

I FORUM CIENTÍFICO VIRTUAL

CienciasMayabeque@2020

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



Caracterización del motivo de la cesárea en 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 operación cesárea es un factor de riesgo conocido para la morbilidad materna, al tener en cuenta la agresión al organismo materno por causa externa.

Objetivo: Caracterizar las cesáreas de las puérperas que presentaron cesárea complicada, que durante el transoperatorio o que en el puerperio requirieran algún proceder quirúrgico de urgencia, atendidas en los Hospitales Aleida Fernández Chardiet y Piti Fajardo en el periodo comprendido 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 complicada es más frecuente entre los 15 y 20 años. Predominó la cesárea producida por sufrimiento fetal, seguida por la causa distócica (trabajo de parto prolongado o detenido y la desproporción céfalo pélvica) y la cesárea anterior. Prevalece por sufrimiento fetal, la causa materna, por preeclampsia-eclampsia y estado de excesiva ansiedad o temor. Predominaron las complicaciones en el puerperio inmediato.

Conclusiones: Hay que mostrar especial atención en las gestantes con edades entre 15 y 20 años de edad que tengan antecedentes de preeclampsia, estado de excesiva ansiedad o temor; que tengan una cesárea anterior, o trabajo de parto prolongado o retenido, o desproporción céfalo pélvica; por posibilidad de presentar complicaciones en el curso de la cesárea o en el puerperio inmediato.

Palabras claves: cesárea complicada, tipos de cesárea, puerperio.

INTRODUCCIÓN

Los aportes científicos y tecnológicos que ocurrieron en el siglo XX, permitieron la introducción de técnicas quirúrgicas con asepsia y anestesia confiables y de métodos sofisticados para la detección temprana del sufrimiento fetal agudo y crónico en forma por demás importante al incremento en el uso de la operación cesárea que se observó en la década de los años sesenta en todos los países alrededor del mundo. ¹

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%). ^{2,3}

Desde mediados de la década de 1990, la tasa de cesáreas en Estados Unidos ha aumentado en más de un 50%. Entre 1996 y el 2007 su porcentaje en relación al número total de nacimientos del mismo período aumentó en un 53%, según el estudio del Centro Nacional de Estadísticas sobre la Salud. En el 2006 la cesárea se convirtió en la operación quirúrgica más frecuente practicada en los hospitales estadounidenses. ⁴

En general, los partos por cesárea representan cerca de una tercera parte de los nacimientos en Estados Unidos. Aunque gran parte de la atención se ha centrado últimamente en mujeres que tienen varias cesáreas, investigadores del Instituto Nacional de Salud encontraron que cerca de un tercio de las primíparas tuvieron su hijo por este método. ^{5,6}

Este aumento en las cesáreas no es explicable por la realización de partos en alto riesgo en instituciones especiales, ya que Cuba, Chile y Argentina tienen un elevado índice de partos hospitalarios, que superan el 95 %. Otro hecho a considerar es que las cifras en otros países de América Latina son más elevadas en instituciones no públicas, que atienden a embarazadas que gozan de cobertura social y un mejor nivel socioeconómico. ⁷

La operación cesárea es un factor de riesgo conocido para la morbilidad materna, al tener en cuenta la agresión que se le hace al organismo materno por causa externa. Los autores que relacionan las cesáreas —*como modo de nacimiento*— con la morbilidad materna encuentran resultados significativos, y demuestran que el riesgo de la mujer por el acto quirúrgico y anestésico compromete más la vida de estas pacientes, asociado a sepsis y hemorragia puerperal. ⁸

En Colombia, la hemorragia postparto es la segunda causa de muerte materna después de los trastornos hipertensivos del embarazo, aunque en el departamento de Antioquia es la primera causa de muerte en pacientes obstétricas. En una cohorte estudiada retrospectivamente entre 2006 y 2011 fue la primera causa de muerte en pacientes obstétricas admitidas a la unidad de cuidados intensivos. ⁹

