

I FORUM CIENTÍFICO VIRTUAL

CienciasMayabeque@2020

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



Caracterización de las complicaciones quirúrgicas trans y postoperatorias de la puérpera cesareada.

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 cesárea, también llamada parto quirúrgico, es una forma de parto realizada por medio de un acto quirúrgico, donde se hace una incisión en el abdomen y otra en el útero para que se libere el feto.

Objetivo: Caracterizar las complicaciones quirúrgicas trans y postoperatorias de la puérpera cesareada, 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: Como complicación transoperatoria que cambia el curso de la cesárea en histerectomía predominó el sangramiento severo por atonía uterina y placenta previa. De forma general predominaron las complicaciones hemorrágicas y la sepsis puerperal.

Prevalece como proceder quirúrgico realizado, la histerectomía total, el lavado peritoneal y la ligadura de arterias hipogástricas. El diagnóstico y el tratamiento de estas complicaciones se realizaron en un tiempo breve.

Conclusiones: El servicio de ginecoobstetricia tiene una alta percepción del riesgo de complicaciones hemorrágicas en la cesárea y realiza un diagnóstico precoz de estas complicaciones.

Palabras claves: cesárea complicada, complicación trans cesárea, proceder quirúrgico.

INTRODUCCIÓN

La cesárea, también llamada el parto quirúrgico, es una forma de parto realizada por medio de un acto quirúrgico, en el cual se hace una incisión en el abdomen y otra en el útero para que se libere el feto. ¹ La duración promedio de un parto por cesárea es de 45 minutos a 1 hora. El nacimiento del bebé suele ocurrir ya en los primeros 15 minutos del acto quirúrgico, pero el obstetra todavía necesita de, por lo menos, alrededor de 30 – 60 minutos para hacer todas las suturas, que incluyen útero, músculos y piel. ²

Las cesáreas eran ya conocidas y practicadas en la antigua Roma, tal y como se contemplaba en la Lex Caesarea: una mujer que muriese durante el embarazo tardío debía ser sometida a esta intervención con la finalidad de intentar salvar la vida del feto. ^{1,3}

El primer dato que se tiene de una mujer que sobrevivió a una cesárea fue en Alemania en 1500: Se cree que Jacob Nufer, un castrador de cerdos, le hizo esta operación a su esposa tras una prolongada labor. La mayoría de las veces, el procedimiento tenía una alta mortalidad. ^{1,3}

En Gran Bretaña e Irlanda la mortalidad en 1865 era del 85 %. Las medidas claves en la reducción de la mortalidad fueron: acogida de los principios de la asepsia, la introducción de la sutura uterina por Max Sänger en 1882, la cesárea extraperitoneal y después la realización de la incisión transversal baja (Krönig, 1912), avances en la anestesia, transfusión de sangre, antibióticos, entre otros avances. ^{1,3}

Viajeros europeos en la región de los grandes lagos de África observaron durante el siglo XIX secciones de cesáreas que eran efectuadas de forma regular. La madre expectante era normalmente anestesiada con alcohol y se usaba una mezcla de hierbas para mejorar la recuperación. ¹

El 5 de marzo de 2000, Inés Ramírez se hizo la cesárea a sí misma y sobrevivió, así como su hijo, Orlando Ruiz Ramírez. Se cree que ella ha sido la única mujer que se ha practicado la cesárea a sí misma y ha sobrevivido. ^{1,2}

La forma del parto, preferiblemente, debe ser siempre el parto normal, por vía vaginal. No obstante se puede indicar la cesárea en razón de cuestiones médicas relacionadas con problemas en la gestación o como ocurre en otros países, se realiza simplemente por solicitud de la gestante. ⁴

Durante el parto por cesárea no se siente ningún dolor, aunque se pueden notar molestias (presión o estiramientos). 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. ^{5,6}

La Organización Mundial de la Salud estima que la tasa de cesáreas entre todos los nacimientos en los países desarrollados está entre el 10 % y el 15 %, comparado con cerca de 20 % en el Reino Unido y 23 % en Estados Unidos. En 2003, la tasa de cesáreas en Canadá fue de 21 %, con variaciones regionales. ⁶⁻⁸

En los países escandinavos la cesárea ronda alrededor del 20%, sin evidencia de efectos negativos sobre los bebés o las madres. En algunos países alcanza el 60% y 70%. ⁴

Según la Federación Hospitalaria de Francia (FHF), que representa a los hospitales públicos, en el 2007 las cesáreas representaron en Francia el 20,1% de los nacimientos, contra el 10,9% en 1981. ^{5,6}

El reporte de cesárea por países desarrollados muestra cifras bajas: Suecia en un 10 % (1993), Gran Bretaña un 13 % (1993), Baleares, Palma de Mallorca un 13,5% (2000), Noruega y Suiza cifras inferiores al 10 %. ⁵

