



1859

1829

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

**INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESÁREA EN
PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA
DE LOJA, PERIODO ENERO, FEBRERO, MARZO 2016**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DE TÍTULO DE MÉDICO GENERAL**

AUTOR:

Jhersson José Briceño Mendieta

DIRECTOR:

Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo, Esp

LOJA-ECUADOR
2016

1859

CERTIFICACIÓN

Loja, 26 de Octubre del 2016

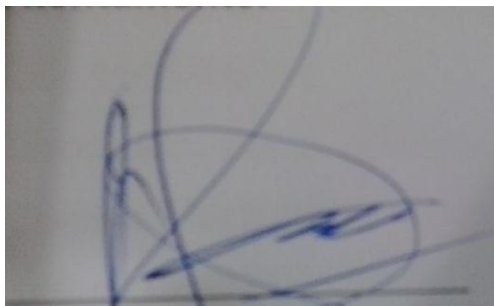
Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo, Esp

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que luego de haber dirigido el trabajo de investigación titulado “ **INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESÁREA EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO, FEBRERO, MARZO 2016**” de autoría del Sr. Jheresson José Briceño Mendieta, estudiante de la carrera de Medicina Humana previo a la obtención del título de Médico General; y por considerar que ha sido revisada en su integridad y encontrándola concluida en su totalidad, autorizo su presentación final para revisión y sugerencias del tribunal respectivo.

Atentamente:

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature is cursive and somewhat abstract, with several loops and a long horizontal stroke at the end.

Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo, Esp

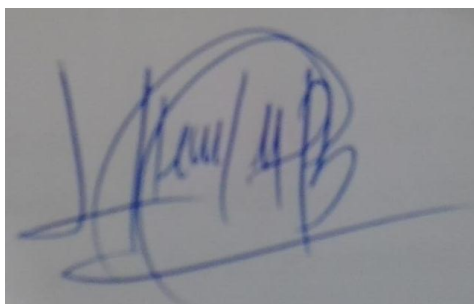
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Jhersson José Briceño Mendieta**, declaro ser autor del presente trabajo de Tesis, a excepción de aquellas que se encuentran citadas y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Firma:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jhersson JB', is shown within a rectangular frame. The signature is stylized and somewhat cursive.

Autor: Jhersson José Briceño Mendieta

CC: 1104296239

Dirección: Barrio el Rosal, entre Sebastian de Valdivieso y Miguel de Unamuno

Correo Electrónico: jherssonbric@hotmail.com

Teléfono: 0992253540

CARTA AUTORIZACIÓN

Yo, Jhersson José Briceño Mendieta, autor de la tesis: “**INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESÁREA EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO, FEBRERO, MARZO 2016**” cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual en esta casa de estudios superiores.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Institucional Bibliotecario Virtual, las redes de información del país y del extranjero con las cuales la Universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis realizada por un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 26 días del mes de Octubre del dos mil dieciséis, firma su autor.

FIRMA:

Autor: Jhersson José Briceño Mendieta

CC: 1104296239

Dirección: Barrio el Rosal, entre Sebastián de Valdivieso y Miguel de Unamuno

Correo Electrónico: jherssonbric@hotmail.com

Teléfono: 0992253540

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis: Dr. Guillermo Coronel Astudillo. Esp

Tribunal de grado:

- Presidente: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustan, Mg.Sc
- Miembro del tribunal: Dra. Karina Yesenia Calva Jiron, Esp
- Miembro del tribunal: Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg.Sc

DEDICATORIA

A **Dios** por haberme regalado lo más preciado que es la salud y por haberme guiado durante mi vida estudiantil, ya que sin su ayuda nada de este merito sería posible

A **mi madre Rosita** con todo mi amor y cariño por su sacrificio y esfuerzo brindado durante mi vida estudiantil, por no dejarme solo en esta travesía.

A **mi adorada abuelita Otilia** por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, valores y ejemplo constantes que me ha permitido ser una persona de bien, sobre todo, por su amor, paciencia y comprensión.

A **mi estimado padre José**, por su perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado para salir adelante.

A **mi hermano**, que se constituyó en la fuerza para seguir adelante y vencer los problemas.

Jhersson

AGRADECIMIENTO

Le **agradezco a Dios** por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A **mi Universidad** por acogerme su seno científico para poder estudiar mi carrera; así como también a los diferentes **docentes** que me brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante cada día.

A **mi director de tesis**, Dr. Guillermo Coronel Astudillo por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación ha logrado que culmine esta investigación con éxito.

A **mis padres** quienes a lo largo de toda la vida me han apoyado y son los artífices de mi formación académica, creyeron en mí y jamás dudaron de mis habilidades.

Jhersson

ÍNDICE

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE	vii
1.TÍTULO.....	9
2.RESUMEN.....	2
ABSTRACT	
3.INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
4.1. DEFINICIÓN	7
4.2. TÉCNICA	7
4.2.1. APERTURA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL.....	8
4.2.2. HISTEROTOMÍA.....	8
4.2.3. EXTRACCIÓN FETAL Y ALUMBRAMIENTO.....	8
4.2.4. HISTERORRAFIA.....	9
4.2.5. CIERRE DE PARED.....	9
4.3. INDICACIONES DE CESÁREA.....	10
4.3.1. CAUSAS MATERNAS.....	10
4.3.1.1. CESÁREA ANTERIOR.....	10
4.3.1.2. DILATACIÓN ESTACIONARIA.....	10
4.3.1.3. DESPROPORCIÓN CEFALO-PÉLVICA	10
4.3.1.4. HERPES GENITAL	11
4.3.1.5. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS.....	11
4.3.1.6. DIABETES GESTACIONAL	12
4.3.2. CAUSAS FETALES.....	12
4.3.2.1. SUFRIMIENTO FETAL AGUDO.....	12
4.3.2.2. MACROSOMÍA FETAL.....	13

4.3.2.3. EMBARAZO MÚLTIPLE.....	13
4.3.3. CAUSAS OVULARES.....	13
4.3.3.1. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.....	13
4.3.3.2. POLIHIDRAMNIOS.....	14
4.3.3.3. PLACENTA PREVIA.....	14
4.3.3.4. DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA NORMOINSERTA.....	15
4.4. COMPLICACIONES DE CESÁREA	15
4.4.1. CLASIFICACIÓN.....	15
4.4.2. COMPLICACIONES ANESTÉSICAS.....	16
4.4.3. COMPLICACIONES QUIRURGICAS.....	18
4.4.4. COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS INTRAOPERATORIAS.....	18
4.4.5. LESIONES DEL TRACTO URINARIO.....	19
4.4.6. LESIONES INTESTINALES	19
4.4.7. LESIONES NERVIOSAS.....	20
4.4.8. COMPLICACIONES INFECCIOSAS.....	20
5. METODOLOGÍA.....	22
6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	24
7. DISCUSIÓN.....	27
8. CONCLUSIONES.....	30
9. RECOMENDACIONES.....	31
10. BIBLIOGRAFÍA.....	32
11. ANEXOS.....	37

1.TÍTULO:

INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESÁREA EN PACIENTES
INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO,
FEBRERO, MARZO DEL 2016

2.RESUMEN

El tema del presente trabajo investigativo es indicaciones y complicaciones de cesárea en pacientes ingresadas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, periodo enero, febrero, marzo del 2016. El objetivo general es determinar las indicaciones y complicaciones de cesárea, los objetivos específicos son determinar los factores que llevan a la terminación del parto por cesárea, establecer las principales complicaciones de cesárea y conocer el número de cesáreas por grupo etareo. Es un estudio descriptivo retrospectivo transversal, el mismo que se realizó en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora Loja. El universo y muestra estuvo conformado por 274 pacientes, con antecedente de cesárea atendidas desde el 1 de enero al 31 de marzo del 2016. Se obtuvo los datos de la planilla de egresos hospitalarios e historias clínicas. En cuanto a los resultados se determinó que la principal indicación de cesárea es cesárea anterior con 12.4%, en segundo lugar, sufrimiento fetal agudo con 10.5%, en tercer lugar, oligohidramnios con 10.2%, en último lugar embarazo gemelar con 1.0%. En cuanto a las complicaciones post cesárea se determinó que 77.7% de las pacientes no presentaron complicaciones y el 5.1% presento cefalea post punción. Además, la operación cesárea se realizó con mayor porcentaje de 37.9% en un rango de edad de 21 – 25 años y con menor porcentaje de 1.8% en pacientes mayores de 41 años. Las principales conclusiones que llegamos a lo largo del trabajo es que las principales indicaciones de cesárea son cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, oligohidramnios, además la mayoría de pacientes no presentaron ninguna complicación post cesárea y el grupo etareo en el cual más realizo la operación cesárea fue el comprendido entre 21-25 años

Palabras Claves: Cesárea, indicaciones, complicaciones, cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, oligohidramnios, embarazo gemelar

ABSTRACT

The topic of this research is indications and complications in patients admitted in the Caesarean section in the Isidro Ayora Hospital of Loja period January, February, and March 2016. The overall objective is to determine the indications and complications of Caesarean section, the specific objectives are to determine the factors that lead to the termination of cesarean delivery, establish the principal complications of caesarean and knowing the number of caesarean sections by age group. It is a cross-sectional retrospective study, the same as was done in the service of Obstetrics and Gynecology in Isidro Ayora Hospital of Loja. The universe and sample consisted by 274 patients with a history of caesarean catered from January 1st to March 31th in 2016. Also data sheet hospital discharge and medical records were obtained. As to the results it was determined that the main indication of cesarean previous cesarean with 12.4%, in second place, acute fetal distress with 10.5%, in third place, with 10.2% oligohidramnios, lastly twin pregnancy with 1.0%. As for complications after cesarean section it was determined that 77.7% of patients had no complications and 5.1% presented post puncture headache. In addition, the Caesarean section was performed with the highest percentage of 37.9% in an age range of 21 to 25 years, with the lowest percentage of 1.8% in patients older than 41 years. The main conclusions arrived throughout the paper is that the main indications for cesarean section are previous cesarean delivery, fetal distress, oligohydramnios, Besides most of the patients presents no complications Caesarean post and the age group in which more performed the Caesarean section was between 21-25 years.

