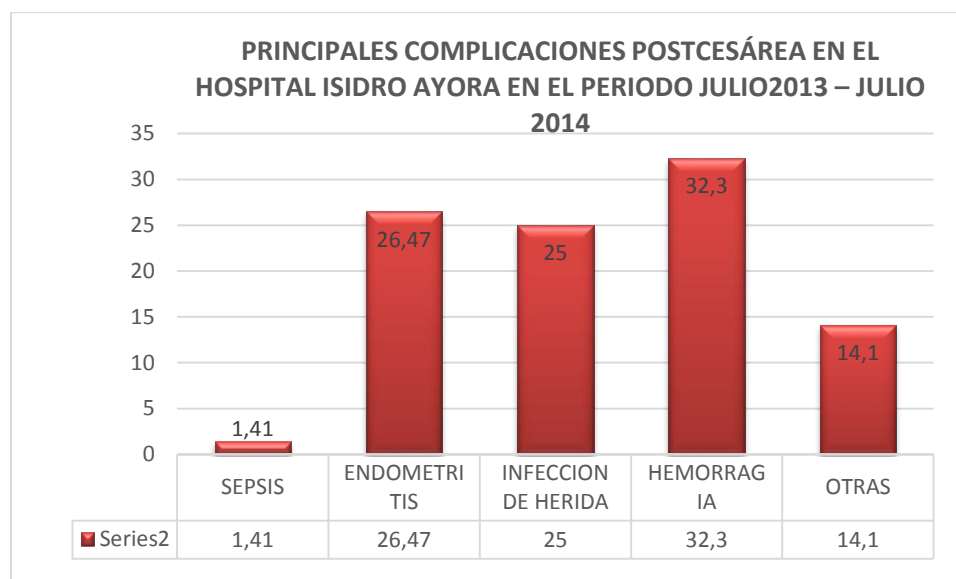
El 45,5% de la población en estudio, tenía como antecedente más de dos cesáreas, el 35,2% el antecedente de una primera cesárea, mientras que solamente el 19,1% presento riesgo en su primera cesárea.

**TABLA N° 7.- PRINCIPALES COMPLICACIONES POSTCESAREA EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO JULIO2013 – JULIO 2014**

COMPLICACIONES	F	%
<b>HEMORRAGIA</b>	22	32,35%
<b>ENDOMETRITIS</b>	18	26,47%
<b>INFECCIÓN DE HERIDA</b>	17	25,00%
<b>OTROS</b>	10	14,1%
<b>SEPSIS</b>	1	1,47%
<b>TOTAL</b>	68	100%

Fuente: Historias Clínicas, del Hospital Isidro Ayora de Loja  
Elaboración: Alfredo D. Pucha Landacay.

**GRÁFICO N°7**



Fuente: Historias Clínicas, del Hospital Isidro Ayora de Loja  
Elaboración: Alfredo D. Pucha Landacay.

El 32,3% de pacientes del estudio, presente como complicación Hemorragia uterina, el 26,4% endometritis, el 25% infección de herida y en menor porcentaje: Infección de vías urinarias, y Sepsis en 1,41%



## 7. Discusión

La presente investigación se realizó en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante el periodo Julio 2013 a Julio 2014, se estudiaron 68 mujeres que presentaron complicaciones post cesárea; el mayor rango de edad encontrado fue de 21 a 30 años en un 63.2%.

Durante el periodo mencionado anteriormente el 47.05% de partos fueron terminados por cesárea, de estos, el 4.7% presentaron complicaciones post quirúrgicas. Este porcentaje está en relación con el estudio realizado en el 2009 en la ciudad de San Nicolás Guatemala, donde se encontró el 2% de complicaciones post cesárea. Así mismo en el Hospital Maternidad Enrique Sotomayor de la ciudad de Guayaquil en el 2013 se identificó que tan solo el 1% de pacientes presentaron complicaciones postquirúrgicas.

En cuanto a los factores de riesgo asociados a complicaciones post cesárea se investigaron los antecedentes patológicos personales del embarazo actual, entre ellos se destacó en un mayor porcentaje: la infección de vías urinarias que representó el 69,1% de casos y el índice de masa corporal mayor a 25 en un 14,7%. Un estudio similar realizado en el hospital Corral Moscoso en el 2009 reportó como factor de riesgo principal a complicaciones postoperatorias el índice de masa corporal superior al 25 en un 42% de pacientes, siendo este porcentaje mayor al encontrado en las pacientes de la presente investigación. El estudio realizado en el 2013 en el Hospital Enrique Sotomayor de la ciudad de Guayaquil demostró como factores de riesgo asociados a complicaciones post cesáreas en sus pacientes, la obesidad en un 9% estos datos no guardan relación con los encontradas en la presente investigación.

