

I FORUM CIENTÍFICO VIRTUAL

CienciasMayabeque@2020

F. C. M. de Mayabeque
H. G. D. Aleida Fernández Chardiet



Caracterizar los Factores de Riesgo de las Puérperas Cesareadas con Complicaciones Quirúrgicas.

Autor: Dr. Victor Manuel Sierra Alfonso.

Esp. 1^{er} grado en MGI

Esp. 1^{er} grado en Cirugía General

Profesor Asistente

Investigador Agregado

e-mail: victor.sierra@infomed.sld.cu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3150-3818>

RESUMEN

Introducción: La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea.

Objetivo: Caracterizar factores de riesgo de las puérperas con cesárea complicada, que durante el transoperatorio cambiase el curso quirúrgico de la misma o que en el puerperio requirieran algún proceder quirúrgico de urgencia, atendidas en los Hospitales Aleida Fernández Chardiet y el Piti Fajardo, desde enero del 2012 hasta diciembre del 2016.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. El universo de estudio estuvo constituido por todas las puérperas con cesárea complicada (36 pacientes) en el período estudiado. La muestra estuvo constituida por 29 puérperas. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, los datos se presentaron en forma de tablas y gráficos.

Resultados: La cesárea con complicaciones quirúrgicas es más frecuente entre los 15 y 20 años, con factores de riesgo anteparto de preeclampsia, infección cérvicovaginal y anemia durante el embarazo. Con condiciones desfavorables para el parto como edad gestacional menor de 36 semanas y un peso fetal fuera de rango normal. Con trabajo de parto prolongado. Predominó la cesárea primitiva y de urgencia, por sufrimiento fetal, de causa materna por preeclampsia-eclampsia y estado de excesiva ansiedad o temor.

Conclusiones: Mostrar estricta atención con la cesárea urgente en adolescentes, por complicaciones quirúrgicas durante el transoperatorio y el puerperio inmediato. Si se disminuye la cesárea y se realiza un mejor control del riesgo preconcepcional en adolescentes, se podrán disminuir estos procesos morbosos puerperales graves. Palabras claves: cesárea complicada, factores de riesgo, puerperio.

INTRODUCCIÓN

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. ¹

La operación cesárea es la intervención quirúrgica más frecuente en la mayoría de los países del mundo, y si bien los riesgos de la intervención superan siempre los del parto vaginal para la madre embarazada y su recién nacido, las complicaciones asociadas a ella son significativamente más frecuentes en los países subdesarrollados. ²

Aunque el riesgo de histerectomía peri parto en nulíparas es similar para el parto por cesárea planificado y el parto vaginal planificado, hay un aumento significativo del riesgo de placenta previa, placenta acreta, placenta previa acreta, y la necesidad de histerectomía después de la segunda cesárea. ^{3,4}

La cesárea, también llamada de parto quirúrgico, es una forma de parto hecha por medio de cirugía y todavía es la vía más común en varios países del mundo, aunque el parto normal (parto vaginal) es considerado por la Organización Mundial de Salud (OMS) y por diversas entidades médicas como la mejor forma del bebé nacer. ¹⁻³ Según las recomendaciones de la OMS, solamente cerca de un 15% de los partos

presenta indicación para la cesárea, mientras que el 85% restante es efectuado por vía vaginal. ^{2,5}

La OMS recomienda una tasa de cesáreas de 15%, por encima de la cual no se ven mejorías en los resultados materno-neonatales. La distribución mundial de la tasa de cesáreas es muy desigual y oscila entre el déficit (menos de 5%) y el exceso (encima de 30%). ^{2,6}

El año 2014, la OMS realizó una nueva reunión de expertos para una revisión sistemática de los estudios ecológicos disponibles y concluyó, de modo similar al año 1985, que aumentos de la operación sobre el 15% de los nacimientos no se asocian a mejoría de los resultados maternos y perinatales; refrendando además, que en los países subdesarrollados que no contasen con infraestructura adecuada, esta intervención se asocia a complicaciones graves, incluyendo mortalidad. ^{2,6}