Y es la hemorragia obstétrica la complicación más frecuente, la cual coincide con las principales causas de morbilidad materna que ocurren a nivel de país, que son las pérdidas masivas de sangre, la enfermedad tromboembólica y la sepsis, en este orden de aparición, además de constituir la principal causa de histerectomía puerperal. ⁹

La frecuencia de hemorragia asociada a la cesárea electiva es menor respecto a la cesárea de urgencia y el parto. ¹⁰

El Dr. Eusebio Hernández, general de la guerra de 1868, fue el primer médico cubano que realizó la operación cesárea. El 12 de agosto de 1890, a las 4:30 h, le practicó una operación de cesárea a su esposa, en la Clinique D' Accouchements, Baudelocque, en París. Esta referencia aparece en una carta enviada el 23 de agosto de 1890 desde París, a su entrañable jefe y amigo, el generalísimo Máximo Gómez, donde emocionado le cuenta los pormenores y la forma de nacimiento de su hijo. ¹

En Cuba la primera operación de cesárea se practicó en febrero de 1901, realizada por el Dr. Enrique Fortún, en el Hospital No. 1 de La Habana (actual Hospital Docente General Calixto García). ¹

Explicar el incremento de cesáreas no es un asunto sencillo. La investigación encontró una serie de factores, en algunos casos relacionados entre sí, como madres y bebés más obesos, mujeres añosas, así como un incremento en la cifra de gemelos.⁵

En años recientes se han generado preocupación porque la operación se realice frecuentemente por otras razones diferentes a la necesidad médica. Por ejemplo, a los críticos les preocupa que las cesáreas se realicen porque económicamente dan más utilidad para el hospital, o porque una cesárea rápida es más conveniente para un obstetra que un largo parto vaginal. Se han formado organizaciones para aumentar la conciencia pública sobre las cesáreas y su incidencia que crece considerablemente.⁵

El factor de riesgo más habitual para la sepsis obstétrica es la cesárea; la tasa de esta parece estar en incremento en todo el mundo.⁶

La incidencia de sepsis obstetricia es diferente en países desarrollados y subdesarrollados, y varía desde 0,96 hasta 7,04 por 1.000 mujeres de edad entre 15 y 49 años. Las tasas de mortalidad estimada oscilan desde 0,01 hasta 28,46 por 100 000 mujeres de entre 15 y 49 años.⁶

Son múltiples los factores que favorecen el desarrollo de sepsis grave, en los casos de muerte materna, destacan la obesidad y la diabetes como factores de riesgo independientes. Otros factores de riesgo que se relacionan con el desarrollo de sepsis durante el embarazo son: cesárea, procedimientos invasivos (ej: amniocentesis, cerclaje cervical), rotura prolongada de membranas, más de cinco tactos vaginales durante la segunda fase del parto, desgarros del canal, hemorragia postparto, retención de restos placentarios, inmunodepresión, anemia, leucorrea, historia de infección pélvica y/o por estreptococo grupo B, infección por *Streptococcus pyogenes* grupo A en contactos cercanos, edad joven, raza negra y los grupos étnicos minoritarios.¹²

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.¹³

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

solitividad 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 el motivo de la cesárea en las puérperas cesareadas con complicaciones quirúrgicas, que durante el transoperatorio cambiase el curso quirúrgico de la cesárea 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 cesáreas de 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 período 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 períodos referidos, que se les haya realizado cesárea y que durante el transoperatorio o en el puerperio requirieran algún otro proceder quirúrgico de urgencia. Que aparezcan 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, causas de la cesárea y tipo de puerperio.

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 tablas y gráficos.