Del 100% de pacientes con complicaciones luego de una cesárea el 70,5% presento como antecedente un número menor a 3 controles prenatales, dato que se relaciona con el estudio realizado en el Hospital Enrique Sotomayor de la ciudad de Guayaquil en el 2013 donde el 40% de usuarias no superaban a tres

los controles pre natales y en tanto que el 22% no tenían controles de su embarazo.

Se analizó el riesgo asociado de complicaciones post quirúrgicas según el número de cesáreas anteriores como antecedente, encontrando que del 100% de estas, el 45,5% presentaban dos cesáreas como antecedente, el 35,2% una cesárea anterior, y solamente el 19,1% de pacientes no presentan el antecedente como factor de riesgo; datos que se relacionan con el estudio realizado en la ciudad de Guayaquil en el Hospital Enrique Sotomayor en el 2013, donde se menciona que del total de la población en estudio el 67,% de pacientes presentaron el diagnostico de cesárea iterativa y el 33% de las pacientes no lo presentaron.

Las principales complicaciones post cesárea encontradas en la presente investigación fueron: hemorragia en un 32,3%; endometritis en un 26,4 %, infección de herida quirurgica en un 25%, estos porcentajes no son similares a los reportados en el estudio realizado en la ciudad de San Nicolás, Guatemala en el 2009, que del total de la población la principal complicación fue la endometritis en un 68%; sin embargo ambos estudios guardan relación en cuanto al tipo de complicaciones encontradas, es así que es el estudio realizado en Guatemala las complicaciones como: infección de herida, mastitis, hematomas, seromas fueron reportadas aunque en menor porcentaje en relación a la endometritis. Existen otros estudios como el realizado en la ciudad de Guayaquil en el Hospital Enrique Sotomayor en el año 2013 donde las complicaciones encontradas no guardan mucha relación con este estudio; es así que se reporta como complicaciones post cesárea: hematomas de pared en un 47 %, dehiscencia de herida en un 37%, y en menor porcentaje endometritis, seromas, infección de herida.

## 8. Conclusiones

1. La incidencia de cesáreas realizadas en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja fue de 47,05%.
2. Del total de las pacientes sometidas a cesárea el 4,79% presentaron complicaciones.
3. De las pacientes sometidas a cesáreas que presentaron complicaciones el 63.2%, tenían edades comprendidas entre 21 a 30 años, el 23,5% edades de 15 a 20 años y el 13,2% restante tenían edades de 31 a 35 años.
4. Del 100% de pacientes con complicaciones post cesárea, el 69,1% presentó antecedente de infección de vías urinarias, el 14,1 % Índice de masa corporal mayor a 25, y el 14,7 % no tenía antecedente. El 45,5% de pacientes presento como factor de riesgo asociado a complicaciones post cesárea el antecedente de dos cesáreas anteriores, mientras, que el 35,2% tuvo una cesárea anterior, y el 19,1% no presentaban el antecedente. El 70,5% de pacientes presento menos de 3 controles prenatales durante su embarazo, el 19,1 % se realizaron de 3 a 5 controles, y solamente el 10% más de 5 controles prenatales.
5. Las principales complicaciones post cesárea encontradas fueron: hemorragia uterina en un 32,3%, endometritis en un 26,4%, infección de herida en un 25% y sepsis en 1.14%.

## **9. Recomendaciones**

1. Identificar oportunamente los probables factores asociados a riesgo de complicaciones de cesárea en las pacientes de Hospital Isidro Ayora Loja.
2. Cumplir con las normas del Ministerio de Salud Pública con el cuidado por parte del personal de salud en la recuperación de pacientes sometidas a cesárea, para de esta manera determinar de forma oportuna cualquier complicación.
3. Manejo adecuado y oportuno de alteraciones en el puerperio inmediato y mediato para prevenir cualquier complicación.
4. Continuar con la línea de investigación para pretender captar mayores muestras y comparar resultados.

## 10. Bibliografía.

Álvarez, PL, SS Águila, & AR Acosta. "Sangramiento en obstetricia." *Rigol Obstetricia y Ginecología*. Disponible en URL: [http://bvs.sld.cu/libros\\_texto/libro\\_de\\_ginecologia\\_y\\_obstetricia/cap14.htm](http://bvs.sld.cu/libros_texto/libro_de_ginecologia_y_obstetricia/cap14.htm) (1984).