Muchos expertos médicos consideran que las cesáreas comprenden gran parte del exceso de tratamiento que se proporciona en Estados Unidos, es decir, procedimientos y pruebas que son poco o nada beneficiosas pero que someten a los pacientes a riesgos adicionales. De hecho, nuevas recomendaciones clínicas señalan que el parto vaginal es seguro para la mayoría de las mujeres que ya han tenido una cesárea. ⁴

En 1994 Chile mostró una incidencia de 37,2 %. En 1980 era de 27,7 %. En Brasil, reportes de 1986 muestran cifras nacionales de 32 % y en ciertas unidades superó el 70 %. Otro reporte brinda cifras del 76 % de cesáreas en clínicas privadas, con tasas de mortalidad materna de 1 a 2 x 1 000 cesáreas. En Argentina (1992), hospitales no públicos de 2 ciudades revelaron cifras de 35 y 32 %. Un hospital público mostró incrementos desde 8,9 % en 1979 a 17 % en 1992. En 1987, un hospital mexicano de la seguridad social mostró valores de 31,2 %. Reportes de Venezuela muestran valores de 44,8 % en el ámbito hospitalario. ⁵

Cuba no ha estado ajeno a la situación mundial con respecto a la operación cesárea. Las causas no han sido completamente claras: por una parte, la introducción de nuevas

tecnologías, pruebas diagnósticas e indicaciones, y por otra las presiones de tipo administrativo, unidas a una mayor liberalidad en la indicación del procedimiento, han contribuido a que las tasas hayan aumentado casi el doble en alrededor de 15 años. ¹

En 1990 el índice de cesárea fue de 19,45 %. En 2004 hubo 83 700 partos vaginales y 44 204 cesáreas, para un índice de 34,5 %. De la información procedente de diversos hospitales de Cuba, se conoce que las cifras fueron de alrededor del 11 % hasta 1985, aumentaron a 24,9 % en 1995 y a 40 % en 2005. ¹

Según el Departamento Nacional de Estadísticas del MINSAP, en Ciudad de La Habana, en el año 2004 hubo 23 465 nacimientos, de los cuales fueron transpelvianos 14 431 (61,5 %). En total se realizaron 9034 cesáreas (38,5 %): de ellas fueron primitivas 6 470 (71,6 %) e iteradas 2 564 (28,3 %). Estos datos, llevados a promedio de cesárea/día/hora, revelan que se realizaron 1,03 cesáreas cada 60 min. ¹

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. ⁹

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 las complicaciones quirúrgicas trans y postoperatorias de la puérpera cesareada, 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 complicaciones quirúrgicas trans y postoperatorias de la puérpera cesareada, 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: complicación transoperatoria que cambia el curso de la cesárea, diagnóstico etiológico de la complicación quirúrgica, proceder quirúrgico realizado y tiempo desde iniciado los síntomas hasta el tratamiento definitivo.

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

Tabla 1. Complicación transoperatoria que cambia el curso de la cesárea

Complicación transoperatoria	FA	%
Rotura uterine	2	6,9
Sangramiento severo por atonía uterina	3	10,3
Placenta acreta	2	6,9
Placenta previa	3	10,3

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

La tabla anterior (tabla 1) muestra la complicación transoperatoria que cambió el curso de la cesárea y terminó en histerectomía, en ella se observa que predomina la causa hemorrágica severa por atonía uterina y la placenta previa (10,3%).

Tabla 2. Diagnóstico Etiológico de la complicación con implicación quirúrgica

Diagnóstico Etiológico		FA	%
Sepsis puerperal		10	34,5
Hemorragia Puerperal	Rotura uterine	2	6,9
	Acretismo placentario	2	6,9
	Atonía uterine	3	10,3
	Gran hematoma de la histerorrafia	1	3,4
	Placenta previa	3	10,3
	Hematoma y sangramiento de la herida quirúrgica	1	3,4
	Total	12	41,4
Vólvulo intestinal		2	6,9
Colicistopancreatitis		1	3,4
Preeclampsia grave sobre añadida		1	3,4
Anhidramnios u oligoamnios		2	6,9
Íleo paralítico reflejo por sepsis intraabdominal		2	6,9
Síndrome hemolítico urémico		1	3,4

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

Dentro del diagnóstico etiológico de la complicación con implicación quirúrgica (tabla 2) el más frecuente fue la hemorragia puerperal con 12 pacientes para un 41,4%, dentro de las causas hemorrágicas la placenta previa y la atonía uterina con 3 pacientes respectivamente para un 10,3%. Seguido por 10 con sepsis puerperal.

Entre los procedimientos quirúrgicos realizados (tabla 3) el que más fue aplicado fue la histerectomía total en 16 pacientes para el 55,2%, seguido del lavado peritoneal en 7 pacientes para un 24,1% y la ligadura de arterias hipogástricas en un 20,7%.