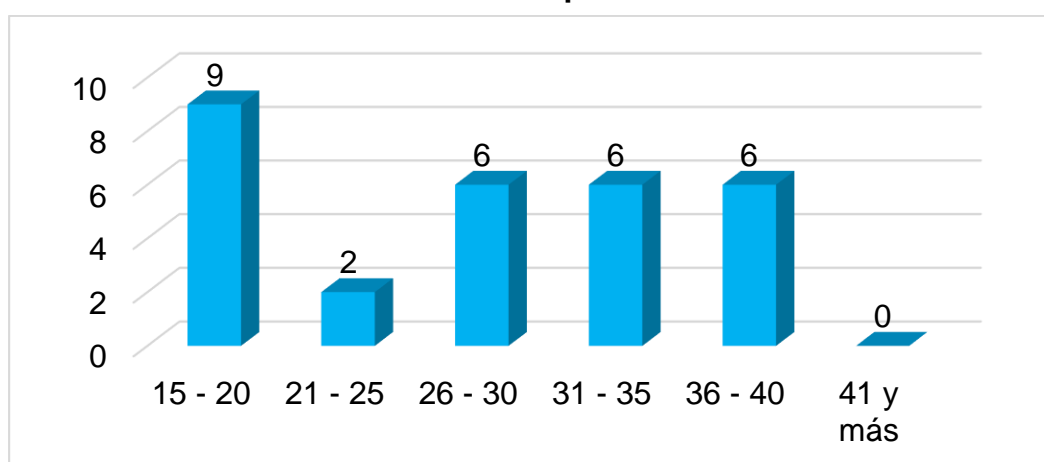
Se utilizaron los datos de las historias clínicas solo con fines científicos y se garantizaron los aspectos éticos al solicitar la autorización de la dirección del centro hospitalario en la realización de la investigación, mantener en anonimato cualquier

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

Como se observa en el gráfico 1, el grupo etareo, de las puérperas cesareadas con complicaciones quirúrgicas que predominó, se encuentra 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.

Las causas de cesáreas descritas en la tabla 1, que predominaron, fueron las causadas por sufrimiento fetal con un total de 20 (69%). Y en segundo lugar están la causa distócica y la cesárea anterior con un 31% respectivamente.

Tabla 1. Causas de la Cesárea

Causas de la Cesárea	FA	%
Distócica	9	31
Sufrimiento fetal	20	69
Presentación pelviana	2	6,9
Cesárea anterior	9	31

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

La tabla siguiente (tabla 2) muestra en la causa de la cesárea por sufrimiento fetal, que predominaron las de causa materna, que disminuyen el intercambio feto-materno dentro de la cual la preeclampsia y el estado de excesiva ansiedad tuvieron un total de 10 casos para un 39,5%.

Tabla 2. Causas de sufrimiento fetal en la cesárea.

Sufrimiento fetal			FA	%
Causa materna	Causas que disminuyen el intercambio feto-materno	Preeclampsia- eclampsia	10	39,5
		HTA crónica	5	5,3
		Hipotensión arterial aguda	2	6,9
		Estado de excesiva ansiedad o temor	10	39,5
	Causas que disminuyen la concentración de oxígeno	Shock	5	7,9
Causas placentarias	Enfermedades extrínsecas	Diabetes mellitus	2	6,9
		Nefropatía	2	6,9
Causas umbilicales	Nudos verdaderos		1	2,6
	Circulares apretadas		1	2,6
Causas fetales	Anemia	Enfermedad hemolítica	1	2,6
	Dismadurez		1	2,6

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

Tabla 3. Causas distócicas de la cesárea.