Angamarca Angamarca, M. G., & Angamarca Angamarca, M. G. (2012). *Factores de riesgo para dehiscencia de herida quirúrgica de la pared abdominal en pacientes atendidos en el Área de Cirugía General del Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo comprendido entre Enero del 2012 a Julio del 2012..*

Aristizábal, G., Awad, C., Álvarez, M. I., Mariño, A. C., Cortés, J. A., & Álvarez, C. (2009). Guía de estudio y manejo de casos y sus contactos para enfermedad similar a influenza, incluyendo el diagnóstico, manejo clínico y terapéutico Adaptación a influenza por virus nuevo A H1N1. *INFECTIO: Revista de la Asociación Colombiana de Infectiología*, 13(3), 231-37.

Aristizábal, J. F., Gómez, G. A., Lopera, J. F., Orrego, L. V., Restrepo, C., Monsalve, G., et al. (2005). Paciente obstétrica de alto riesgo:¿ dónde debe realizarse su cuidado periparto. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 56(2), 45-50.

Berghella, V., Baxter, J. K., & Chauhan, S. P. (2007). Cesárea, técnica quirúrgica basada en la evidencia. *Rev Obstet Ginecol-Hosp Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*, 2(1), 79-85.

Bustan, V. R. (2010). Complicaciones en Pacientes con Puerperio Inmediato Atendidas en el Servicio de Ginecología de Hospital Provincial General Docente Riobamba. Año 2008.

Cárdenas Bermeo, A. M., & Cárdenas Cárdenas, J. M. (2012). Morbilidad y mortalidad materno-neonatal y calidad de atención en el Hospital Moreno Vásquez de Gualaceo durante el período mayo 2010-febrero 2011.

Cárdenas, R. (2002). Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. *Gac Méd Méx*, 138(4).

Cedeño Intriago, S. P. (2015). El embarazo en adolescentes como factor de riesgo asociado al incremento de la morbilidad neonatal en pacientes que acudieron al servicio de obstetricia de la Clínica San Sebastián de Ambato de Enero a Diciembre 2013.

Coronel Ruilova, J. M., & Coronel Ruilova, J. M. (2012). *Cumplimiento y Aplicación de la Norma y Protocolo Materno del Ministerio de Salud Pública para la Atención del Parto por Cesárea, de las Mujeres atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, en el Período Abril a Octubre 2011.*

Cunningham, F. G. (2011). *Williams: obstetrica (23a.* McGraw Hill Mexico.

De Honduras Vol, U. A. (2006). DE LOS POSTGRADOS DE MEDICINA.

De la Fuente, P., & de la Fuente, L. (2008). Encuesta SEGO. Tratamiento de la amenaza de parto pretérmino en los hospitales españoles. *Progresos de obstetricia y ginecología, 51(1), 28-37.*)

DIAZ LOPEZ, M., DIAZ LOPEZ, M., MOSQUERA ULLOA, D., & MOSQUERA ULLOA, D. (2011). *EVALUACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS PRACTICO CLINICAS EN EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS, EN EL HOSPITAL BASICO DE SARAGURO, PERIODO 2007-2010.*

En Sudamérica, O. S. (2012). Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. *Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.*

Espinoza, R. (2010). Accordion: sistema de clasificación de gravedad de las complicaciones quirúrgicas. *Revista chilena de cirugía, 62(3), 314-314.*

FIGUEROA ZAMBRANO, C. C., & ALCÍVAR ALCÍVAR, L. E. (2013). *CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO QUE AUMENTAN LA INCIDENCIA DE HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL ÁREA GINECO OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA EN EL PERIODO OCTUBRE 2010 A MARZO 2011.*

Gallego, M. F. L., Prieto, A. P., Salmerón, M. G., Romero, M. A., & Carranza, J. M. (2011). *Utilidad de la pulsioximetría fetal intraparto en las decisiones clínicas basadas en criterios cardiotocográficos de riesgo de pérdida del bienestar fetal: tesis doctoral presentada en el Departamento de Obstetricia y Ginecología y realizada en el Hospital Universitario "Virgen de las Nieves" para la obtención del grado de Doctor en Medicina y Cirugía*. Editorial de la Universidad de Granada.

Galvez Liñan, E. M. (2014). Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del callao, periodo enero-diciembre 2013.

GENERALES, C. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N*, 107, 11-23.

Lattus, J., Zamora, E., & Mosella, F. (2013). *Histerectomía total obstétrica de emergencia con placenta in situ como tratamiento sugerido para casos graves de placentación anormal increta*. *Trabajo*, 8(3)

Linares Gaitán, L. R. (2008). Complicaciones postoperatorias de la cesárea electiva y de emergencia. Hospital Belén de Trujillo, 2002-2006.

Lugones Botell, M. (2001). La cesárea en la historia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 27(1), 53-56.

Mejía Sevilla, J. F., & Cherrez Anguizaca, J. E. (2014). Prevalencia cesárea y factores asociados en el hospital obstétrico "Ángela Loayza de Ollague" de la ciudad de Santa Rosa, provincia de El Oro, abril a septiembre del 2014.