La OMS refiere que la hemorragia obstétrica es la causa de 25% de las muertes maternas que ocurren en todo el mundo; de éstas, aproximadamente 80% son directas, es decir, por complicaciones del embarazo, trabajo de parto o puerperio. En el contexto de la hemorragia obstétrica, la hemorragia posparto es la complicación más común, ya que ocurre en 75% de los casos de puerperio patológico, por lo que este periodo es de gran riesgo y deterioro general de la paciente. ^{1,6,7}

La incidencia de la hemorragia obstétrica secundaria a hemorragia posparto varía de 5 a 15%, aproximadamente, con mortalidad de 1 por cada 1,000 habitantes en países en vías de desarrollo; 75 a 90% de los casos corresponden a atonía uterina. En el año 2010 y en el 2011, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, las hemorragias en el embarazo, parto y puerperio ocuparon el tercer lugar entre las causas de muerte materna, con 21%, mientras que en 2008, la razón de mortalidad materna por esta causa fue de 14,3 por cada 100 000 nacidos vivos. ⁷

Un estudio realizado en Reino Unido e Italia el año 2000 y que comparó 3 elementos de la técnica quirúrgica, relacionado con la morbilidad infecciosa (1500 pacientes por rama). Este estudio inspiró el segundo, publicado el 2013 y financiado por el Consejo de Investigación Médica del Reino Unido y por la OMS. Este estudio utilizó un diseño metodológico singular que significó que 3 de 5 pares de intervenciones evaluadas, fuesen randomizadas para cada paciente incluida. ²

Se incluyeron casi 16 mil pacientes de 19 centros en Argentina, Chile, Ghana, India, Kenya, Pakistan y Sudan para evaluar en el corto plazo los efectos de la entrada al abdomen roma vs cruenta, de la reparación uterina intra o extraabdominal, del cierre del útero en una o dos capas, del cierre o no del peritoneo visceral y parietal, y del uso de catgut crómico vs vycril (polyglactin 910) para la histerorrafia. ²

No hubo diferencias estadísticamente significativas en el resultado primario que era analizar: muerte, morbilidad infecciosa materna, reoperaciones o transfusión de sangre hasta 6 semanas después del parto. Entre los resultados secundarios el uso de catgut crómico (vs vycril) se asoció a menor riesgo de recibir una transfusión sanguínea. ²

La hemorragia después del parto es la causa principal de muerte materna en África Subsahariana y Egipto, y todavía muchas de ellas son evitables. Posibles causas de sangramiento profuso posterior al parto o dentro de las primeras 24 horas es la atonía uterina, la retención placentaria, la rotura o inversión uterina, desgarros cervical o vaginal, o sangramiento perineal. ⁸

Un alarmante y vertiginoso aumento de la frecuencia de la operación cesárea se ha observado en Latinoamérica y en gran parte del planeta en los últimos años. Actualmente, esta operación es la intervención quirúrgica más frecuente del mundo, se realizan una cada 60 minutos. ^{9,10}

Piloto Padrón y Nápoles Méndez, al realizar un análisis del índice de cesáreas en Cuba entre 1970 y 2011, encontraron que varió de 3,7 % a 30,4 %. En este estudio se mostró un incremento sostenido de forma estable, acelerado entre los años 2004 y 2010, y con un ritmo aproximado del 1 % anualmente. En el periodo 2010-2011, el indicador presentó los valores más altos. Los autores observaron, además, que en el año 2011, el índice más elevado se presentó en la provincia de Mayabeque con 42,4 %, seguida de las provincias de Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Matanzas, Granma, Pinar del Río, Guantánamo y Villa Clara. El resto de las provincias y el municipio especial Isla de la Juventud, mostraron índices de cesárea por debajo del obtenido en general en el país (30,4 %). ¹¹

La mortalidad materna en Cuba en el año 2018 fue de 43,8 y en el 2019 fue de 37,4 por cada 100 000 nacidos vivos, que aunque disminuyó todavía es alta. Por provincias las más afectadas fueron La Habana, Camagüey y Santiago de Cuba con 7 defunciones respectivamente. La mayor afectación con una tasa de 101,3 por

cada 100 000 nacidos vivos en la provincia de Camagüey. Mayabeque no reportó muerte materna.¹²