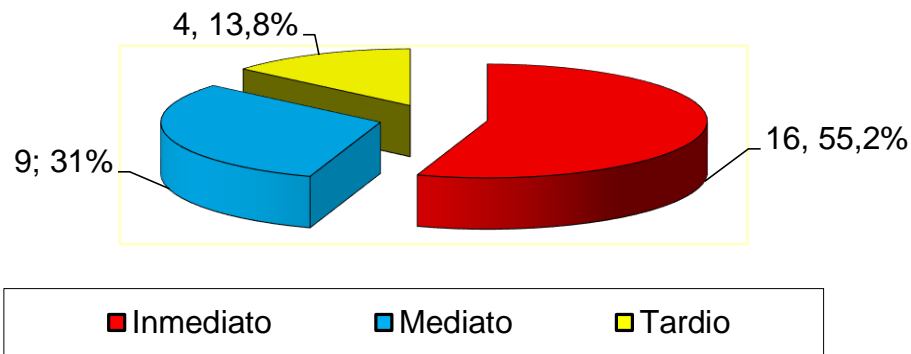
Causa Distócica	FA	%
Trabajo de parto prolongado o detenido	3	10,3
Actividad uterina insuficiente	1	3,5
Desproporción céfalo pélvica	3	10,3
Mala actitud fetal	2	6,9

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

Entre las causas distócicas (tabla 3), las que tuvieron una mayor incidencia fueron el trabajo prolongado o detenido del parto y la desproporción céfalo pélvica con incidencia de 3 casos cada uno para un 10,3%.

Con relación al tipo de puerperio, donde se complicó la puérpera cesareada, como se observa en el gráfico 1, predominó en el puerperio inmediato, donde hubo un total de 16 pacientes, que representan el 55,2%. Además en el puerperio mediano 9 pacientes para un 31% y en el puerperio tardío 4 pacientes para un 13,8%.

Gráfico 1. Tipo de Puerperio



Fuente: Panilla Recopiladora de datos.

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. ⁶

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 de Atención 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

En su estudio Burgos ⁵ el grupo etareo más frecuente fue entre 20 a 24 años y la mitad de la población estuvo entre los 22 a 33 años. ⁵

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 connatales. 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

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

El sufrimiento fetal como indicación de cesárea es un tema difícil de abordar; es ineludible, en el momento actual, señalar la realidad demostrada en los avances de la Medicina fetal o perinatal, que estos disturbios metabólicos respiratorios pueden tener su origen hasta en 80 %-90 % , en la etapa prenatal y en múltiples oportunidades durante el trabajo de parto.^{1,18}

En el resultado neonatal se observan daños hísticos irreversibles, como secuelas del intercambio anormal materno-fetal que ocasionó hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis, varias semanas antes del parto. La aparición de contracciones, asociadas con los factores brevemente señalados, es la causa principal del sufrimiento fetal.^{1,18}

En este trabajo los factores más encontrados fueron la preclamsia eclampsia acompañado con una excesiva ansiedad y temor seguida por la hipertensión y el shock.

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. La distocia es el diagnóstico aproximado de 30 % de las indicaciones de la operación cesárea. Distocia es un término usado para el trabajo de parto prolongado o detenido. Se caracteriza por un progreso de la dilatación en fase activa de la labor del parto (4 cm) inferior a 1 cm/h y un descenso de la presentación que evoluciona lentamente.¹

Cuba, el diagnóstico de cesárea anterior como indicación de cesárea en un estudio que se realizó en Ciudad de La Habana, aportó el 9 % del total de estas intervenciones. En 1916 Edwin Croning presentó un artículo titulado *Conservation in obstetrics*, en la Eastern Medical Society of New York, donde informaba “brillantes resultados” y sugería “cesárea una vez, cesárea siempre”, que fue seguido por numerosos obstetras de diferentes países.¹

En Cuba se sigue este axioma, que se ha convertido, de hecho, en una costumbre de la que participan al igual gestantes y médicos. En la actualidad, en todas partes del mundo, incluido los EE.UU, existe oposición a este rígido proceder y por tanto se permite el parto transpelviano posterior a cesárea anterior, previo cumplimiento de condiciones estrictas.¹

En el 4 % aproximadamente de los nacimientos, el feto se coloca en situación longitudinal con presentación pelviana o podálica. En la actualidad, cerca del 90 %

de los nacimientos con el feto en pelviana se realiza por parto quirúrgico, es decir, operación cesárea.¹