Tabla 3. Proceder quirúrgico realizado

Proceder quirúrgico	FA	%
Doble anexectomía	2	6,9
Lavado peritoneal	7	24,1
Hemicolectomía derecha e ileotransversostomía con colostomía descompresiva	1	3,4
Histerectomía total	16	55,2
Colostomía descompresiva	1	3,4

Drenaje de hematoma	1	3,4
Ligadura de arterias hipogástricas	6	20,7
Retiro de compresas (desempaquetamiento)	1	3,4

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

La tabla que se muestra a continuación (tabla 4) evidencia el tiempo desde iniciados los síntomas hasta establecer tratamiento definitivo, al 44,8% se le realizó el diagnóstico durante la realización de la cesárea y a 9 pacientes para un 31%, fue menor de 12 horas.

Tabla 4. Tiempo desde iniciados los síntomas y signos hasta establecer tratamiento definitivo

Tiempo	FA	%
Transoperatorio	13	44,8
Menor de 12 horas	9	31
12 – 24 horas	1	3,6
Más de 24 horas	6	20,7
Total	29	100

Fuente: Planilla recopiladora de datos.

DISCUSIÓN

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 puerpera, al actuar y modificar los factores de riesgo de la gestante a través del control prenatal.

Puma ¹⁰ reporta un 14,9% de atonía uterina, desgarro uterino en un 7,5%, hemorragia y sepsis puerperal en un 6% respectivamente. Hace referencia a las complicaciones más frecuentes relacionadas a la cesárea, que varían según las distintas series y circunstancias. Dentro de las principales la infección de herida operatoria (0,7 a 7,5%), la transfusión de sangre (5,3%), la hemorragia puerperal (3,1%), la endometritis (1,6%

a 8,3%), desgarro de histerorrafia, lesión urinaria e intestinal. En el presente estudio la atonía uterina fue menor (10,3%).

Como complicación puerperal Hernández ² menciona que las complicaciones puerperales que más se presentaron en las pacientes cesareadas fueron el sangramiento posparto y la endometritis con 13 y 11 casos para un 10,2 % y un 8,7 %, respectivamente. Resultado similar se obtuvo en esta investigación respecto al sangramiento posparto.

Ortiz ⁵ recoge como complicaciones de la cesárea el requerimiento de transfusión (2,11%), la hemorragia (1,33%) y el hematoma (0,56%) que fueron las más frecuentes además de la dehiscencia de sutura (0,44%), infección de sitio operatorio (0,33%) y hematoma/seroma (0,33%). QQQ3 Donde aquí también predominan las complicaciones hemorrágicas sobre las sépticas, similar al estudio realizado.

Ortiz ⁵ hace referencia a una investigación realizada en Reino Unido en 2008 con 627 mujeres que se sometieron a cesárea, se encontró que presentaron 4,6 veces más probabilidades de tener complicaciones intra-operatorias compuestas (IC 95% 2,7-7,9, p <0,001); 3,1 veces más probabilidades de tener pérdida de sangre mayor de 1,000 ml (IC 95% 1,3-7,4, P = 0,01) y 2,9 veces más probabilidades de recibir una transfusión de sangre (IC 95% 1,5-5,6; P <0,001). QQQ3

Las mujeres sometidas a cesárea en periodo expulsivo tienen 3,1 veces más probabilidades de sufrir la pérdida de sangre mayor de 1000 ml y tienen 2,9 veces más probabilidades de ser trasfundidas. ¹⁰

Puma ¹⁰ en su estudio realizado en un hospital de Lima, Perú refiere que las complicaciones más frecuentes relacionadas a la cesárea fueron la infección de herida operatoria (0,7 a 7,5%), la transfusión de sangre (5,3%), la hemorragia puerperal (3,1%).

¹⁰ Aquí los resultados son a la inversa de lo obtenido en este estudio.

Puma ¹⁰ también hace referencia a un estudio realizado en Washington en el que se evidenció que la cesárea se asoció con un riesgo significativamente mayor de reingresos en particular con morbilidad infecciosa, al reportar que 1,2% (3149) de las pacientes fueron re-hospitalizadas con RR: 1,8 (IC95: 1,6-1,9) por infección uterina y complicaciones de la herida quirúrgica obstétrica. Se encontró también que 0,22% requirieron UCI al reingreso y 1,56% requirieron reintervención, donde el drenaje de hematoma fue el principal tipo de intervención (0,6%) seguido de histerectomía (0,3%). ⁸

Resultados diferentes y superiores a los de esta investigación evidencia García ¹¹, que obtuvo en su estudio que la mayoría fue por atonía uterina (62%), seguido por desgarro cervical o vaginal (13,9%); *abruptio placentae*, rotura uterina, acretismo y retención de placenta (5,1% cada una), placenta previa 2,5% e inversión uterina (1,3%). Reportó 12

(15,2%) complicaciones, de las cuales 9 (11,4%) fueron injuria renal aguda, coagulación intravascular diseminada en 2 (2,5%) y muerte de una paciente (1,3%).¹¹

Suárez¹² también obtuvo en su estudio resultados superiores a los de esta investigación, y encontró que la principal causa de sangramiento en las 46 pacientes estudiadas, fue la atonía uterina (45,7 %), seguida de otras causas como la rotura uterina (15,2 %) y el acretismo placentario (13 %). La sepsis puerperal en un 6,5%.