MONROY, A. M. M., ESPINOSA, A. L. M., TÉLLEZ, G. E., & BECERRILb, F. E. T. M. (2012). Sepsis y Embarazo. *FLASOG, GC*, 1.

Mora Peralta, Y. E. (2012). *Cuidados de enfermería a pacientes de puerperio mediato en el Hospital Gineo Obstétrico Enrique C. Sotomayor desde octubre 2011-abril 2012*.

Nápoles Méndez, D., & Piloto Padrón, M. (2012). Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. *Medisan*, 16(10), 1579-1595.

Olvera Peñaloza, M. L., & Hernández Rivera, J. O. (2013). CAMBIOS HEMODINAMICOS CON ROPIVACAINA VS BUPIVACAINA VIA SUBARACNOIDEA PARA OPERACIÓN CESAREA.

ORTIZ, S., & CARDENAS, D. F. DETERMINAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA UNIDAD EDUCATIVA 26 DE FEBRERO, ZONA RURAL DE LA PROVINCIA DEL AZUAY.

Piloto Morejón, M., Suárez Blanco, C., & Palacios Valdés, G. (2002). Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 28(1), 42-48.

Piloto Morejón, M., Suárez Blanco, C., & Palacios Valdés, G. (2002). Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 28(1), 42-48.

Roura, L. C., Rodríguez, D. S., & Rodríguez, E. C. (2010). La tocurgia en la práctica obstétrica actual/Operative vaginal deliveries in current obstetric practice. *Folia clínica en obstetricia y ginecología*, (83), 6.

Rubios Hoyos, S. M., & Méndez Rodríguez, R. R. A. (2015). *Caracterización de los resultados adversos maternos y neonatales luego de una operación cesárea en la ESE Clínica Maternidad Rafael Calvo*. Universidad de Cartagena.

Salinas, H., Naranjo, B., Pastén, J., & Retamales, B. (2007). Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. *Revista HCUCh*, 18, 168-78.

Sanchez, C., & Vanessa, L. (2015). Complicaciones maternas durante el parto y puerperio en pacientes con cesárea previa atendidas en el instituto nacional materno perinatal durante el primer semestre del año 2014.

Soravilla, J. J. L., Adánez, J. M. G., Ruiz, L. D., Calleja, M. F., & Goenaga, J. P. (2009). La aplicación de la medicina basada en la evidencia reduce la tasa de cesáreas. *Progresos de obstetricia y ginecología*, 52(8), 427-436.



Tisné, L. (2015). Cesárea, técnica quirúrgica basada en la evidencia. *Revista de Revistas*, 10(2).

Unicef (2007). *Progreso para la Infancia: Examen Estadístico De Un Mundo Apropiado Para Los Niños Y Las Niñas* (Vol. 6). Unicef.

Wong, L. R., & Perpétuo, I. H. O. (2010). El estudio de la salud reproductiva y los censos de 2010: la fecundidad adolescente y la mortalidad materna. *CELADE-CEPAL, "Los censos de*.

## 11. Anexos.

### Recolección de datos:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"  
Área de la Salud Humana  
MEDICINA HUMANA



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A  
CESAREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA”.

Fecha: .....

- Tipo de parto :
- Edad: \_\_\_\_\_

### DATOS DE MESURACIÓN:

- IMC: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

### ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICO DE LA CESAREA:

PRIMERA:

ITERATIVA I:

ITERATIVA II:

Nº DE CONTROLES PRENATALES:

\_\_\_\_\_ -

### ANTECEDENTES DEL EMBARAZO ACTUAL:

DIABETES:

HIPERTENSION ARTERIAL:

ANEMIA:

OBESIDAD:

INFECCION DE VIAS URINARIAS:

OTRAS:

NINGUNA:

### COMPLICACIONES POST CESAREA:

\_\_\_\_\_

Loja, 23 de octubre de 2015

**DOCTORA  
RUTH MALDONADO  
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DEL AREA DE  
LA SALUD HUMANA LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**Cuidad.**

De mis consideraciones.-

Alfredo Daniel Pucha Landacay con número de cedula 1104895642, egresado de la carrera de medicina, por medio de la presente me dirijo ante su autoridad para solicitarle muy comedidamente se me conceda fecha y tribunal para la SUSTENTACION PRIVADA DE LA TESIS DENOMINADA “FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO JULIO 2013 – JULIO 2014”

Por la favorable atención que se digne dar a la presente, le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