Keywords: Cesarean section, indications, complications, previous cesarean delivery, fetal distress, oligohydramnios, twin pregnancy

3.INTRODUCCIÓN

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, y su frecuencia sigue aumentando, sobre todo en países ingresos altos y medianos. Aunque permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas, lo cual pone a las madres y a los niños en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo. En una nueva declaración, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca lo importante que es centrarse en las necesidades de los pacientes, caso por caso, y desalienta el establecimiento de “metas” con respecto a la tasa de cesáreas. La cesárea puede ser necesaria cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el niño, por ejemplo: parto prolongado, sufrimiento fetal o presentación anómala. No obstante, también puede ser causa de complicaciones importantes, discapacidad y muerte, sobre todo en entornos que carecen de instalaciones para realizar intervenciones quirúrgicas en condiciones seguras y tratar posibles complicaciones. (Organización Mundial de la Salud 2015)

A nivel mundial la cesárea es realizada en un alto porcentaje de embarazadas; en Europa se reporta una incidencia de 21%, en Estados Unidos 26 %, en Australia 23% y en Latinoamérica (Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México) rebasa el 50%. En el Ecuador, en el año 2014 el índice de cesáreas solo del ministerio de Salud Pública fue de 41.2%. (Guía de práctica clínica, atención del parto por cesárea, 2015)

La Organización Mundial de la Salud menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor del 10-15%. (Guía de práctica clínica, atención del parto por cesárea, 2015)

En Estados Unidos (EEUU) la primera indicación es la cesárea anterior (8,5 %) le siguen distocias (7,1 %), presentación podálica (2,6 %), sufrimiento fetal (2,3 %) y otras (3,2 %). En la primera cesárea no hay indicación reportada entre un 3

% a 7 %, otras fueron pedidas por las pacientes o recomendadas por el médico. (Guía de práctica clínica, atención del parto por cesárea, 2015)

En Escocia también encuentran la presentación podálica como primera causa en las cesáreas electivas, y en las de emergencia sufrimiento fetal, seguidas por distocias y cesárea anterior y el 50 % en primigestas. En Noruega la primera indicación es sufrimiento fetal, le siguen las distocias, podálica, requerimiento materno, preeclampsia y fracaso de inducción y en las electivas la primera causa fue la cesárea previa y dos tercios de ellas fueron de emergencia. Backe y col. En un estudio hecho en Inglaterra por Patel y col encontraron los siguientes factores de riesgo: presentación podálica en las electivas, y en las de emergencia cesáreas previas, macrosomía fetal, edad materna avanzada y en cambio el aumento de la paridad disminuyó el riesgo. En China, Cheng y col. dan como primera causa las distocias (desproporción cefalopélvica, trabajo de parto prolongado), seguido de sufrimiento fetal y factores demográficos como educación, edad y ocupación. (Guía de práctica clínica, atención del parto por cesárea, 2015)

Este no es un caso aislado en Ecuador. En el 2014, el índice de cesáreas en el país se ubicó en 41%, según Jakeline Calle, gerenta institucional de Implementación de Disminución de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud Pública (MSP). La cifra supera el índice de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece límites entre el 10 y 15%. Solo en Quito se registraron 6 720 cesáreas en el 2014 frente a 15 629 partos naturales. En Pichincha hubo 7 184 cesáreas, en el 2014, frente a 17 811 partos naturales. Guayas registra la cifra más alta de cesáreas con 10 580 y los partos naturales suman 15 357. (El comercio, El parto por cesárea desborda los límites de la Organización Mundial de la Salud en Ecuador, 2015).

En un estudio realizado en la Universidad Católica del Ecuador, del total de las pacientes con cesáreas, la principal indicación fue “cesárea anterior” con el 53,03%, seguido del riesgo de compromiso de bienestar fetal con un 16,05%,

patología obstétrica y anomalías de presentación con 11,11%. (Dra. María Lucila Carrasco Guerra, Universidad Católica del Ecuador, 2015.)

Un estudio retrospectivo de cohorte, realizado en Italia, reportó que las mujeres multíparas del grupo de cesárea electiva, tuvieron mayor riesgo de histerectomía (1.66%), shock (4.07%), complicaciones por la anestesia (4.65%) e infecciones puerperales (8.20%) comparado con las mujeres del grupo de parto vaginal. Las mujeres nulíparas del grupo de cesárea electiva tuvieron un mayor riesgo de shock (7.58%) y complicaciones de la anestesia (6.75%) comparado a las mujeres del grupo de parto vaginal. (Ministerio de Salud Publica 2014)

El incremento de la tecnología (ecografías, monitoreo electrónico, anestesia peridural) ha llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento progresivo y del parto por cesárea, sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos o neonatales. Es por ello se ha llevado a cabo el presente proyecto de investigación titulado “INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO, FEBRERO, MARZO DEL 2016”, cuyo objetivo general es determinar las indicaciones y complicaciones de cesárea en pacientes ingresadas en el Hospital Isidro Ayora de Loja periodo enero, febrero y marzo del 2016; los objetivos específicos son determinar los factores que llevan a la terminación del parto por cesárea, establecer las principales complicaciones de cesárea y conocer el número de cesáreas por grupo etareo

Este tipo de investigación retrospectiva, descriptiva y de corte transversal se la llevo a cabo con una población total de 274 mujeres con diagnóstico de cesárea, llegando a los siguientes resultados: la mayoría de las mujeres embarazadas que se les realizo cesárea, el 12.4% fue por cesárea anterior en primer lugar, 10.5% fue por sufrimiento fetal agudo en segundo lugar, 10.2% fue por oligohidramnios en tercer lugar. En cuanto a las complicaciones de cesárea, el 77.7% no presentaron ninguna complicación, sin embargo, el 5.1 presento cefalea post punción. El grupo etario en el cual más se realizó la operación cesárea fue el comprendido entre 21-25 años con 37.9%

4. REVISIÓN DE LITERATURA

OPERACIÓN CESÁREA

Definición

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero. En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%. En la medida que su morbimortalidad ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna, así como fetal. En la actualidad incluso es aceptada su realización a solicitud de la paciente; factor que ha sido relevante en el aumento de su incidencia que se reporta más adelante.

- 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.

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 traveses 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.

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 postcesárea.

INDICACIONES DE CESÁREA

CAUSAS MATERNAS

Cesárea anterior

En la actualidad, oscila entre un 20 a 25% en los servicios públicos de salud y mayor al 50% en el sistema privado. La cesárea tiene una mayor morbilidad materna, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, además de un período de recuperación y un costo mayor que el parto vaginal. Si ha habido una cesárea previa, la única opción es una nueva cesárea. cuando: El útero se rompió en el parto anterior, la madre ya ha sufrido dos o más cesáreas, o su útero tiene alguna otra cicatriz por una intervención previa, se repite la causa que obligó a realizar una cesárea la última vez, la cesárea anterior era corporal (no segmentaria), solo ha sufrido una cesárea, pero existen más riesgos añadidos, y la previsión final es muy negativa para intentar un parto por vía vaginal (presentación de nalgas, embarazo de gemelos, diabetes, pérdida del bienestar fetal).

Dilatación estacionaria

Se conoce como dilatación estacionaria a la falta de progresión de la dilatación cervical por más de 3 horas en presencia de dinámica uterina efectiva.

Desproporción céfalo-pélvica

Discordancia entre la amplitud de la pelvis materna y el volumen del polo céfálico fetal. Condición de origen materno, fetal o mixto, dependiente de la

relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal. Su diagnóstico es determinante, dado que indica la realización de un parto por cesárea.

Herpes genital

Infección de Transmisión Sexual causada por el Virus del Herpes Simple. Se presenta a nivel genital una sensación de calor o quemazón, escozor y se torna la piel de un color rosado en algunas ocasiones. Posteriormente aparecen las vesículas en el área afectada. Estas lesiones se juntan formando una gran ampolla que finalmente se rompe y forma una herida o llaga llamada úlcera genital que es dolorosa. Esta úlcera se comienza a curar formándose una costra en su superficie que finalmente desaparece. Acompañando a estas lesiones, puede haber leve sensación de fiebre, dolor y mayor frecuencia para orinar, dispareunia, incontinencia urinaria y bultos a nivel de las ingles. La infección neonatal por VHS es la mayor complicación del Herpes genital. Representa un riesgo significativo tanto para el feto como para el neonato. Debido al desarrollo incompleto del sistema inmune en el neonato, la infección por VHS puede ser mayormente diseminada, afectar al sistema nervioso o puede ser fatal.

Trastornos hipertensivos

Son problemas importantes que explican una proporción elevada de complicaciones maternas y fetales. La preeclampsia constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento o si evoluciona hacia una eclampsia. El

tratamiento adecuado requiere tener presente los cambios normales de la presión arterial y del volumen intravascular que tienen lugar durante el embarazo. La preeclampsia se caracteriza por vasoconstricción extrema, aumento de la reactividad vascular y disminución del volumen intravascular. El desafío mayor es enfrentar el tratamiento por el hecho de estar en riesgo 2 vidas y porque no existen estudios de vigilancia prolongada con los diferentes fármacos antihipertensivos.

Diabetes gestacional

Es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo en curso, esta traduce una insuficiente adaptación a la insulino resistencia que se produce en la gestante. Es la complicación más frecuente del embarazo y su frecuencia es variable. Su importancia radica en que aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como el sufrimiento fetal, macrosomía y problemas neonatales, entre otros. Se diagnostica cuando la embarazada presenta dos o más glucemias en ayunas iguales a o superiores a 100mg/dl (5.5 mmol/L), asegurando un ayuno de 8 horas.