Dado que en la provincia Mayabeque hay un alto índice de cesáreas, que este proceder quirúrgico ha estado asociado a una serie de complicaciones y que en la solutividad quirúrgica de muchas de estas pacientes participa un cirujano, además de ser llevadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Aleida Fernández y estar presente el cirujano como parte del equipo multidisciplinario que la atiende, es que se decide realizar este estudio para caracterizar los factores de riesgo de las puérperas que presentaron cesárea complicada, que durante el transoperatorio cambiase el curso quirúrgico de la misma o que en el puerperio requirieran algún proceder quirúrgico de urgencia, atendidas en el Hospital General Docente Aleida Fernández Chardiet y el Hospital Ginecoobstétrico Piti Fajardo en el periodo comprendido desde enero del 2012 hasta diciembre del 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, con el propósito de caracterizar las puérperas que presentaron cesárea complicada, que durante el transoperatorio o que en el puerperio requirieran algún proceder quirúrgico de urgencia, atendidas en el Hospital General Docente Aleida Fernández Chardiet y el Hospital Ginecoobstétrico Piti Fajardo en el periodo comprendido desde enero del 2012 hasta diciembre del 2016.

El universo de estudio estuvo constituido por todas las puérperas que presentaron cesárea complicada (36 pacientes) en el periodo estudiado.

La muestra estuvo constituida por 29 puérperas, que se caracterizaban por estar entre los días primero y 42 después del parto; ser mayores de 15 años de edad; haber ingresado en los Hospitales y periodos referidos, que se les haya realizado cesárea y que durante el transoperatorio o en el puerperio requirieran algún otro proceder quirúrgico de urgencia. Que aparecieran en las historias clínicas los datos necesarios para la investigación.

Siete pacientes fueron excluidas de la investigación, tres por no aparecer la historia clínica en el departamento de archivo y el resto por no aparecer los datos necesarios para esta investigación.

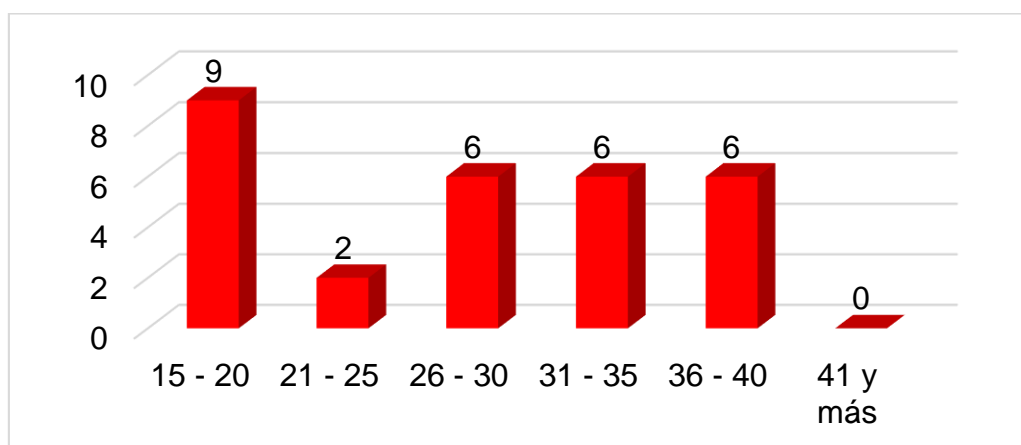
Las variables utilizadas fueron: edad, factores de riesgo anteparto, condiciones desfavorables para el parto, factores predisponentes durante el parto y tipo de cesárea. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, se utilizaron estadígrafos descriptivos como la distribución de la frecuencia absoluta así como el porcentaje, los datos se presentaron en forma de tabla y gráficos.