ALFREDO DANIEL PUCHA LANDACAY  
1104895642

---

## PROYECTO DE TESIS

### 1. TEMA:

---

**FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO JULIO 2013 –JULIO2014.**

## 2. PROBLEMÁTICA

---

El puerperio es el período de ajuste posterior al parto, durante el cual los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal no gestacional. Durante esta etapa pueden ocurrir complicaciones que en ocasiones evolucionan hacia un desenlace fatal y cuando son numerosas constituyen un problema de salud que origina consecuencias negativas a la nación y a la población en general. El sangramiento puerperal grave originado fundamentalmente por atonía uterina, laceraciones del canal del parto, retención de fragmentos placentarios o membranas y hematomas de la episiorrafia, son causas frecuentes de morbimortalidad materna, lo que presupone el uso de grandes volúmenes de infusiones parenterales (hemoderivados o no) y la asistencia intensiva por parte de todo un equipo de salud, con el objetivo primordial de prevenir y tratar los trastornos hemodinámicos resultantes<sup>1</sup>

Diferentes medidas se han empleado para disminuir la incidencia de complicaciones infecciosas posoperatorias, entre las que sobresale la antibioticoterapia profiláctica, de la cual también se han propuesto varios esquemas terapéuticos. La mayoría de los autores coinciden en que los esquemas de tratamiento de poco tiempo de duración con antibióticos de amplio espectro, contribuyen a reducir considerablemente el riesgo de infecciones posoperatorias.<sup>2</sup>

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

---

<sup>1</sup> Piloto Morejón, M., Suárez Blanco, C., & Palacios Valdés, G. (2002). Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 28(1), 42-48.

<sup>2</sup> Caraballo López, S., García Romero, Y., & Núñez Álvarez, A. (2001). Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 53(2), 106-110.

quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente.<sup>3</sup>

Las complicaciones infecciosas abdomino pelvianas, se presentan con una frecuencia de 2 a 5 cada 100 nacimientos, y en su mayoría se trata de cuadros leves que resultan de la invasión del aparato reproductor por gérmenes que habitan en condiciones normales en tracto genital inferior, o por patógenos que lo colonizan luego del parto o cesárea.<sup>4</sup>

La Colaboración Cochrane realizó una revisión de la bibliografía por Bamigboye A y Hofmeyr G en 2005, concluyeron que sin el cierre peritoneal, el resultado del posoperatorio a corto plazo mostraba una mejoría, mientras que los estudios a largo plazo sobre la cesárea eran limitados, pero datos sobre otros procedimientos quirúrgicos eran alentadores; no existen pruebas en la actualidad para justificar el tiempo y el costo que ocasiona el cierre del peritoneo, si se tiene en cuenta que la cicatrización de la herida peritoneal difiere de la de otros tejidos, porque la reepitelización de la superficie peritoneal ocurre simultáneamente a partir de diversos puntos del sitio lesionado y no gradualmente desde los bordes de la herida. A los 3 días de haber ocurrido la lesión existe una cubierta de células mesoteliales, entre 5 y 8 días, la reparación de la superficie peritoneal es completo<sup>5</sup>

Un estudio en el Hospital General De Oxapampa, (perú) entre enero de 2001 y diciembre del 2002, nos indica que la tasa de cesáreas para el periodo de estudio fue 25,7%, siendo principales indicaciones desproporción cefalopelvica, sufrimiento fetal, cesárea previa y presentación podálica; las principales

---

<sup>3</sup> Fuentes, M. G. M. COMPLICACIONES DE LA CESÁREA.

<sup>4</sup> Cruz Torres, L. F. (2012). Complicaciones en Madres Adolescentes Primigestas con Infección de Vías Urinarias. Hospital José María Velasco Ibarra. Tena 2010.

<sup>5</sup> León Cid, I. (2010). Complicaciones posoperatorias en la operación cesárea sin . Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000300004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300004).

complicaciones fueron endometritis e infección de herida operatoria e infección de herida operatoria.<sup>6</sup>

En Ecuador se ha realizado investigaciones en relación a complicaciones postoperatorias de cesárea, en Azuay en el Centro Médico Naval, entre Enero a Diciembre del 2011. La muestra estuvo constituida por 287 pacientes sometidas a cesárea dando como resultados, El 70.7% de las pacientes tenían grado de instrucción secundaria. Hubo una mayor frecuencia de multíparas en el 50.2% de los casos. El motivo de cesárea, más frecuente fue la presentación podálica, en el 20.9%. El 62% de los recién nacidos fueron del sexo femenino. La mayoría de pacientes estuvieron hospitalizadas entre 3 a 5 días en el 59.9% de los casos. No tuvieron antecedente patológicos de importancia en el 47.4%. Hubo complicaciones en el 7.7% de la cesareadas y la complicación más frecuente fue la endometritis, en el 4.5% de los casos.