CAUSAS FETALES

Sufrimiento fetal agudo

Es una perturbación metabólica compleja, que se instala durante el trabajo de parto debido a una disminución de los intercambios fetomaternos (hipoxia e hipercapnea con acidosis metabólica), de evolución relativamente rápida, que lleva

a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal.

Macrosomía fetal

Condición en la que el feto es demasiado grande con un peso al nacimiento 4.000-4.500 g en relación con la edad gestacional, considerándose el Percentil 90 como el valor que delimitaría a esta población de recién nacidos. Los factores implicados en su patogenia muy variados, los principales factores determinantes del crecimiento fetal son el ambiente uterino y el genotipo fetal. La macrosomía fetal es un condicionante para distocias graves y además aumenta el riesgo materno fetal sobre todo si se asocia a Diabetes gestacional.

Embarazo múltiple

Es aquel en el que se desarrolla más de un feto. Esto se produce como resultado de la fecundación de dos o más óvulos, o cuando un óvulo se divide, dando lugar a gemelos, genéticamente idénticos. Los gemelos pueden ser monocigóticos o dicigóticos. Los monocigóticos proceden de un solo óvulo que se divide en dos partes que se desarrollan por separado hasta formar a dos fetos genéticamente idénticos, del mismo género y fenotípicamente muy similares. Los gemelos dicigóticos, son el resultado de una fecundación múltiple, es decir, que más de un óvulo, fue fecundado por distintos espermatozoides, son fetos totalmente distintos, que podrían ser o no del mismo género, y cuyo parecido físico es semejante al de los hermanos nacidos en fechas diferentes.

CAUSAS OVULARES

Rotura prematura de membranas

Es la rotura de las membranas ovulares, después de las 21 semanas de gestación y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. Cuando la RPM ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino (RPMF). Se clasifican en:

- RPMF “previable”, menos de 23 semanas.
- RPMF “lejos del término”, hasta aproximadamente 32 semanas de gestación.
- RPMF “cerca al término”, aproximadamente 32-36 semanas de gestación.

Polihidramnios

El líquido amniótico sirve de protección para el feto frente a traumatismos, mantiene la temperatura, permite el desarrollo de órganos vitales. Aumenta de 50 ml en la semana 12, a 400 ml en la semana 20. Hacia la 38 semana puede alcanzar valores de 1000 ml y al término es de 800 ml, oscilando entre 300 y 1500 ml. El polihidramnios es un acumulo excesivo de LA, cuyo diagnóstico es ecográfico y que en general conlleva un aumento de riesgos que pueden complicar un embarazo.

Placenta previa

Es aquella que se implanta y desarrolla en el segmento inferior del útero, ocluyendo a veces el orificio cervical interno (OCI).

La placenta previa puede ser clasificada en 4 tipos basado en la localización:

- Completa o total, cuando la placenta cubre todo el orificio cervical.
- Parcial, cuando la placenta cubre parte, pero no todo el OCI.

- Marginal, cuando el borde está en contacto con el OCI, pero sin cubrirlo.
- De inserción baja, cuando la placenta está localizada cerca (3 cm), pero no está en contacto con el OCI.

Desprendimiento de placenta normoinserta

Consiste en la separación parcial o total de la placenta de la pared uterina, antes del parto. Este fenómeno provoca una hemorragia debida a la rotura de los vasos sanguíneos que conectan placenta y útero.

- **Grado 1:** sangrado escaso, pocas contracciones uterinas. No hay signos de sufrimiento fetal, ni baja presión sanguínea de la madre.
- **Grado 2:** hemorragia moderada, más contracciones uterinas, y sufrimiento fetal.
- **Grado 3:** sangrado intenso, o permanece oculto. Las contracciones uterinas son continuas, con dolor abdominal y baja presión sanguínea de la madre, que puede sufrir un shock. Es necesario practicar una cesárea de urgencia.

COMPLICACIONES DE CESÁREA

CLASIFICACIÓN

Complicaciones anestésicas:

- Hipotensión
- Cefalea postpunción 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, fascitis necrotizante)

Complicaciones hemorrágicas postparto**Complicaciones tromboembólicas:**

- Trombosis venosa profunda
- Tromboembolismo pulmonar

Complicaciones anestésicas

Dependen de los procedimientos anestésicos. Las complicaciones relacionadas con la anestesia han disminuido por la tendencia reciente al mayor

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

Cuando se emplea la analgesia subdural o bloqueo raquídeo los efectos secundarios son más frecuentes, entre ellos aumenta la incidencia de hipotensión, de cefaleas postpunción y puede aparecer prurito cuando se administran opiáceos. Como ventajas ofrece un efecto más rápido y una menor dosis de anestésico requerido. Menos frecuentes son cuadros graves como son la parada cardiorrespiratoria o el síndrome de aspiración pulmonar del contenido gástrico (Síndrome de Mendelson), que pueden desencadenar un compromiso cardiocirculatorio materno con la consiguiente repercusión fetal.

Estas complicaciones se dan casi invariablemente tras una cesárea con anestesia general. Una complicación frecuente de la anestesia epidural y del bloqueo raquídeo es la aparición de hipotensión, debida a la vasodilatación producida por el bloqueo simpático y a la obstrucción del retorno venoso por compresión de la vena cava y grandes venas adyacentes por el útero gravídico (Síndrome de hipotensión por decúbito supino). Se trata con el cambio postural (decubito lateral izquierdo), con hidratación IV y con la administración rápida de efedrina o fenilefrina IV. 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.

Complicaciones quirúrgicas

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

Factores de riesgo:

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

Complicaciones hemorrágicas intraoperatorias.

Se pueden deber en parte a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular, pero en la mayoría de los casos no va a ser así, interviniendo factores a menudo incontrolables como son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, coagulopatías, atonía uterina, retención placentaria

No obstante, este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oxitócicos desde el alumbramiento hasta 2-4 horas después de parto.

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.

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

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

5. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El presente trabajo investigativo es un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, el cual se realizó en los meses de enero, febrero y marzo del 2016

Área de Estudio

En el Hospital Provincial General Isidro Ayora, Departamento de Gineco – Obstetricia

Tiempo

Enero, febrero, marzo 2016

Universo y muestra

Está constituido por 274 pacientes con antecedente de cesárea en el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja periodo enero, febrero, marzo del 2016

Variables de inclusión

Se incluye a todas las pacientes ingresadas con diagnostico cesárea

Variables de exclusión

Pacientes hospitalizadas con diferente patología obstétrica

Técnicas y procedimiento

La toma de datos se realizó con la ayuda de hojas de recolección de datos y el análisis de las historias clínicas de cada paciente en la cual se detalla el número de historia clínica, edad, indicación de cesárea, complicaciones. De cada paciente se obtuvieron los datos clínicos para demostrar las indicaciones de cesárea, complicaciones de cesárea.

Análisis de datos

Los resultados se procesaron manualmente y se obtuvieron datos cuantitativos que se presentaron a través de tablas estadísticas con su respectivo análisis deductivo lo que permitió determinar el porcentaje de los datos recolectados para elaborar las conclusiones y de acuerdo a ello las recomendaciones.

Presentación de resultados

Se realizará a través de Excel, y serán representados en tablas gráficas, para su posterior análisis.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA NRO. 1

INDICACIONES DE CESÁREA EN PACIENTES GESTANTES DEL
DEPARTAMENTO DE GINECO- OBSTETRICIA DE HOSPITAL ISIDRO AYORA,
PERIODO ENERO, FEBRERO, MARZO DEL 2016

INDICACIÓN	# CASOS	PORCENTAJE
Cesárea anterior	34	12.40%
Sufrimiento fetal agudo	29	10.58%
Oligohidramnios	28	10.21%
Placenta previa	25	9.12%
Desproporción cefalo- pélvica	27	9.85%
Trastorno hipertensivo del embarazo	27	9.85%
Labor de parto prolongado	24	8.75%
Ruptura prematura de membranas	20	7.29%
Desprendimiento de placenta	18	6.56%
Distocia de presentación	18	6.56%
Condilomatosis	9	3.28%
Miomatosis uterina	7	2.55%
Diabetes gestacional	5	1.82%
Embarazo gemelar	3	1.09%
TOTALES	274	100%

Fuente: Historias clínicas de Gineco - obstetricia del Hospital Isidro Ayora De Loja

Elaborado: Jhersson José Briceño Mendieta

ANÁLISIS:

De acuerdo a la tabla N°1 encontramos que 34 pacientes que representan el 12.40%, la principal indicación de cesárea fue cesárea anterior, en segundo lugar, sufrimiento fetal agudo con 10.58%, en tercer lugar, oligohidramnios con 10.21% y con el menor porcentaje 1.09% que representa 3 pacientes se encuentra la indicación de cesárea de embarazo gemelar

TABLA NRO. 2

PRINCIPALES COMPLICACIONES DE CESÁREA EN PACIENTES
INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO,
FEBRERO, MARZO DEL 2016

COMPLICACIONES	# DE CASOS	PORCENTAJE
Ninguna	213	77.73%
Cefalea post punción	14	5.10%
Infección de herida	11	4.01%
Dehiscencia de herida	10	3.64%
Hemorragia intracesarea	9	3.28%
Hemorragia postparto	9	3.28%
Desgarro uterino	8	2.91%
TOTALES	274	100%

Fuente: Historias clínicas de Gineco - obstetricia del Hospital Isidro Ayora De Loja,

Elaborado: Jhersson José Briceño Mendieta

ANÁLISIS:

De acuerdo a la tabla N°2 encontramos que el 77.73% no presentaron complicaciones de cesárea, además se determinó el 5.10% presento cefalea post punción, infección de herida 4.01%, dehiscencia de herida 3.6%.