Se utilizaron los datos de las historias clínicas solo con fines científicos y se garantizaron los aspectos éticos al solicitar la autorización de la dirección del centro hospitalario en la realización de la investigación, mantener en anonimato cualquier dato obtenido de la historia clínica del paciente y no plasmar en el estudio datos de identidad personal del paciente como nombre, iniciales, dirección ni los números que se hayan asignado a sus historias clínicas.

RESULTADOS

En el gráfico 1 se observa la distribución por grupo etareo de las puérperas con complicaciones quirúrgicas, donde el grupo etareo entre los 15-20 años con un total de 9 pacientes para un 31%. Entre los 26 y 40 años de edad por quinquenios tuvieron la misma presentación.

Gráfico 1. Grupo Etereo.



Fuente: Planilla recopiladora de datos.

La preeclamsia en un 37,9% fue el factor de riesgo ante parto más presentado (Tabla 1), seguido por la infección cérvicovaginal con un total de 6 pacientes para un 20,7% seguida la anemia durante el embarazo para un 13,8%.

Tabla 1. Factores de Riesgo Anteparto

Factores de riesgo ante parto	FA	%
Anemia durante el embarazo	4	13,8
Infección cérvico vaginal	6	20,7
Obesidad	1	3,4
Preeclampsia	11	37,9

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

La tabla 2 muestra las condiciones desfavorables para el parto que presentaron estas pacientes, donde se evidencia que fueron la edad gestacional menor de 36 semanas en un 34,5% y el peso fetal probable menor de 2000 g o mayor de 3600 g en 6 pacientes para un 20,7%.

Tabla 2. Condiciones desfavorables para el parto.

Condiciones desfavorables para el parto	FA	%
Nuliparidad o antecedente de parto vaginal difícil	3	10,3
Edad gestacional menor de 36 semanas	10	34,5
Peso fetal probable menor de 2000 g o mayor de 3600	6	20,7
Cuello uterino duro, incompletamente borrado con menos de 3 cm de dilatación	1	3,5
Presentación alta	1	3,5
Presentación pelviana completa o con descenso de pie o rodilla	2	6,9
Necesidad de inducir el parto	2	6,9
Membranas ovulares rotas	3	10,3
Diámetro útil anteroposterior menor de 11 cm	3	10,3
Historia de infertilidad o edad mayor de 35 años	4	13,8

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

Tabla 3. Factores predisponentes durante el parto

Factores predisponentes durante el parto	FA	%
Rotura prematura de membranas.	3	10,3
Trabajo de parto prolongado	5	17,2
Meconio	2	6,9

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

De los factores predisponentes durante el parto, mostrados en la tabla 3, el que más afectó fue el trabajo prolongado de parto con un total de 5 pacientes para un 17,2%.

Tabla 4. Tipo de Cesárea

Tipo de Cesárea	FA	%
Primitiva	20	69
Iterada	9	31
Urgente	29	100
Electiva	0	0

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

La tabla anterior muestra la disposición de los tipos de cesárea realizadas a estas pacientes, donde predominó la cesárea primitiva con un total de 20 pacientes para un 69% y la cesárea de urgencia en el 100% de las pacientes.

DISCUSIÓN

En un estudio realizado en un Hospital General de Lima, Perú se encontró que la mayoría de las puérperas complicadas se encontraban dentro de los 19 y 35 años de edad. ¹³

Cuba es un país en vías de desarrollo, que presenta un sistema de salud único en el mundo y una voluntad política férrea y persistente a pesar de disímiles problemas y del bloqueo impuesto por los Estados Unidos, que ha permitido con el transcurso de los años, alcanzar altos niveles de salud pública en general, que se comparan con índices de países desarrollados. En especial los alcanzados por el Programa de Atención Materno Infantil. Estandarte ubicado bien alto desde la atención primaria de salud, por el Grupo Básico de Trabajo, cuyos miembros, en especial el médico y enfermera de la familia, quienes a través de su accionar a diario son capaces de hacer promoción y prevención de salud. Y logran disminuir la morbilidad asociada a la puérpera, al actuar y modificar los factores de riesgo de la gestante a través del control prenatal.