Vázquez¹ hace referencia a la bibliografía que propone este proceder donde señalan –a propósito de la cesárea planificada para el parto en pelviana a término– que: “disminuyeron las muertes perinatales y neonatales, así como la morbilidad neonatal grave, pero a expensas de cierto aumento de la morbilidad materna”. Para los países en vías de desarrollo recomiendan la cesárea electiva, después que haya fracasado una versión cefálica externa.¹

Diferentes resultados a los encontrados en este estudio revelan las investigaciones de otros autores. Con relación a la causa de la cesárea, Hernández⁸ encontró que la indicación más frecuente fue el meconio anteparto con malas condiciones obstétricas en 38 pacientes (29,9%). Otras causas frecuentes fueron el estado fetal intranquilizante y la desproporción céfalo-pélvica en 18 pacientes cada una para un 14,2% y la distocia del trabajo de parto en 11 casos (8,7 %).⁸

Además plantea que en Perú las principales causas del proceder, encontradas son el sufrimiento fetal (13,9 %), la preeclampsia-eclampsia (12,1 %), la presentación podálica (10,6 %), la macrosomía fetal mayor de 4500 gramos (10,3 %) y el oligohidramnios (9,2 %). Y en los Estados Unidos el 47,1 % se debía a distocias del trabajo de parto; otro 27,1 % por sospecha de sufrimiento fetal agudo y un 7,5 % por presentación pelviana.⁸

Puma⁶ reporta que dos pacientes (3%) tuvieron ruptura prolongada de membranas, 52 (77,6%) pacientes tuvieron entre 120 y 240 minutos de período expulsivo, que incluyó la espera del turno operatorio y en 20 (29,9%) pacientes la desproporción céfalo pélvica.⁶

Como causa de la cesárea Ortiz⁷ encontró que la cesárea previa fue la más frecuente (20,36%), seguido de preeclampsia-eclampsia (19,91%), restricción de crecimiento intrauterino (11,57%), desproporción materno-fetal (9,79%) y bienestar fetal no tranquilizador (9,45%).

Hernández⁸ hace referencia a un estudio sobre perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia realizado en el Hospital "Enrique Cabrera" de la Habana, donde observaron que el parto por cesárea prevaleció en todos los grupos de preeclampsia. Tuvo mayor relevancia en el grupo de las pacientes con preeclampsia agravada en un 93,8 % frente a 56,7 % en la no agravada y 72,7 % en la sobreañadida.⁸

Hernández ⁸ describe que en España en un estudio realizado encontraron que el riesgo de pérdida del bienestar fetal fue la indicación más frecuente para la realización de la cesárea en 53,9 % de los partos iniciados espontáneamente y 35,7 % de los inducidos, seguido de la no progresión del parto en 25,7 % y 31,1 %; y la desproporción céfalo pélvica en 20,4 % y 10,0 %, respectivamente. El fallo de inducción contribuyó al 23,2 % de los casos operados. ⁸

Evidentemente, por lo descrito por diferentes autores, existe disparidad en cuanto a las principales indicaciones de cesárea. No obstante, algunas de ellas se encuentran bien justificadas ante la presencia de una desproporción céfalo pélvica, una progresión inadecuada del trabajo de parto o un sufrimiento fetal agudo. Otras, sin embargo, pudieran distar de un pensamiento crítico, como es el caso del estado fetal intranquilizante o las malas condiciones obstétricas ante una paciente con meconio anteparto, un oligohidramnios o una preeclampsia agravada. ⁸

Con relación al tipo de puerperio donde se complicó la puérpera cesareada, se corresponde con la bibliografía consultada que expresa ser más frecuente en el puerperio inmediato. ^{19,20}