TABLA NRO. 3

NÚMERO DE CESÁREAS POR GRUPO ETARIO EN PACIENTES INGRESADAS
EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO, FEBRERO,
MARZO DEL 2016

GRUPO ETARIO	# DE CASOS	PORCENTAJE
10-15 años	9	3.28%
16-20 años	57	20.80%
21-25 años	104	37.95%
26-30 años	47	17.15%
31-35 años	36	13.13%
36-40 años	16	5.83%
>41 años	5	1.82%
TOTALES	274	100%

Fuente: Historias clínicas de Gineco - obstetricia del Hospital Isidro Ayora De Loja

Elaborado: Jherson José Briceño Mendieta

ANÁLISIS:

De acuerdo a la tabla N°3 encontramos que el rango de 21 – 25 años hay 104 pacientes que representan el 37.95%, y con el menor porcentaje 1.82% que representa 5 pacientes el rango de pacientes mayores de 41 años

7. DISCUSIÓN

En Estados Unidos (EEUU) la primera indicación es la cesárea anterior (8,5 %) le siguen distocias (7,1 %), presentación podálica (2,6 %), sufrimiento fetal (2,3 %) y otras (3,2 %). En la primera cesárea no hay indicación reportada entre un 3 % a 7 %, otras fueron pedidas por las pacientes o recomendadas por el médico. (Guía de práctica clínica, atención del parto por cesárea, 2015). En referente a la investigación que hemos realizado, en las mujeres que han sido atendidas por cesárea, la primera indicación es cesárea anterior (12.4%), el cual es mayor, seguido de sufrimiento fetal agudo (10.5%), oligohidramnios (10.2%)

En un estudio realizado en Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, los principales diagnósticos de cesárea fueron Sufrimiento Fetal Agudo con 9,6%, Distocia Funicular con 7,3%, Preeclampsia Leve 7,0% y otras indicaciones no especificadas con 8,7%. Finalmente, con respecto al tipo de cesárea según grado de urgencia, el 71,9% fueron de emergencia mientras que el 28,1% fueron electivas. (Albornoz Aliaga, embarazo en adolescentes, 2013). En relación a nuestra investigación, se evidencia que el sufrimiento fetal agudo el porcentaje es más alto con (10.5%)

En un estudio realizado en la Universidad Católica del Ecuador, del total de las pacientes con cesáreas, la principal indicación fue “cesárea anterior” con el 53,03%, seguido del riesgo de compromiso de bienestar fetal con un 16,05%, patología obstétrica y anomalías de presentación con 11,11%. (Dra. María Lucila Carrasco Guerra, Universidad Católica del Ecuador, 2015.) Según nuestra investigación, las mujeres que han sido atendidas por cesárea, se evidencia que la indicación cesárea anterior el porcentaje se encuentra disminuido (12.4%), seguido de sufrimiento fetal agudo el mismo que también esta disminuido (10.5%)

En una Investigación realizada en el Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca en el año 2010 obtuvo como resultado; intervención para cesárea representando el 32.83% del total de nacimientos en ese año, las mujeres entre los 24-33 años, con instrucción secundaria y superior, son las que con mayor

frecuencia se someten a este tipo de intervención, a pesar de haberse realizado un adecuado control prenatal. Del total de cesáreas, el 65.9% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal causa el antecedente de una cesárea anterior (36,54%), seguida de distocias fetales, Compromiso del bienestar fetal, y la Hipertensión arterial relacionada con el embarazo. Lo cual tiene relación con nuestro estudio ya que la principal indicación es cesárea anterior pero el porcentaje disminuido (12.4%)

Un estudio retrospectivo de cohorte, realizado en Italia, reportó que las mujeres multíparas del grupo de cesárea electiva, tuvieron mayor riesgo de histerectomía (1.66%), shock (14.07%), complicaciones por la anestesia (4.65%) e infecciones puerperales (8.20%) comparado con las mujeres del grupo de parto vaginal. Las mujeres nulíparas del grupo de cesárea electiva tuvieron un mayor riesgo de shock (7.58%) y complicaciones de la anestesia (6.75%) comparado a las mujeres del grupo de parto vaginal. (Ministerio de Salud Pública 2014). En relación al estudio que se realizó la principal complicación post cesárea fue cefalea post punción (5.1%) la cual es una complicación anestésica, seguido de infección de herida (4.0%)

En un estudio realizado en la Universidad de Guayaquil resalta que el 67% de las pacientes objeto de nuestro estudio presentaron pérdida hemática considerable evaluada por el número de paños utilizados. De los 60 casos estudiados todos fueron por vía vaginal, la sintomatología inicial como manifestación de la pérdida hemática fue palidez y mareo en el 25%, la causa de la hemorragia postparto que mayormente se observó fue la retención de restos placentarios (50%) seguida la hipotonía (42%). (Karla Izamara Muñoz Hidalgo, Universidad de Guayaquil, 2013). Según nuestra investigación el 77.7% no presenta ninguna complicación, la hemorragia intracesarea se presentó en 3.2% y la hemorragia postparto 3.2%

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo con el objeto de determinar las complicaciones postpunción de anestesia raquídea en pacientes sometidas a cesárea en Obstetricia, Hospital Verdi Cevallos Balda, entre octubre 2011 y marzo

2012. Se utilizó como método de recolección de datos un formulario que contiene las variables con sus categorías a investigar. Se aplicó la investigación a 800 pacientes a quienes se les realizó cesárea con anestesia raquídea. De este número de pacientes se encontró 306 pacientes que presentaron complicaciones postpunción con efectos como cefalea, mareos y náuseas. Proponiendo un algoritmo actualizado para el manejo de la principal complicación como es la cefalea postpunción dural. En lo referente a la investigación que hemos realizado, las mujeres que han sido atendidas por cesárea, se determinó que 5.1% presente cefalea post punción

De acuerdo a los datos de una investigación realizada en el Hospital San Juan de la Cruz en España en el año 2011, la media de edad materna tanto de pacientes con parto y cesárea fue de 31,07 años. Según un estudio realizado por el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara en México en el año 2011, los resultados obtenidos demuestran que la edad promedio de las mujeres con cesárea fue de 26,32 años. En comparación con el estudio que hemos realizado, la operación cesárea se realizó con mayor porcentaje de 37.9% en paciente en un rango de edad de 21 – 25 años y con menor porcentaje de 1.8% en pacientes mayores de 41 años.

8. CONCLUSIONES

1. El universo fue de 274 pacientes, se determinó que la principal indicación de cesárea es cesárea anterior con un porcentaje de 12.4%, en segundo lugar, sufrimiento fetal agudo con 10.5%, en tercer lugar, oligohidramnios con 10.2%, en último lugar embarazo gemelar con 1.0%
2. En cuanto a las complicaciones de cesárea el 5.1% presentó cefalea post punción, infección de herida 4.0%, dehiscencia de herida 3.6%, además se determinó que el 77.7% no presentaron complicaciones de cesárea
3. El grupo etario en que mayor número de cesáreas se realizó fue el comprendido de 21-25 años con un porcentaje de 37.9% y con el menor porcentaje pacientes mayores de 41 años con un porcentaje de 1.8%

9. RECOMENDACIONES

1. Que todas las explicaciones que el personal de salud realice a la paciente acerca de su embarazo sea basado de acuerdo al nivel de instrucción por el que cursa la paciente.
2. A todas las embarazadas se les recomienda acudir a los controles prenatales cada mes para evitar diferentes complicaciones que dificulten el parto o la cesárea.
3. El equipo de salud que atiende la cesárea deberá tener la debida experiencia en estos procedimientos y la capacitación adecuada
4. En el caso de signos de alarma la embarazada debe hospitalizarse inmediatamente para realizar monitoreo clínico electrónico fetal y tener a mano todos los exámenes (Biometría hemática, química sanguínea, VDRL, VIH, exámenes de orina, secreción vaginal, ecografía obstétrica) que le permitan un tratamiento adecuado por parto o cesárea con vitalidad oportuna para la madre y el recién nacido

10. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Protocolo de atención. **“CUIDADOS PRENATALES Y ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA”**. Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Marzo 2014.
- 2) Alvia, K., Andrade M. **“CARACTERIZACIÓN DE LA CESÁREA”** en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Octubre 2008-Marzo-2009. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
- 3) Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia Operación Cesárea de México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014. **NATALIDAD**, 2013, (en línea) disponible en: <http://www.datosmacro.com/demografia/natalidad>
- 4) **CESÁREA PROGRAMADA**. Hospital Universitario. Virgen de las Nieves. España. 2006. (En línea). Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/plan_cesarea_programada_planta.pdf
- 5) Evaluación De Tecnologías Sanitarias 2014 Coordinación General De Desarrollo Estratégico En Salud Dirección De Inteligencia De La Salud: Ministerio De Salud Pública Del Ecuador.
- 6) Peralta, Fabiola; **PARTO VS CESÁREA Y SUS INDICACIONES** En La Clínica Humanitaria En El Año 2008, Facultad De Medicina, Universidad Del Azuay. Base de datos INEC 2011.
- 7) Alvia, K., Andrade M. **CARACTERIZACIÓN DE LA CESÁREA EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL** Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Octubre 2008-Marzo-2009. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
- 8) Datos Esenciales De Salud Una Mirada A La Década 2000-2010, Ministerio De Salud Pública del Ecuador.
- 9) Bermúdez Gisella. Peralta Andrea. **“MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL Y CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE**