En Cuba se lleva a cabo el programa Materno-infantil donde en lo referente al riesgo reproductivo, se fomenta y se insiste en la procreación de la mujer entre los 20 y 35 años de edad, período de mayor capacidad reproductiva y, además, dirigido a proteger la salud materno infantil. ¹⁴

En su estudio, Sánchez, ¹⁵ refleja un predominio de puérperas con edades superiores a los 31 años, donde manifiesta que está en relación con la posibilidad de tener la paciente uno o más factores de riesgo que compliquen el puerperio. ¹⁵

En este estudio se encontró que el grupo etario que prevaleció fue el comprendido entre 15-20 años resultado que no coincide con bibliografías consultadas.

Sánchez ¹⁵ hace referencia a un estudio de 5 031 puérperas, el 59 % de ellas tenían una edad superior a 20 años (media y mediana de 22 años), mientras que las adolescentes (con una edad comprendida entre 10 y 20 años) correspondieron a 41 % de la población. ¹⁵

Aunque en este estudio anterior predominan los mayores de 20 años sin hacer el desglose por grupos etareos, que el 41% sea con una edad comprendida entre 10 y 20 años hace pensar que existe un alto número de puérperas adolescentes, mayor al encontrado en esta actual investigación.

En su estudio Burgos ⁴ el grupo etareo más frecuente fue entre 20 a 24 años y la mitad de la población estuvo entre los 22 a 33 años. ⁴

Iser ¹⁶ plantea que varios autores reportan mayor riesgo de defectos de cierre del tubo neural en hijos de madres adolescentes y un incremento en dos a tres veces en la morbilidad. En este grupo de madres se determina dicho riesgo principalmente por el incremento en el bajo peso al nacer, ya sea por aumento de la prematuridad o de recién nacido bajo peso para la edad gestacional. Todos estos casos son más propensos a presentar dificultad respiratoria y hasta tres veces más infecciones congénitas. ¹⁶

Las adolescentes son una de las más susceptibles a las complicaciones del puerperio, pues en ellas es frecuente la hipertensión inducida por embarazo con sus complicaciones graves, las hemorragias posparto, ya sea por atonías uterinas, desgarros y laceraciones del canal blando del parto, sin menospreciar la sepsis ya sea por vía ascendente, por intervencionismos obstétricos o por la necesidad de realizar cesáreas. ¹⁵

Es muy importante tener dispensarizadas las adolescentes y fundamentalmente las que tengan enfermedades asociadas, con adecuado control del riesgo preconcepcional, para evitar el embarazo no deseado, pues tanto en la interrupción precoz como en su desarrollo implica un enorme riesgo para su salud y bienestar.

¹⁵

La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad. La joven madre tiene mayor riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, pre eclampsia, eclampsia, anemia y malnutrición en el momento de la concepción y se acompañan con frecuencia de un retardo en el crecimiento intrauterino. Tienen además el doble de probabilidad de morir en relación con el parto, riesgo que aumenta en cinco veces por debajo de los 15 años de edad, además de exponer a su descendencia a un alto riesgo de morir. ¹⁷

Otega ¹⁸ plantea que los principales factores de riesgo ante-parto para sepsis materna son: anemia (OR= 3,4; 95% IC 2,59-4,47), edad mayor de 35 años (OR =

2,24; 95% IC 0,94 -5,3), obesidad (OR = 1,85; 95% IC 1,37-1,48), falta de control prenatal (OR = 1,01; 95% IC 0,78-1,3), desnutrición, alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos (OR = 1,47; 95% IC 1,04-2,09), primigesta (OR = 1,6; 95% IC 1,17-2,20), enfermedades preexistentes (OR = 1,4; 95% IC 1,01-1,94), antecedente de cesárea previa (OR=1,33;95% IC 0,89-2), antecedente de pielonefritis (OR=1,31;95% IC 0,71-2,42), cesárea sin trabajo de parto (OR=3,83;95% IC 2,24-6,56) y antecedente de fiebre o de uso de antibióticos dos semanas previas a la evaluación médica (OR = 12,07; 95% IC 8,11-17,97).¹⁸

Otega¹⁸ menciona algunos de los factores encontrados en este estudio.