Que está justificado por una serie de complicaciones que pueden sucederle a la puérpera una vez realizada la cesárea. Y es la denominada hemorragia puerperal, una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio y que con gran frecuencia se observa durante la cesárea o en las primeras horas del puerperio. Que además es responsable del 25% de las muertes maternas en todo el mundo. Las cesáreas de emergencia se asocian con casi tres veces más de hemorragia puerperal en comparación con las cesáreas electivas o con los partos vaginales. ²¹

Aunque hay que destacar que en Cuba el parto está reglado que sea en un hospital ginecoobstétrico y por ende muchas complicaciones de índole quirúrgico fueron tratadas en dicha institución, por la emergencia que constituyen; sin ser derivadas a un hospital quirúrgico general. Solo son partícipe del cirujano cuando la complejidad del proceder que haya que realizarle a la puérpera requiera de la presencia de un cirujano junto al ginecoobstetra o cuando son complicaciones de índole quirúrgico posteriores a este período, o cuando aparecen de forma secundaria a dicha emergencia y para ese entonces siempre están en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde para su evaluación y control está la presencia de un cirujano en el grupo multidisciplinario que atiende a la puerperal.

CONCLUSIONES

- ✓ La cesárea complicada es más frecuente entre los 15 y 20 años.
- ✓ Predominó como causa de cesárea, la producida por sufrimiento fetal, seguida por la causa distócica (trabajo de parto prolongado o detenido y la desproporción céfalo pélvica) y la cesárea anterior.
- ✓ Prevalece por sufrimiento fetal, las de causa materna, por preeclampsia-eclampsia y estado de excesiva ansiedad o temor.
- ✓ Predominaron las complicaciones en el puerperio inmediato.
- ✓ Hay que mostrar especial atención en las gestantes con edades entre 15 y 20 años de edad que tengan antecedentes de preeclampsia, estado de excesiva ansiedad o temor; que tengan una cesárea anterior, o trabajo de parto prolongado o retenido, o desproporción céfalo pélvica; por la posibilidad de presentar complicaciones en el curso de la cesárea o después de la misma, principalmente en el puerperio inmediato.

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. 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
4. 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>
5. 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>

6. 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
7. 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
8. 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
9. Rincón Valenzuela DA, Bocanegra JC, Guevara J. Fibrinógeno y hemorragia posparto: ¿Asociación o causalidad?. Rev Colomb Anestesiología [Internet]. 2017 [citado 10 May 2020]; 45(2):136–139. Disponible en: https://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/RCA/A/RCA_2018_07_24_VELASQUEZ_90406147_SDC373.pdf
10. 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>
11. Alcaldía Mayor de Bogotá. Guía de sepsis en obstetricia [Internet]. Bogotá: Humana; 2020 [citado 10 May 2020]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Sepsis_baja.pdf
12. Puertas Prieto A, Gallo Vallejo JL, Ruiz Durán S. Identificación precoz de la sepsis obstétrica. Rev Latin Perinat [Internet]. 2017 [citado 10 May 2020]; 20(2): 72-80. Disponible en: http://revperinatologia.com/images/Identificaci%C3%B3n_precoz_de_la_sepsis_obst%C3%A9trica.pdf

13. 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>
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. Gómez Fröde CX, De Anda L. Muerte fetal por negligencia médica. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet]. 2020 [citado 10 May 2020]; 63(1): 22-33. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2020/un201e.pdf>
19. Martínez Hernández JA, Sierra Alfonso VM, Andino WM. Abdomen agudo y embarazo. En: Soler Vaillant R, Mederos Curvelo ON, Sisto Díaz A, Yera Abreu L, Pérez González D, Millán Sandoval R, et al. Cirugía (III). La Habana, Ciencias Médicas; 2018.
20. Sierra Alfonso VM. Complicaciones en las púerperas laparotomizadas de urgencia. Rev Electron Zoilo [Internet]. 2014 [citado 10 May 2020]; 39(12): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/124/214>
21. Chandrabaran DE, Krishna A. Hemorragia posparto. BMJ [Internet]. 2017 [citado 10 May 2020]; 358. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenido=91590>