- SALUD N 9 DEL CANTÓN NABÓN**". 2010. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca. Base de datos INEC 2011.
- 10) Villar J. Valladares E. Wojdyla D. Lancet 2006; **RELACIÓN ENTRE TASA DE CESÁREA Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL**. Revista Evidencia online. Vol.9 Número 6.
- 11) Suárez L, Campero L, Vara E, Rivera L, Hernández M, Walker D, Hernández M, Lazcano E; **"ELEVADA RECURRENCIA A LAS CESÁREAS: REVERTIR LA TENDENCIA Y MEJORAR LA CALIDAD EN EL PARTO"**; Encuesta nacional de salud; Publicado en el México 2012; Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>
- 12) Nelly Laguado N, Maza A, Colobon J; Salazar L, Mora M; **"FACTORES MATERNOS Y FETALES QUE INDUCEN A UN PARTO POR CESÁREA"**; VOLUMEN 8 / NÚMERO 1 / AÑO 2011: disponible en; <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3853516.pdf>
- 13) Vásquez Marques J; **"PROTOCOLO DE CESÁREA"**; Protocolos medicina fetal y perinatal Servicio de medicina materno fetal; hospital Clínic Barcelona; publicado en 2009; disponible en: <http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/cesarea.pdf>
- 14) Mauricio Besio R; **"CESÁREA VERSUS PARTO VAGINAL. UNA PERSPECTIVA ÉTICA"** ;México 2007; Disponible en; http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000900014
- 15) JUAN NOE C. **"CRITERIOS DE INDICACIÓN DE INTERVENCIÓN DE CESÁREA"** Hospital Regional de Arica, pág. 2 -13, Sept. 2014. Disponible en: <http://www.hjnc.cl/calidad/DOCS/1.ACREDITACION/3.%20AMBITO%20GESTION%20CLINICA%20%28GCL%29/06.%20GCL%201.6%20CRITERIOS%20DE%20INDICACION%20DE%20CESAREA/Instructivo%20Criterios%20de%20Indicacion%20de%20Intervencion%20Cesarea%20%28v2%29.pdf>
- 16) J. Botero, A. Júbiz y G. Henao; Obstetricia y Ginecología Texto Integrado; 8va Edición; **HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS**; cap 17, pag. 211-217.

- 17) F. Gary Cunningham, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C. Gilstrap III, John C. Hauth, Katharine D. Wenstrom; Williams Obstetricia; 21va Edición; Editorial Médica Panamericana; **HEMORRAGIA OBSTÉTRICA**; pag. 759 – 783.
- 18) Vergara Guillermo; E.S. Clínica de maternidad RAFAEL CALVO; **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA (D.P.P.N.I.)**. Disponible: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_DPPNI.pdf
- 19) Ortiz Gavilán Analía Valeria; Miño Laura Cecilia, Pablo Miguel, Pinto Medina Sofía Esther ; Griselda Iratí Abreo; Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste; **HEMORRAGIA PUERPERAL**: Abril 2011 Disponible: http://med.unne.edu.ar/revista/revista206/5_206.pdf
- 20) Mendez Napoles Danilo; Hospital Ginecoobstetrico Sur; **CESÁREA Y ALTERNATIVAS EN LAS DISTOSICAS DEL TRABAJO DE PARTO**. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_3_07/san14307.htm
- 21) Rubio Romero J, E Ángel Müller E; “OPERACIÓN CESAREA”; Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Marathon; 2009: Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/19/9789584476180.16.pdf>
- 22) Oporto Silva Mary Claudia; Departamento de Neonatología; Instituto Nacional Materno Perinatal; **SUFRIMIENTO FETAL AGUDO**. Disponible: <http://www.inmp.gob.pe/images/archivos/SICAP/Sufrimiento%20Fetal%20Agudo%20%28SFA%29.pdf>
- 23) Kuster Alexis; Perfumo Patricia; Universidad Abierta Interamericana Sede Regional Rosario Facultad de Medicina; **MACROSOMIA FETAL: Características del recién nacido y formas de terminación del embarazo de acuerdo a la edad materna y el número de gestas**; Mayo 2006. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC068965.pdf>
- 24) María Olivia Koch, Pedro Ángel Seltzer Bruzzo, Abel Pezzini, Mariana Dolores Sciangula, “**Rotura Prematura de Membranas**” Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina, Revista de Posgrado de la VIa

- Cátedra de Medicina N° 182 – Junio 2008. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista182/4_182.pdf.
- 25) T. Cobo, S. Ferrero, M. Palacio. **“Protocolo: Ruptura Prematura de Membranas a Término y Pretérmino”**. Hospital- Clínica San Juan de Dios, Barcelona. Disponible:
http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hpc-hsjd.pdf
- 26) R. Mula, M. Bennasar, M. Palacio, A. Goncá, B. Puerto, **“Protocolo: Polihidramnios en la Gestación Única”** Hospital- Clínica San Juan de Dios, Barcelona 27/11/2012. Disponible:
http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_fetal/polihidramnios.pdf.
- 27) Malde Conde, Fco. Javier; Sánchez Ruiz, Rocio; Carrillo Badillo, Ariosa Roche, Juan Manuel. **“Manejo Del Polihidramnios”**. Disponible en:
http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2013_mmf_06_manejo_polihidramnios.pdf.
- 28) Protocolos UMF Vall Hebrón, **“Alteraciones del líquido Amniótico: Diagnóstico y Tratamiento”**, Hospital Materno Infantil, pg 1-6. Disponible en:
<http://svgo.es/sites/default/files/Alteraciones%20del%20LC3%ADquido%20amni%20B3tico%20Diagn%20B3stico%20y%20tratamiento.pdf>
- 29) Aníbal Oscana. “Placenta Previa”, Instituto Especializado Materno Perinatal, Vol 51 N° 4, pag 219-223, Octubre-diciembre 2005. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol51_n4/pdf/a07v51n4.pdf.
- 30) Alfredo Vázquez Vigoa, Goliat Reina Gómez, Pedro Román Rubio, Roberto Guzmán Parrado y. Annerys Méndez Rosabal, **“Trastornos Hipertensivos del Embarazo”**, Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro", pg (1-10) Habana- Cuba, 16 de febrero de 2005. Disponible:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol44_3-4_05/med103-405.pdf.

- 31) Organización Mundial de la Salud, "Estadística Sanitarias Mundiales", Estadísticas sanitarias mundiales 2005. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>.
- 32) Santana, C. N. (2010). **Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: y comparación de complicaciones materno-neonatales** . Revista Peruana de Ginecología y obstetricia , pag 1-6
- 33) NICE clinical guideline No. 132. **Caesarean section**. Manchester, United Kingdom: National Institute for Clinical Excellence, 2011.
- 34) Revista cubana de Ginecología Y obstetricia, Hospital Ginecoobstétrico Docente Provincial "Ana Betancourt de Mora", **Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones**, disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004
- 35) Roberto Anaya-Prado, Susana Madrigal-Flores, Juan Antonio Reveles-Vázquez, Éctor Jaime Ramírez-Barba, Gabriela Frías-Terrones, Juliana Marisol Godínez-Rubí, **morbilidad materna asociada a operación cesarea**, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc086d.pdf>
- 36) Gisela Vanina Lepore, Claudia Vanesa Sampor, María Paola Storni, Dr. Pablo Leandro Pardo, Hospital "Julio C. Perrando". Resistencia. Chaco. Argentina, **INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA**, disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista150/3_150.pdf

10. ANEXOS

Loja, 21 de septiembre del 2016

Dra. Elvia Ruiz

COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

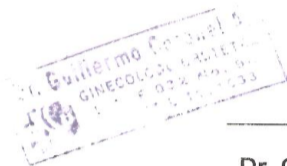
Ciudad:

Presente.

Deseándole éxitos en sus funciones y la vez comunicarle que ha sido revisado el proyecto de investigación titulado **"INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO, FEBRERO, MARZO DEL 2016"**, autoría del estudiante Jhersson José Briceño Mendieta, el cual es pertinente

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

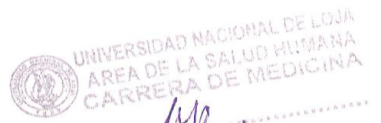
Atentamente,



Dr. GUILLERMO CORONEL

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

*A conocimiento del esto
diante.*



RECIBIDO POR: *MP*
FECHA: *21/09/16*
HORA: *17h48*
FIRMA:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALU HUMANA
COORDINACION DE LA CARRERA
MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro. 01682 CCM-ASH-UNL

PARA: Dr. Guillermo Coronel
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA,

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 21 de septiembre de 2016

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Director del trabajo de Investigación adjunto, cuyo tema titulado es: "INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO, FEBRERO, MARZO DE 2016", de autoría del Sr. Jhersson José Briceño Mendieta, estudiante de la Carrera de Medicina Humana.

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
 ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
 DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**



C.c.- Secretaria Abogada, Estudiante y Archivo

Por: Bertha. C..



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM NRO. 01715CCM-ASH-UNL

PARA: Sr. Jherson José Briceño Mendieta
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 26 de septiembre de 2016

ASUNTO: Dar Pertinencia al Proyecto de Investigación.

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, 2015", de su autoría, que su tema es pertinente, sugiriendo únicamente una modificación puntual en el tema, quedando de la siguiente manera: "INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO, FEBRERO, MARZO 2016", según informe del Dr. Guillermo Coronel, por lo que puede continuar con el trámite respectivo.

Con aprecio y consideración

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg. Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Estudiante y Archivo
 Sip



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.01731 CCM-ASH-UNL

PARA: Ing. Byron Guerrero Jaramillo
GERENTE DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 23 de septiembre 2016

ASUNTO: **Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación**

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que el **Sr. Jherson José Briceño Mendieta**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la revisión de las historias clínicas de los meses de enero, febrero, marzo 2016 de los pacientes que ingresan al servicio de Gineco-Obstetricia; información que le servirá para la realización de la tesis:titulado **“INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO, FEBRERO, MARZO 2016”**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dr. Guillermo Coronel**, Catedrática de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL
 C.c.- Archivo

Sip.

DIRECCION: AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS
TELEFONO: 2571379 EXT. 17 TELEFAX: 2573480



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

MEMORÁNDUM Nro.02200CCM-ASH-UNL

PARA: Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,
Dra. Karina Calva Jirón
Dr. Richard Orlando Jiménez
DOCENTES DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 20 de Octubre de 2016

ASUNTO: Designar Tribunal de Tesis

Por el presente me permito comunicar a usted, que ha sido designado(a) miembro del tribunal para **Sesión Reservada** de la Tesis adjunta **“INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO, FEBRERO, MARZO 2016”**, de autoría del señor **Sr. Jhersson José Briceño Mendieta**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana.