Ortiz³ muestra que la preeclampsia está presente en un 27,81% como factor de riesgo anteparto. Y en este estudio resultó ser el principal factor de riesgo anteparto. Espinosa¹⁷ encontró que la pre eclampsia-eclampsia se presentó en tercer lugar para 10,53 %, ambos resultaron cifras menores a lo encontrado en este estudio.¹⁷ En la pre-eclampsia, los criterios diagnósticos aceptados son la proteinuria y la hipertensión arterial, sin embargo, se ha demostrado que aparecen “semanas o meses” después de la invasión trofoblástica anormal y daño endotelial que marcan el inicio del síndrome, por lo tanto, el diagnóstico temprano de pre-eclampsia todavía no es posible. La identificación de factores de riesgo para el desarrollo de este padecimiento, permiten en el primer nivel de atención, por un lado, tipificar grupos de riesgo y, por otro, modificar los factores susceptibles para disminuir la morbilidad y mortalidad.¹⁶

La preeclampsia y la infección cérvico-vaginal fueron los factores de riesgo anteparto más significativos. Factores de riesgo que pueden ser modificables durante la atención prenatal y donde juega un rol fundamental el médico de familia, en la promoción de estilos de vida saludables, para reducir la morbilidad que acompaña a ambos factores de riesgo.¹⁴

Martínez¹⁹, plantea que la infección cérvico vaginal es un factor de riesgo importante para la sepsis puerperal, así como la obesidad. Que en este trabajo fueron de los factores encontrados.

Las principales condiciones desfavorables durante el parto fueron la edad gestacional menor de 36 semanas y el peso fetal menor de 2000 o mayor de 3600, resultado que coincide con la bibliografía consultada ya que las intervenciones obstétricas a una edad gestacional prematura se llevan a cabo cuando hay

compromiso fetal inminente o indicaciones maternas que justifiquen este tipo de intervenciones e incluyen ya sea la inducción del parto, el parto por cesárea, o ambos. ¹ O sea que ambas casi transitan juntas.

Con relación al trabajo de parto prolongado como factor de riesgo predisponente durante el parto, el debilitamiento físico de la madre, al estar agotada físicamente en el momento del parto y condicionar un mayor tiempo durante el canal del parto al feto, condiciona el posible daño fetal y riesgo materno. ²⁰ Que fue el más presentado en este estudio.

El aumento de la cesárea ha sido notable en los últimos tiempos. Se considera la intervención quirúrgica más frecuente en el mundo actual, con grandes riesgos para la salud de la madre, del niño y grandes costos a los sistemas nacionales de salud, en relación con el parto normal. ^{1,17}

Con relación al tipo de cesárea, la primitiva y la de urgencia, fueron las de mayor prevalencia. Estos resultados coinciden con Nápoles QQQ23 en el 2017, donde plantea que el indicador de cesárea primitiva en Cuba en un estudio realizado sobre el índice de cesárea primitiva durante 42 años reveló que las cifras varían de 3,7% en 1970 a 30,4% en el 2011, mientras que entre el 2012 y 2016 oscilaron entre 30,4% y 30,7% respectivamente. Lo cual muestra un incremento sostenido y estable de ese indicador, con un incremento acelerado entre los años 2004 - 2010 y un ritmo aproximado de 1% anualmente. Además el ser de urgencia aumenta la morbilidad asociada al proceder. ²¹

El parto distócico por cesárea implica una serie de complicaciones como una incidencia de infecciones entre 8 y 27%, morbilidad 5 a 10 veces mayor y mortalidad de 2 a 4 veces mayor que en el parto normal. ²⁰

Espinosa ¹⁷ encontró que a más del 70% de las puérperas complicadas se les había practicado parto por cesárea.