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

No existen estadísticas en nuestro medio para saber con exactitud cuáles son los factores relacionados para la aparición de complicaciones luego de una cesárea. Por lo planteado en la presente problemática me he planteado realizar la siguiente investigación: PARA LO CUAL SE PLANTEA LA SIGUIENTE PREGUNTA:

---

<sup>6</sup> Uzcátegui, O. (2008). Estado actual de la cesárea. *Gac Méd Caracas*, 116(4), 280-286.

<sup>7</sup> (2012). Resumen - Facultad de Medicina Humana - Universidad de ... Retrieved July 2, 2014, from [http://www.medicina.usmp.edu.pe/academico/postgrado/publicaciones/tesis/residentado/ginecologia/art\\_21\\_resumen.php](http://www.medicina.usmp.edu.pe/academico/postgrado/publicaciones/tesis/residentado/ginecologia/art_21_resumen.php).

¿CUALES SON LOS FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO JULIO 2013- JULIO 2014?



### 3. JUSTIFICACIÓN

---

El presente proyecto de investigación pretende recopilar información acerca de “FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO JULIO 2013- JULIO 2014.”.

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>8</sup>; a pesar de ello existen algunas características demográficas que ayudan a que en este procedimiento existan complicaciones.

Pocos son los estudios nacionales, enfocados en relación factores que ayudan a la presentación de complicaciones postoperatorias en una cesárea a pesar de su gran importancia, por ello sería conveniente conocer los factores asociados a complicaciones post operatorias en las madres sometidas a cesárea para así poder prevenir que se sigan sumando este problema.

Los beneficiarios de esta investigación, serán mujeres embarazadas, sus familias, las Instituciones de salud, la comunidad en general, ya que permitirá un mejor abordaje y seguimiento de forma personal a quienes presenten algún factor asociado a complicaciones post cesárea y de una forma personal podrá ayudar a cumplir uno de los requisitos necesarios para graduarme.

En Loja no existe información acerca de este problema, por tal razón este proyecto pretende recopilar los factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea

---

<sup>8</sup> Fuentes, M. G. M. COMPLICACIONES DE LA CESÁREA.

## 4. OBJETIVOS

---

- **OBJETIVO GENERAL:**

- ✓ Determinar los factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora durante el periodo Julio 2013 – Julio 2014

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✓ Conocer el número de cesáreas en el Hospital Isidro Ayora, durante el periodo en estudio.
- ✓ Determinar los factores de riesgo en pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el periodo Julio 2013 – Julio 2014
- ✓ Identificar las principales complicaciones post operatorias del Hospital Isidro Ayora en el periodo de estudio.

# 5. ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO

---

## **4.1 CESAREA DEFINICIÓN**

4.2 HISTORIA:

## **4.3 INDICACIONES DE CESÁREA**

4.3.1 DISTOCIA

4.3.2 RIESGO DE PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL.

4.3.3 CESÁREA ANTERIOR

4.3.4 PARTO TRAS DOS CESÁREAS ANTERIORES.

4.3.5 MIOMECTOMÍA PREVIA

4.3.6 PRESENTACIÓN DE NALGAS.

4.3.7 PARTO MÚLTIPLE

4.3.8 MACROSOMÍA FETAL

4.3.9 CAUSA MATERNA

4.3.10 PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA

## **4.4 COMPLICACIONES DE CESAREA**

4.4.1 DEFINICION:

4.4.2 CLASIFICACIÓN

4.4.2.1 EN RELACIÓN AL MOMENTO DE PRESENTACIÓN:

### **4.4.2.1.1 COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS:**

COMPLICACIONES MATERNAS:

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS.

COMPLICACIONES FETALES:

**4.4.2.1.2 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:**

**4.4.2.1.2.1 COMPLICACIONES MATERNAS INMEDIATAS:**

4.4.2.1.2.1.1 FIEBRE POST QUIRURGICA

4.4.2.1.2.1.2 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS

POR SU TIEMPO DE APARICIÓN:

4.4.2.1.2.1.3 SHOCK

4.4.2.1.2.1.4 INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

**4.4.2.1.2.2 COMPLICACIONES MATERNAS MEDIATAS:**

4.4.2.1.2.2.1 COMPLICACIONES INFECCIOSAS:

4.4.2.1.2.2.2 INFECCIÓN DE LAS HERIDAS.

a) INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

b) ENDOMETRITIS

c) TROMBOFLEBITIS PÉLVICA SÉPTICA

**4.4.2.1.2.3. COMPLICACIONES MATERNAS TARDÍA**

# 6 METODOLOGÍA

---

## TIPO DE ESTUDIO:

Es un estudio retrospectivo, descriptivo, tipo transversal.