Quedando conformado así:

Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,	PRESIDENTA DEL TRIBUNAL
Dra. Karina Calva Jirón	MIEMBRO DEL TRIBUNAL
Dr. Richard Orlando Jiménez	MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Me permito recordar a usted, que de acuerdo al Artículo 148 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad, el plazo máximo para que se realice la Sesión Reservada es de ocho días laborables.

En la seguridad de contar con su grandiosa colaboración, me suscribo de usted.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg. Sc.
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Secretario Abogado, Estudiante y Archivo
Sip.

Handwritten notes in purple ink:
20.10.16
09.10.16

Loja, 20 de Octubre del 2016

Dr. Xavier Cárdenas

**MEDICO RESPONSABLE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA**

CERTIFICA:

El Sr. Jhersson José Briceño Mendieta con número de cedula 1104296239 estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, realizo el trabajo de investigación titulado **“INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO, FEBRERO, MARZO 2016”**, previo a la obtención de título de Médico General

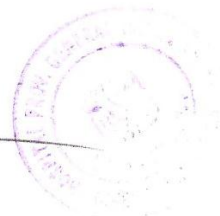


Atentamente:

Dr. Javier Cárdenas S.
GINECOLOGIA-OBSTETRICIA
CIRUGIA PISO PERUICO
L4E-PS-N-14

Dr. Xavier Cárdenas

**MEDICO RESPONSABLE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA**





Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada: "INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO, FEBRERO, MARZO DEL 2016", autoría de Jhersson José Briceño Mendieta con cédula 1104296239; egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 26 de Octubre de 2016



Ing. María Belén Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442



PROYECTO DE TESIS

INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE CESÁREA EN PACIENTES
INGRESADAS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA, PERIODO ENERO,
FEBRERO, MARZO DEL 2016

PROBLEMATICA

El nacimiento de un niño es un proceso inminente, en el cual el bebé deja el útero materno para empezar a formar parte del mundo, este puede ser por parto normal o cesárea.

La cesárea, intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal en situaciones de emergencia, debido a malformaciones uterinas, posición fetal anormal, sufrimiento fetal agudo, complicaciones del embarazo como preeclampsia, eclampsia, mala posición del feto, feto macrosómico, cuando hay riesgo para la madre o el feto y cuando es decisión propia de la madre por temor de las contracciones¹. La cirugía se realiza normalmente con la madre despierta, pero sin dolor mediante anestesia epidural, raquídea. Se realiza una incisión por encima del pubis en el abdomen inferior. Al quedar expuesto el útero se abre mediante otra incisión y se libera el líquido amniótico, luego se extrae el bebé².

Teniendo en consideración las dos formas más comunes de nacimiento de un niño, se puede deducir que el parto normal tiene menores riesgos para la madre y el bebé, el promedio de pérdida de sangre en parto normal es 500cm³ y la pérdida de sangre para una cesárea es de 1000cm³ y menor riesgo de infecciones uterinas que la cesárea. Así también la cesárea tiene beneficios maternos y fetales en la reducción de la incidencia de incontinencia de heces, flatos y orina, a nivel fetal permite una menor transmisión de enfermedades como el VIH, hepatitis B, hepatitis C y HPV.

1 Protocolo de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la Salud. Marzo 2014.

2 Cesárea programada. Hospital Universitario. Virgen de las Nieves. España. 2006. (En línea). Disponible en:http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/plan_cesarea_programada_planta.pdf. (Consulta: 05-12-14).

En los países de América Latina se comprobó una gran variación en la prevalencia de cesárea conforme las condiciones de las pacientes. América Latina ostenta el privilegio de contar con los índices de partos más altos por cesárea del mundo³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la tasa de nacimientos por cesárea en un país debe estar en un rango entre el 5 y el 15% del total, si el porcentaje está por debajo de 5% indica inaccesibilidad a la cirugía; mientras que, una tasa mayor de 15% indica un abuso del procedimiento no motivado por indicaciones médicas puntuales. En América Latina el porcentaje de cesáreas se sitúa alrededor del 38%.

La cesárea es una operación que se realiza frecuentemente en países europeos como: Gran Bretaña que reporta una incidencia del 21%, EEUU 26% y en Australia un 23%. En algunos países latinoamericanos: Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México rebasa el 50%⁴.

Según datos obtenidos a nivel mundial en el año 2013 referente al total de nacimientos tenemos: en primer lugar, se ubica Francia con un total de 810.820 nacidos. Italia con un total de 514,308 nacidos, teniendo una tasa de cesárea del 40%. Portugal un total de 82,787 nacidos con una tasa de cesárea del 40%. Alemania con un total de 685,000 nacidos teniendo una tasa de cesárea del 10-15%. Y los países de Europa del norte es del 15%⁵.

En el Ecuador, según datos del INEC, en el 2012, el parto único por cesárea representó el 8,83% de las diez principales causas de ingresos hospitalarios en mujeres en edad reproductiva, frente al 14,52% de parto único espontáneo. El

³ Alvia, K., Andrade M. Caracterización de la Cesárea en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Octubre 2008-Marzo-2009. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

⁴ Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014.

⁵ NATALIDAD, 2013, (en línea) disponible en: <http://www.datosmacro.com/demografia/natalidad> (consulta: 05-12-2014)

mayor porcentaje de cesáreas (>35%) se reportaron en las Provincias de Manabí, Los Ríos, Guayas y El Oro⁶.

Según un estudio realizado por la Universidad del Azuay en el año 2008 nos revela que el 54,93% correspondió a partos vaginales y 45,07% a cesáreas. Las principales indicaciones de cesárea fueron: cesárea anterior/iterativa I-II 33,07%; Sufrimiento Fetal Agudo 14,6%; Desproporción Céfalo-pélvica 11,02%; Dilatación Estacionaria 9,32% pelviano 4,35%; entre otras.

Según la encuesta de ENDEMAIN 2004, la tasa general de cesárea informada en Ecuador es de 25,8%. Estas son más frecuentes en el área urbana (34,0% que en la rural (16,1%). Las mujeres con instrucción superior tienen la tasa más alta (49,1%), casi cinco veces a la de mujeres sin educación formal. Las tasas más elevadas se encuentran en establecimientos del IESS (50%) y en las clínicas, hospitales y médicos privados (49,8%).

Según el INEC 2006, los porcentajes en establecimientos privados 32%, en los públicos 15,5%, en las clínicas privadas 41,2%, el IESS 40,1% en el MSP 13,3%. El porcentaje es mayor en mujeres del área urbana y en Manabí. Guayas y El Oro mientras que las más bajas están en Cañar y Bolívar. Según los informes del MSP del 2007, la tasa de cesáreas es del 18,13% en Azuay y 21,03% a nivel nacional⁷.

Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, analítico y descriptivo. Se llevó a cabo un muestreo de tipo probabilístico simple aleatorio, calculándose la muestra, usando la fórmula para estimación de una proporción, con un intervalo de confianza del 95% y error del 5%. La morbilidad hemorrágica transcesárea fue observada hasta en el 5.1% de los casos, adicionándose la histerectomía obstétrica en el 0.92%. La infección de la herida quirúrgica (0.31%) y la formación de absceso de mama (0.31%) fueron los componentes de la morbilidad infecciosa.

⁶ Evaluación De Tecnologías Sanitarias 2014 Coordinación General De Desarrollo Estratégico En Salud Dirección De Inteligencia De La Salud: Ministerio De Salud Pública Del Ecuador.

⁷ Peralta, Fabiola; Parto Vs Cesárea Y Sus Indicaciones En La Clínica Humanitaria En El Año 2008, Facultad De Medicina, Universidad Del Azuay.

La punción de la duramadre, así como la punción roja fueron las complicaciones del bloqueo peridural encontradas hasta en el 1.22%⁸

El mayor porcentaje de casos con morbilidad materna extrema después del parto (fundamentalmente por cesárea) se diagnosticó en el Hospital "Mariana Grajales". La edad promedio fue de 28 años. Las causas relacionadas con el manejo instaurado fueron las de mayor ocurrencia. La hemorragia obstétrica fue la principal causa de ingresos en la unidad de cuidados intensivos y del proceder quirúrgico adicional.⁹

Se realizó un estudio descriptivo y observacional, en 30 casos de pacientes diagnosticadas con hemorragia postparto y post cesárea, los cuales fueron atendidas en Hospital General "Dr. Rafael Rodríguez Zambrano ", en la ciudad de Manta, durante el período de Septiembre 2012 a Febrero del 2013. Los objetivos fueron determinar la frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea, identificar los factores de riesgo que predisponen a una hemorragia postparto y post cesárea, determinar la causa más frecuente y la vía del parto mayormente expuesta a sufrir una hemorragia postparto y post cesárea. Las edades de las pacientes fluctuaron entre los 15 a 40 años, presentándose con mayor frecuencia en las pacientes de 15 a 20 años; que representan el 37% de los casos estudiados. El universo fue constituido por 1149 pacientes, de las cuales se sustrajo una muestra de 30 que reunían los criterios de inclusión de este estudio. De acuerdo a la paridad el mayor porcentaje se concentró en las nulíparas con 60% de los casos, es importante señalar que la atonía uterina fue una de las causas que mayormente desencadenaron cuadros de hemorragia postparto y post cesárea que se presentó en el 43% de los casos.¹⁰

8 Eduardo Vélez-Pérez, Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora.2012

9 Dra. Idalmis Gil González, Caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave en Villa Clara (2012), Hospital "Mariana Grajales". Villa Clara, Cuba.