En Cuba, alrededor del 40 % de los nacimientos se producen por parto transabdominal o cesárea. Múltiples causas han contribuido a que las tasas hayan aumentado el doble en los últimos quince años. La indicación de la cesárea lleva aparejada un aumento de riesgo de infecciones más frecuentes y graves, como resultado de la agresión que se le hace al organismo materno, como consecuencia de una mayor manipulación intrauterina, presencia de necrosis, hematomas y material de sutura. ¹⁷

Según Ortiz ³ en su estudio el 78,87% de las cesáreas fueron de prioridad urgente, menor a lo encontrado en este estudio que fue la totalidad de la muestra.

Respecto al tipo de cesáreas Burgos ⁴ informa un 52,7% (118) de cesáreas primitivas, y las que presentaban cesárea previa en 29,91% (67), menor al encontrado en esta investigación.

Según Otega ¹⁸ la cesárea no programada (de urgencia) es el factor de riesgo independiente más importante para sepsis materna (OR = 8,06; 95% CI 4,65–13,97).

Muchos autores coinciden que cuando la cesárea se realiza de urgencia, constituye un factor de riesgo importante para la puérpera, y en este estudio el 100% fueron cesáreas urgentes, lo cual debe observarse como un foco rojo que alerta sobre las complicaciones de la puérpera cesareada y hacer planteable una interrogante, ¿Qué sucede en la cesárea de urgencia, que hay una serie de complicaciones quirúrgicas?

Este aumento desmesurado de la tasa de cesáreas no tendrá consecuencias inocuas, si bien las técnicas quirúrgicas y anestésicas han mejorado los resultados de las cesáreas, a este nivel contribuirán a un aumento de la morbilidad materna. Al comparar las complicaciones que pueden aparecer respecto a la cesárea comparado con el parto, Cópola QQQ6 encontró lo siguiente: Hemorragia que necesite histerectomía OR 2,1 (IC95% 1,2-3,8); causa de histerectomía OR 3,2 (IC95% 2,2-4,8); complicaciones anestésicas OR 2,3 (IC95% 2,0-2,6); paro cardíaco OR 5,1 (IC95% 4,1-6,3); TEP OR 2,2 (IC95% 1,5-3,2); infección puerperal mayor OR 3,0 (IC95% 2,7-3,4), hematoma OR 5,1 (IC95% 4,6-5,5). ⁵

Espinosa ¹⁷ plantea que la cesárea se considera un factor de riesgo muy elevado para que se produzca una morbilidad grave durante el período puerperal.

Por tanto si se disminuye este modo de nacimiento y se realiza un mejor control del riesgo preconcepcional en las adolescentes, se podrán disminuir estos procesos morbosos puerperales graves.

CONCLUSIONES

- ✓ La cesárea con complicaciones quirúrgicas es más frecuente entre los 15 y 20 años, con factores de riesgo anteparto de preeclampsia, infección cérvicovaginal y anemia durante el embarazo. Con condiciones desfavorables

para el parto como edad gestacional menor de 36 semanas y un peso fetal fuera de rango normal. Con trabajo de parto prolongado.

- ✓ Predominó la cesárea primitiva y de urgencia, por sufrimiento fetal, de causa materna por preeclampsia-eclampsia y estado de excesiva ansiedad o temor.
- ✓ Hay que mostrar estricta atención con la cesárea realizada en adolescentes y en especial si se realiza de urgencia, por complicaciones quirúrgicas durante el transoperatorio y en el puerperio inmediato.
- ✓ Conocer los factores de riesgo para la cesárea complicada es fundamental para prevenir y/o reconocer las condiciones que ponen en riesgo la vida de la madre y/o el feto.
- ✓ Si se disminuye la operación cesárea y se realiza un mejor control del riesgo preconcepcional en las adolescentes, se podrán disminuir estos procesos morbosos puerperales graves.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez Cabrera J. Cesárea: Análisis crítico y recomendaciones para disminuir su morbilidad. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
2. Oyarzun Ebensperger E. Operación cesárea. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado 10 May 2020]; 8(3): 167 - 168. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n3/0717-7526-rchog-84-03-0167.pdf>
3. Ortiz Martínez RA, Moreno Urrea E, Mambuscay Solarte J, Muñoz Daza J. Prevalencia de complicaciones en pacientes sometidas a cesárea en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2016 en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia 2016. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado 10 May 2020]; 84(6): 435 - 448. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600435
4. Burgos Sanabria DM. Características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuentes en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017 [Tesis para optar por el grado de Médico-Cirujano]. Paraguay: Universidad Nacional de Caaguazú; 2018. Disponible en: <https://repositorio.fcmunca.edu.py/xmlui/bitstream/handle/123456789/14/Deissi%20Burgos?sequence=1&isAllowed=y>