## ÁREA DE ESTUDIO:

Hospital General Isidro Ayora de Loja

Departamento de docencia del Hospital Isidro Ayora

Centro Obstétrico de Hospital General Isidro Ayora

- UNIVERSO:

Mujeres que se realizaron una cesárea en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital Regional Isidro Ayora de la Ciudad de Loja durante el periodo de Julio 2013 – Julio 2014

- MUESTRA:

Mujeres con diagnóstico de Complicación Post cesárea

## SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes sometidas a cesárea en el Hospital General Isidro Ayora Loja durante el periodo Julio 2013 – Julio 2014.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

✓ Pacientes que presentaron parto por vía vaginal en el Hospital General Isidro Ayora Loja durante el periodo Julio 2013- Julio2014.

✓ Pacientes ingresadas al Hospital Isidro Ayora durante el periodo Julio 2013 –Julio 2014 que presentaron complicaciones Post Cesárea, siendo esta realizada en otra institución.

✓ Pacientes en las cuales se planifico otra intervencion quirurgica a más de la Cesárea

## RECOLECCION DE DATOS

En el mes de abril 2014 se aprobó el tema, FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A CESAREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA EN EL PERIODO JULIO 2013 – JULIO 2014, .Se inician trámites de autorización en el Hospital General Isidro Ayora, para el acceso a la documentación de historias clínica.

## INSTRUMENTOS

Para lograr recolectar datos de pacientes atendidas en el Hospital Isidro Ayora Loja se hizo uso de instrumentos como:

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Elaborada por el autor para registrar los datos correspondientes que ayudaran al desarrollo del presente estudio

## HISTORIA CLÍNICA

En donde se encuentran los datos detallados de la evolución de las pacientes sometidas a Cesárea en el servicio de Centro Obstétrico.

## COMPLICACION

Se evaluó cualquier reporte relacionado con signo o síntoma que indique alteración hemodinámica de a pacientes.

## PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Se llevó a cabo un análisis de datos que se logró recopilar a lo largo del proceso de investigación, para lo cual se utilizó las siguientes herramientas

Microsoft Office Excel 2013.

Microsoft Word 2013.

Power Point 2013.

Análisis estadístico descriptivo, a través de tablas, gráficos, con lo que se permitirá enfocar una perspectiva cuali- cuantitativa adecuada de los resultados de la investigación.

Una vez obtenida la información y para obtener los respectivos resultados se procederá a la tabulación y su análisis respectivamente. Los resultados serán presentados en tablas y gráficos.

# 7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
FACTORES ASOCIADOS	Grupo de cualidades que en un momento dado determina el estado de los pacientes.	Biológico	Edad Rango	15-20 21- 30 31 -35
		Antecedentes obstétricos	Número de Cesáreas porcentaje	Primera Iterativa I Iterativa II
		Servicio de salud	Control prenatal Porcentaje	Optimo: mayor a 5 Mínimo: de 3 -5 Deficiente: menos de 3 No registra Antecedente
Antecedentes personales	Tipo porcentaje			
COMPLICACIONES	Patologías producidas como consecuencia a determinado factor o procedimiento quirúrgico en las gestantes intervenidas a cesárea	Maternas	Porcentaje	Desgarro uterino Endometritis Sangrados o hemorragias Infección de vías urinarias Hematomas Seromas Sepsis Dehiscencia de herida Infección de herida Otras.



## 8. RECURSOS Y PRESUPUESTO

---

### RECURSOS ECONÓMICOS

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Suministros y materiales	50.00	50.00
1	Internet	50.00	50.00
1	Material bibliográfico	20.00	20.00
1	Derechos	5.00	5.00
1	Flash memory	15.00	15.00
1	Proyector multimedia	5,00	10.00
1	Transporte	50.00	50.00
500	Impresiones	0.05	50.00
10	Cd's	0.50	5.00
4	Anillado	3.00	12.00
2	Empastado	15.00	30.00

### FINANCIAMIENTO

El costo total será asumido por la estudiante responsable del presente proyecto.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: “FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A CESÁREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO JULIO 2013-JULIO 2014”**

CRONOGRAMA DE TRABAJO	2104									2105										
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	
<b>ACTIVIDADES</b>																				
Búsqueda de tema de investigación	X																			
Aprobación del tema de investigación	X																			
Elaboración del Proyecto		X	X																	
Aprobación del Proyecto de Investigación		X	X	X																
Trabajo de campo.					X	X	X													
Tabulación de datos, conclusiones y recomendaciones								X	X	X	X	X	X							
Elaboración del informe final											X	X	X	X	X	X	X	X		
Presentación del informe final de Tesis.																		X	X	



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDAS A  
CESAREA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA”.