10 Chica Mendoza, Katty Elizabeth, Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del Hospital "Rafael Rodríguez Zambrano" de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013

En el Ecuador la tasa de mortalidad materna en el 2010 fue de 70.44 por cada 100000 nacidos vivos. Las principales causas de muerte materna ocurren por hemorragias post-parto, eclampsia, hipertensión gestacional y sepsis que son muertes prevenibles. Según la OMS la mortalidad materna de Latinoamérica en el 2010 es de 63 por cada 100000 nacidos vivos¹¹.

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo con el objeto de determinar las complicaciones postpunción de anestesia raquídea en pacientes sometidas a cesárea en Obstetricia, Hospital Verdi Cevallos Balda, entre octubre 2011 y marzo 2012. Se utilizó como método de recolección de datos un formulario que contiene las variables con sus categorías a investigar. Se aplicó la investigación a 800 pacientes a quienes se les realizó cesárea con anestesia raquídea. De este número de pacientes se encontró 306 pacientes que presentaron complicaciones postpunción con efectos como cefalea, mareos y náuseas. Proponiendo un algoritmo actualizado para el manejo de la principal complicación como es la cefalea postpunción dural, determinado por un mejor manejo terapéutico hasta una interconsulta especializada a neurología cuando el caso lo amerita.¹²

No hay duda que la operación cesárea es más peligrosa para la madre que el parto vaginal. La mortalidad es de 3 a 8 veces más alta, representada en infección, complicaciones anestésicas, íleo paralítico, tromboembolismo, recuperación más lenta.

Motivo por el cual nos hacemos la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles con las indicaciones y complicaciones de cesárea en pacientes ingresadas en el hospital isidro ayora de Loja, periodo enero, febrero, marzo del 2016?

11 Datos Esenciales De Salud Una Mirada A La Década 2000-2010, Ministerio De Salud Pública del Ecuador.

12 Mendoza, Bosco, Complicaciones postpunción anestesia raquídea en pacientes sometidas a cesárea en obstetricia Hospital Verdi Cevallos balda de Portoviejo octubre 2011 – marzo 2012

JUSTIFICACIÓN

En un mundo donde la cesárea se ha transformado en una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes, y donde desde años recientes las propias embarazadas exigen, en ocasiones, el derecho a ser operadas de cesárea en lugar de tener un parto vaginal.

Nos permitimos analizar y realizar la siguiente investigación considerando varias observaciones:

Una observación es que la cesárea significa mayores costos y mayor número de días de hospitalización. Por otra parte, es claro que existen hoy indicaciones de cesárea que son reconocidas por todos (ejemplos de ello incluyen la placenta previa, feto en presentación transversa, desprendimiento prematuro de placenta con compromiso hemodinámico, sufrimiento fetal con condiciones obstétricas que no permiten el parto vaginal, y ciertas malformaciones fetales), y que permiten salvar a la madre y al niño/a. Adicionalmente, existen indicaciones que evitan riesgos asociados al parto vaginal como es el caso de fetos en presentación podálica, fetos extremadamente grandes, infección materna por HIV o por virus herpes genital en el momento del trabajo de parto, o antecedente de múltiples cicatrices uterinas previas.¹³

Entre los factores no médicos que probablemente influyen en una mayor proporción de cesáreas, se incluyen la solicitud por parte de la paciente y su familia debido a temores sobre el bienestar materno-neonatal, el temor al dolor del trabajo de parto y el argumento de autonomía para tomar decisiones terapéuticas como la vía de parto.

Diferentes publicaciones han demostrado que el aumento de la cesárea no se relaciona con mejoría del pronóstico perinatal. De hecho, y por el contrario, este

¹³ ELVA LÓPEZ QUEVEDO, "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "HOMERO CASTANIER CRESPO" EN EL PERIODO ENERO- DICIEMBRE 2008"

procedimiento se ha relacionado con mayor necesidad de uso de antibióticos en el puerperio, con mayor morbilidad y mortalidad materna, así como con mayor morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, prematuridad y mayor número de hospitalizaciones de los recién nacidos en unidades de cuidado intensivo neonatal.¹⁴

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, las principales complicaciones son las anestésicas, quirúrgicas, infecciosas, hemorragias, tromboembólicas¹⁵

A pesar del progreso en las técnicas quirúrgicas y anestésicas, en el reemplazo de sangre y en los cuidados post-operatorios, el riesgo de complicaciones maternas en la cesárea es más alto que el encontrado en el parto vaginal. Luego de una cesárea la complicación más común es la infección con una incidencia que fluctúa entre 19.7% y 51% siendo el riesgo de infección 5-10 veces mayor que luego de un parto vaginal. El diagnóstico de endometritis puerperal es la causa más frecuente de morbilidad febril post-operatoria, reportándose frecuencias tan altas como 85% dependiendo de la población, mientras que su presentación luego de un parto vaginal fluctúa tan sólo entre 1% y 4%. La endometritis post parto además de las consecuencias en la salud de la mujer lleva a una prolongación de la estadía hospitalaria y eleva los costos del sistema de salud.¹⁶

Por tal razón se ha planteado realizar la siguiente investigación enfocada en las indicaciones y complicaciones de cesárea en pacientes ingresadas en el Hospital Isidro Ayora de Loja, periodo enero, febrero y marzo del 2016, el cual es

¹⁴ Dr. C. Danilo Nápoles Méndez, Consideraciones actuales sobre la operación cesárea, Departamento Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública, La Habana, Cuba

¹⁵ M^a Gábor Manrique Fuentes, COMPLICACIONES DE LA CESÁREA, Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada

¹⁶ Burgos Salinas, Endometritis post-cesárea: factores de riesgo, Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia

importante ya te concernos las principales indicaciones y complicaciones de cesárea y por ende disminuir la mortalidad y mortalidad materna y perinatal, esto beneficia a la población materna y neonatal.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las indicaciones y complicaciones de cesárea en pacientes ingresadas en el Hospital Isidro Ayora de Loja periodo enero, febrero y marzo del 2016

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Determinar los factores que llevan a la terminación del parto por cesaréa
- ✓ Establecer las principales complicaciones postcesarea
- ✓ Conocer el número de cesáreas por grupo etario

REVISION DE LITERARURA

OPERACIÓN CESÁREA

Definición

La operación cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero. En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100%. En la medida que su morbimortalidad ha disminuido sus indicaciones han aumentado, tanto en el manejo de patología materna, así como fetal. En la actualidad incluso es aceptada su realización a solicitud de la paciente; factor que ha sido relevante en el aumento de su incidencia que se reporta más adelante.

- 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.

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 traveses 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.

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 postcesárea.

INDICACIONES DE CESÁREA

CAUSAS MATERNAS:

Cesárea anterior: En la actualidad, oscila entre un 20 a 25% en los servicios públicos de salud y mayor al 50% en el sistema privado. La cesárea tiene una mayor morbimortalidad materna, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, además de un período de recuperación y un costo mayor que el parto vaginal. Si ha habido una cesárea previa, la única opción es una nueva cesárea. cuando: El útero se rompió en el parto anterior, la madre ya ha sufrido dos o más cesáreas, o su útero tiene alguna otra cicatriz por una intervención previa, se repite la causa que obligó a realizar una cesárea la última vez, la cesárea anterior era corporal (no segmentaria), solo ha sufrido una cesárea, pero existen más riesgos añadidos, y la previsión final es muy negativa para intentar un parto por vía vaginal (presentación de nalgas, embarazo de gemelos, diabetes, pérdida del bienestar fetal).

Dilatación estacionaria: Se conoce como dilatación estacionaria a la falta de progresión de la dilatación cervical por más de 3 horas en presencia de dinámica uterina efectiva.

Desproporción céfalo-pélvica: Discordancia entre la amplitud de la pelvis materna y el volumen del polo cefálico fetal. Condición de origen materno, fetal o mixto, dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal. Su diagnóstico es determinante, dado que indica la realización de un parto por cesárea.

Herpes genital: Infección de Transmisión Sexual causada por el Virus del Herpes Simple. Se presenta a nivel genital una sensación de calor o quemazón, escozor y se torna la piel de un color rosado en algunas ocasiones. Posteriormente aparecen las vesículas en el área afectada. Estas lesiones se juntan formando una gran ampolla que finalmente se rompe y forma una herida o llaga llamada úlcera genital que es dolorosa. Esta úlcera se comienza a curar formándose una costra en su superficie que finalmente desaparece. Acompañando a estas lesiones, puede haber leve sensación de fiebre, dolor y mayor frecuencia para orinar, dispareunia, incontinencia urinaria y bultos a nivel de las ingles. La infección neonatal por VHS es la mayor complicación del Herpes genital. Representa un riesgo significativo tanto para el feto como para el neonato. Debido al desarrollo incompleto del sistema inmune en el neonato, la infección por VHS puede ser mayormente diseminada, afectar al sistema nervioso o puede ser fatal.

Trastornos hipertensivos: Son problemas importantes que explican una proporción elevada de complicaciones maternas y fetales. La preeclampsia constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento o si evoluciona hacia una eclampsia. El tratamiento adecuado requiere tener presente los cambios normales de la presión arterial y del volumen intravascular que tienen lugar durante el embarazo. La preeclampsia se caracteriza por vasoconstricción extrema, aumento de la reactividad vascular y disminución del volumen intravascular. El desafío mayor es enfrentar el tratamiento por el hecho de estar en riesgo 2 vidas y

porque no existen estudios de vigilancia prolongada con los diferentes fármacos antihipertensivos.

Diabetes gestacional: Es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo en curso, esta traduce una insuficiente adaptación a la insulino resistencia que se produce en la gestante. Es la complicación más frecuente del embarazo y su frecuencia es variable. Su importancia radica en que aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como el sufrimiento fetal, macrosomía y problemas neonatales, entre otros. Se diagnostica cuando la embarazada presenta dos o más glucemias en ayunas iguales a o superiores a 100mg/dl (5.5 mmol/L), asegurando un ayuno de 8 horas.

CAUSAS FETALES

Sufrimiento fetal agudo. -Es una perturbación metabólica compleja, que se instala durante el trabajo de parto debido a una disminución de los intercambios fetomaternos (hipoxia e hipercapnea con acidosis metabólica), de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal.