5. Cópola F. Cesáreas en Uruguay. Rev Méd Urug [Internet]. 2015 [citado 10 May 2020]; 31(1):7-14. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2015v1/art2.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. Suiza: OMS; 2015 [citado 10 May 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=1E9FA684D1C4372B0FB842EB046D59F1?sequence=1
7. Carrillo Esper R, Torre León T, Nava López JA, Posada Nava A, Pérez Calatayud AA, Torre León MA, et al. Consenso multidisciplinario para el manejo de la hemorragia obstétrica en el perioperatorio. Rev Mex Anest [Internet]. 2018 [citado 10 May 2020]. 41(3): 155-82. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cma183b.pdf>
8. Voto L, Casale R, Basanta N, Fabiano P, Lukeštik J, Tissera R, et al. Consenso FASGO HPP [Internet]. Argentina: Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. 2019 [citado 10 May 2020]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Hemorragia_Post_Parto.pdf
9. Hernández Núñez J, Luis Martínez F, Mojena Hernández Y. Caracterización de cesáreas primitivas en Santa Cruz del Norte. Rev Cub Ginecol Obstet [Internet]. 2017 [citado 10 May 2020]. 43(3): 66-79. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300007
10. Puma J, Díaz J, Caparó C. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. Rev Med Hered [Internet]. 2015 [citado 10 May 2020]; 26:17-23. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2015000100004
11. Piloto Padrón M, Nápoles Méndez D. Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. Rev Cub Ginecol Obstet [Internet]. 2014 [citado 10 May 2020]; 40(1):35-47. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2014/cog141e.pdf>
12. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2019. La Habana: MINSAP; 2020. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>
13. Puma J, Díaz J, Caparó C. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú

2015. Revista Médica Herediana [Internet]. 2015 [citado 10 May 2020];26:12-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v26i1.2343>
14. Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Martínez Gómez C, Jiménez Acosta S. Medicina general integral: Salud y medicina (3). 3ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014.
15. Sanabria Fromherz ZE, Fernández Arenas C. Comportamiento patológico del puerperio. Rev Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 10 May 2020]; 37(3):330-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300005
16. Iser González OA. Factores de riesgo asociados a la cesárea primitiva Hospital Nacional Simão Méndez: Guinea Bissau: 2017. Multimed [Internet]. 2019 [citado 10 May 2020]; 23(3):447-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000300447&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Espinosa Moreno G. Puerperio complicado, un reto clínico. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias [Internet]. 2014 [citado 10 May 2020]; 13(3). Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/35/92>
18. Otega TF, Arriaga Dávila JJ, Martínez Chapa HD, Arizmendi Uribe E, López Ocaña LR, Baca Grande D, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis materna: Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica [Internet]. México, CENETEC; 2018 [citado 10 May 2020]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/673GER.pdf>
19. Martínez Salazar GJ, Grimaldo Valenzuela PM, Vázquez Peña GG, Reyes Segovia C, Torres Luna G, Escudero Lourdes GV. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet] 2015 [citado 10 May 2020]; 53(5):608-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf>
20. Rigol Ricardo O, Cutié León E, Santisteban Alba S, Cabezas Cruz E, Farnot Cardoso U, Vázquez Cabrera J, et al. Obstetricia y Ginecología. Ciencias Médicas, Ciudad de la Habana; 2004.
21. Nápoles Méndez D, Couto Núñez D. Análisis de la cesárea como fuente de costo. Revista Médica de Santiago de Cuba [Internet]. 2017 [citado 10 May 2020]; 21(8). Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1635/html>