**Fecha:** .....

- Tipo de parto :
- Edad: \_\_\_\_\_

**DATOS DE MESURACIÓN:**

- IMC: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:**

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICO DE LA CESAREA:**

PRIMERA:

ITERATIVA I:

ITERATIVA II:

**Nº DE CONTROLES PRENATALES:**

\_\_\_\_\_ -

**ANTECEDENTES DEL EMBARAZO ACTUAL:**

DIABETES:

HIPERTENSION ARTERIAL:

ANEMIA:

OBESIDAD:

IFECCION DE VIAS URINARIAS:

OTRAS:

NINGUNA:

**COMPLICACIONES POST CESAREA:**

\_\_\_\_\_

## 9. BIBLIOGRAFIA

---

- 1) Protocolo de la SEGO ( sociedad española de ginecología y obstetricia)
- 2) Fuentes, M. G. M. COMPLICACIONES DE LA CESÁREA.
- 3) Piloto Morejón, M., Suárez Blanco, C., & Palacios Valdés, G. (2002). Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 28(1), 42-48
- 4) Caraballo López, S., García Romero, Y., & Núñez Álvarez, A. (2001). Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos. Revista Cubana de Medicina Tropical, 53(2), 106-110.
- 5) Galvez Liñan, E. M. (2014). Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del callao, periodo enero-diciembre 2013.
- 6) Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah A, Novikova N. Técnicas para la cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford:Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7) Dodd JM, Crowther CA. Repetición de cesárea electiva versus inducción del trabajo de parto para mujeres con un parto por cesárea anterior (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 8) Smaill F, Hofmeyr GJ. Profilaxis antibiótica para la cesárea (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 9) Enkin, Murray. Parto y nacimiento después de cesárea RevistaOB Stare .2003 primavera Revisión, artículo CUIDEN

## Índice

<b>CERTIFICACIÓN.....</b>	<b>ii</b>
<b>AUTORIA .....</b>	<b>iii</b>
<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN.....</b>	<b>iv</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>vi</b>
<b>1. TÍTULO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>3. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>4. REVISIÓN DE LITERATURA.....</b>	<b>7</b>
<b>4.1 CESÁREA.DEFINICION.....</b>	<b>7</b>
<b>4.2 HISTORIA: .....</b>	<b>7</b>
<b>4.3 INDICACIONES DE CESÁREA.....</b>	<b>9</b>
4.3.1 DISTOCIA	
4.3.2 RIESGO DE PÉRDIDA DE BIENESTAR FETAL.	
4.3.3 CESÁREA ANTERIOR	
4.3.4 PARTO TRAS DOS CESÁREAS ANTERIORES.	
4.3.5 MIOMECTOMÍA PREVIA	
4.3.6 PRESENTACIÓN DE NALGAS.	
4.3.7 PARTO MÚLTIPLE.	
4.3.8 MACROSOMÍA FETAL	
4.3.9 CAUSA MATERNA.-	
4.3.10 PLACENTA DE INSERCIÓN BAJA	

<b>4.4 COMPLICACIONES DE CESAREA.....</b>	<b>12</b>
4.4.1 DEFINICIÓN:	
4.4.2 CLASIFICACIÓN	
4.4.2.1 EN RELACIÓN AL MOMENTO DE PRESENTACIÓN:	
<b>4.4.2.1.1 COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS: .....</b>	<b>13</b>
COMPLICACIONES MATERNAS:	
COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS.	
COMPLICACIONES FETALES:	
<b>4.4.2.1.2 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:.....</b>	<b>15</b>
<b>4.4.2.1.2.1 COMPLICACIONES MATERNAS INMEDIATAS: .....</b>	<b>15</b>
4.4.2.1.2.1.1 FIEBRE POST QUIRURGICA .....	15
4.4.2.1.2.1.2 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS .....	15
POR SU TIEMPO DE APARICIÓN:	
4.4.2.1.2.1.3 SHOCK .....	17
4.4.2.1.2.1.4 INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA .....	17
<b>4.4.2.1.2.2 COMPLICACIONES MATERNAS MEDIATAS:.....</b>	<b>19</b>
4.4.2.1.2.2.1 COMPLICACIONES INFECCIOSAS: .....	19
4.4.2.1.2.2.2 INFECCIÓN DE LAS HERIDAS. ....	20
d) INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO	
e) ENDOMETRITIS	
f) TROMBOFLEBITIS PÉLVICA SÉPTICA	
<b>4.4.2.1.2.3. COMPLICACIONES MATERNAS TARDÍA.....</b>	<b>24</b>
<b>5. METODOLOGÍA.....</b>	<b>25</b>

<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>7. DISCUSIÓN.....</b>	<b>35</b>
<b>8. CONCLUSIONES .....</b>	<b>37</b>
<b>9. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>38</b>
<b>10. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>39</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>45</b>
<b>INDICE .....</b>	<b>63</b>