Macrosomía fetal. - Condición en la que el feto es demasiado grande con un peso al nacimiento 4.000-4.500 g en relación con la edad gestacional, considerándose el Percentil 90 como el valor que delimitaría a esta población de recién nacidos. Los factores implicados en su patogenia muy variados, los principales factores determinantes del crecimiento fetal son el ambiente uterino y el genotipo fetal. La

macrosomía fetal es un condicionante para distocias graves y además aumenta el riesgo materno fetal sobre todo si se asocia a Diabetes gestacional.

Embarazo múltiple.- es aquel en el que se desarrolla más de un feto. Esto se produce como resultado de la fecundación de dos o más óvulos, o cuando un óvulo se divide, dando lugar a gemelos, genéticamente idénticos. Los gemelos pueden ser monocigóticos o dicigóticos. Los monocigóticos proceden de un solo óvulo que se divide en dos partes que se desarrollan por separado hasta formar a dos fetos genéticamente idénticos, del mismo género y fenotípicamente muy similares. Los gemelos dicigóticos, son el resultado de una fecundación múltiple, es decir, que más de un óvulo, fue fecundado por distintos espermatozoides, son fetos totalmente distintos, que podrían ser o no del mismo género, y cuyo parecido físico es semejante al de los hermanos nacidos en fechas diferentes.

CAUSAS OVULARES

Rotura prematura de membranas. - es la rotura de las membranas ovulares, después de las 21 semanas de gestación y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. Cuando la RPM ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino (RPMF). Se clasifican en:

- RPMF “previable”, menos de 23 semanas.
- RPMF “lejos del término”, hasta aproximadamente 32 semanas de gestación.
- RPMF “cerca al término”, aproximadamente 32-36 semanas de gestación.

Polihidramnios.- el líquido amniótico sirve de protección para el feto frente a traumatismos, mantiene la temperatura, permite el desarrollo de órganos vitales. Aumenta de 50 ml en la semana 12, a 400 ml en la semana 20. Hacia la 38 semana puede alcanzar valores de 1000 ml y al término es de 800 ml, oscilando entre 300 y 1500 ml. El polihidramnios es un acumulo excesivo de LA, cuyo diagnóstico es ecográfico y que en general conlleva un aumento de riesgos que pueden complicar un embarazo.

Placenta previa. - es aquella que se implanta y desarrolla en el segmento inferior del útero, ocluyendo a veces el orificio cervical interno (OCI).

La placenta previa puede ser clasificada en 4 tipos basado en la localización:

- Completa o total, cuando la placenta cubre todo el orificio cervical.
- Parcial, cuando la placenta cubre parte, pero no todo el OCI.
- Marginal, cuando el borde está en contacto con el OCI, pero sin cubrirlo.
- De inserción baja, cuando la placenta está localizada cerca (3 cm), pero no está en contacto con el OCI.

Desprendimiento de placenta normoinsera. - consiste en la separación parcial o total de la placenta de la pared uterina, antes del parto. Este fenómeno provoca una hemorragia debida a la rotura de los vasos sanguíneos que conectan placenta y útero.

- **Grado 1:** sangrado escaso, pocas contracciones uterinas. No hay signos de sufrimiento fetal, ni baja presión sanguínea de la madre.
- **Grado 2:** hemorragia moderada, más contracciones uterinas, y sufrimiento fetal.

- **Grado 3:** sangrado intenso, o permanece oculto. Las contracciones uterinas son continuas, con dolor abdominal y baja presión sanguínea de la madre, que puede sufrir un shock. Es necesario practicar una cesárea de urgencia.

COMPLICACIONES DE CESAREA

Clasificación

1. COMPLICACIONES ANESTÉSICAS:

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

2. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS:

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

3. COMPLICACIONES INFECCIOSAS:

- Endometritis
- Infección del tracto urinario

- Infección de la herida quirúrgica
- Tromboflebitis séptica pélvica
- Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante)

4. COMPLICACIONES HEMORRAGICAS POSTPARTO

5. COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS:

- Trombosis venosa profunda
- Tromboembolia pulmonar

COMPLICACIONES ANESTÉSICAS

Dependen de los procedimientos anestésicos. Las complicaciones relacionadas con la anestesia han disminuido por la tendencia reciente al mayor uso de analgesia regional que de anestesia general. En la actualidad, la principal técnica para el alivio del dolor en el trabajo de parto, la más eficaz e inocua, es la anestesia epidural, existiendo con ella complicaciones maternas y fetales mínimas; no obstante pueden aparecer: hipotensión, cefalea postpunción dural, bloqueo incompleto, inyección intravascular, hematoma y absceso epidural, meningitis química, anestesia espinal total, complicaciones neurológicas, pirexia materna.

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

anestésico requerido. Menos frecuentes son cuadros graves como son la parada cardiorrespiratoria o el síndrome de aspiración pulmonar del contenido gástrico (Síndrome de Mendelson), que pueden desencadenar un compromiso cardiocirculatorio materno con la consiguiente repercusión fetal.

Estas complicaciones se dan casi invariablemente tras una cesárea con anestesia general. Una complicación frecuente de la anestesia epidural y del bloqueo raquídeo es la aparición de hipotensión, debida a la vasodilatación producida por el bloqueo simpático y a la obstrucción del retorno venoso por compresión de la vena cava y grandes venas adyacentes por el útero gravídico (Síndrome de hipotensión por decúbito supino). Se trata con el cambio postural (decubito lateral izquierdo), con hidratación IV y con la administración rápida de efedrina o fenilefrina IV. 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.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS:

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

Factores de riesgo:

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

Complicaciones hemorrágicas intraoperatorias.

Se pueden deber en parte a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular, pero en la mayoría de los casos no va a ser así, interviniendo factores a menudo incontrolables como son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, coagulopatías, atonía uterina, retención placentaria

No obstante, este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oxitócicos desde el alumbramiento hasta 2-4 horas después de parto.

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.

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

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

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El presente trabajo investigativo es un estudio Cuantitativo, prospectivo, descriptivo, el cual se va a realizar en los meses de enero, febrero y marzo del 2015

Área de Estudio

Esta Entidad de salud cuenta con 7 pisos distribuidos por servicios: Planta baja (comedor, lavandería, mantenimiento, anfiteatro); Primer piso (Farmacia, Central telefónica, Área administrativa, consulta externa, departamento de diagnóstico, emergencia, estadística, fisiatría, imprenta, biblioteca); Segundo piso (Gineco obstetricia, Centro Obstétrico, Neonatología, Patología); Tercer piso (Centro quirúrgico, Central de esterilización, Cirugía, UCI, Unidad de quemados, Unidad de Hemodiálisis, Área Jurídica); Cuarto piso (Clínica, Pediatría) y Quinto piso (vacío) . El Hospital Provincial General "Isidro Ayora" está ubicado en la parte céntrica de la ciudad de Loja, sus límites son: Al Norte con la Calle Manuel Monteros Valdivieso, Sur con la calle Juan José Samaniego, Este con la avenida Manuel Agustín Aguirre; y al Oeste con el Túnel de los Ahorcados.

El área donde se va a llevar a efecto el proyecto, se halla localizado en el segundo y tercer piso del Hospital Isidro Ayora de Loja, en el segundo piso se encuentra en Departamento de Gineco – Obstetricia en donde hay una distribución de las catorce habitaciones que dispone el departamento tanto para las pacientes

obstétricas como para las paciente ginecológicas y el tercer piso donde se encuentra el Centro Quirúrgico cuenta con cuatro quirófanos una sala de recuperación, dos salas de preparación de material, una pequeña oficina para llevar archivos, dos vestidores, dos baños

Universo

Comprende todas las pacientes embarazadas ingresadas al servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja periodo enero, febrero, marzo del 2016

Muestra

La muestra de la presente investigación está integrada por pacientes con diagnóstico de cesárea periodo enero, febrero y marzo del 2016

Variables de inclusión

Se incluye a todas las pacientes ingresadas con diagnostico cesárea

Variables de exclusión

Pacientes hospitalizadas con diferente patología obstétrica

OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFICION	DIMENSION	INDICADO RES	ESCALA
INDICACIONES DE CESAREA	La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina	<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea Anterior • Sufrimiento Fetal Agudo • Dilatación estacionaria pelviana • Embarazo Gemelar • Placenta previa • Desprendimiento prematuro de membrana • Herpes • Trastornos Hipertensivos • Polihidramnios • Diabetes • Distocia de presentación • Estrechez pélvica • Labor de parto prolongado • Oligohidramnios • Desprendimiento de Placenta Normoinserta 	Número de casos	SI NO
COMPLICACIONES DE CESAREA	Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma Transoperatorias: estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos. Postoperatorias	<ul style="list-style-type: none"> • ITU • Hematoma • Desgarro Uterino • Lesión Vesical • Lesión intestinal • Hemorragia Intracesárea • Íleon Paralítico • Infección de Herida Quirúrgica • Tromboflebitis • Fibrosis de Pared 	Número de casos	SI NO

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	ENERO	FEBRE.	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEM.	OCTUBR.	NOVIEM.	DICEIM
Solicitud de la autorización												
Recolección de datos												
Procesamiento de la información												
Análisis de la información												
Discusión												
Presentación del primer borrador												
Correcciones												
Presentación del segundo borrador												
Entrega de resultados												

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Recursos Humamos

- Director de Tesis
- Autor de Tesis
- Jefe del área de ginecología y obstetricia del Hospital Isidro Ayora
- Pacientes hospitalizadas en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Isidro Ayora

Recursos Materiales

MATERIALES	VALOR UNITARIO	TOTAL
Impresiones	0,10	\$200
Copias	0,20	\$10
Trasporte urbano	0,25	\$100
Taxi	1,00	\$200
Carpetas	0,60	\$60
Biaticos	2,00	\$200
Internet	20	\$200
Total		\$970