La hemorragia obstétrica es la primera causa de muerte materna en el mundo. La incidencia varía entre los países, pero globalmente responde al 25 % de las muertes. Aún en los países desarrollados la hemorragia está entre las tres primeras causas de muerte.¹²

Sierra¹³ en un estudio realizado también encontró que predominaron las complicaciones hemorrágicas en la puérpera, tales como la placenta acreta en un 30,8%, la atonía uterina y el hematoma de la cúpula vaginal en un 15,4% respectivamente, similares a los resultados de este estudio.¹³

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. La atonía uterina es la causa más frecuente, y la literatura recoge un 80-90 % de dichas hemorragias. Los desgarros/laceraciones suponen la segunda causa más frecuente de hemorragia postparto, después de la atonía uterina. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2 500 partos), aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. La placenta acreta es una de las emergencias obstétricas más temidas en la práctica diaria, por la alta morbilidad materno fetal que ocasiona.¹³

Pérez¹⁴ obtuvo también en su estudio que las principales causas relacionadas con la hemorragia posparto fueron: la atonía uterina (44,5 %), seguida por los restos ovulares (20,9 %) y las alteraciones de inserción placentarias (14,8 %). Y en aquellas puérperas a las cuales se realizó la cesárea primitiva o iterada predominó la atonía uterina (64 % y 50 %) respectivamente (chi-cuadrado de Pearson. $p = 0,000$ ($p < 0,05$)).

La histerectomía obstétrica se realizó a seis puérperas lo que representó 5,9 %. En dos puérperas fue necesario, además de realizar histerectomía, practicar la ligadura de arterias hipogástricas (1,9 %).¹⁴ Menor a lo encontrado en este estudio.

Puma¹⁰ hace referencia a la tasa global de infecciones relacionadas a la cesárea de un 3,6%.

En un estudio realizado en Brasil sobre infección de la herida quirúrgica en pacientes cesareadas, observaron que en la mayoría de los casos no se realizó una clasificación adecuada de la intervención según el riesgo quirúrgico. Así, muchas intervenciones que

debieron clasificarse como contaminadas quedaron clasificadas como limpias-contaminadas, por lo que contribuyó a incrementar el índice de infección, pues en estas pacientes no se empleó la profilaxis adecuada. ²

Otega ¹⁵ plantea que las complicaciones asociadas al nacimiento, consideradas como factores de riesgo para sepsis materna son: desgarros perineales mayores de segundo grado, desgarro de ángulo de histerorrafia, dificultad para la extracción fetal, lesión vesical o ureteral, perforación intestinal o necesidad de revisión manual de cavidad uterina (OR = 1,69; 95% IC 1,09-2,63).

Geney ¹⁶ refiere la infección puerperal OR (95% CI) 174,09 (157,40-192,54); la hemorragia postparto OR (95% CI) 3,70 (3,12-10,38); la histerectomía periparto OR (95% CI) 56,47 (40,88-78,0).

Garcia ¹⁷ plantea que la cesárea es el factor de riesgo más importante para la infección posparto, corresponde a 1.1 a 25% en comparación con el parto eutócico que sólo tiene un riesgo de 0.2 a 5.5%.

La frecuencia de endometritis después del nacimiento vaginal (5%, 0% -24%) es inferior a las que se someten por cesárea no electiva (28,6%, 3% -61%). La pielonefritis representa el 3% y el 4% de todos las admisiones preparto y constituye la mayor proporción de los raros casos obstétricos generales complicado con choque séptico y sepsis grave en Estados Unidos. La mayoría de estas infecciones son el resultado de daño a los tejidos durante el parto y los cambios fisiológicos que ocurren normalmente durante el embarazo. ¹⁸

Organismos incitadores son por lo general de la flora polimicrobiana del tracto genitourinario. El embarazo predispone a las mujeres a cuatro complicaciones infecciosas específicas: pielonefritis; corioamnionitis (a menudo después de un parto por cesárea). ¹⁸

Las infecciones en el campo de obstetricia y ginecología suelen ser complejas, pero una metodología sistemática inicial, basada en elementos simples, correlacionada con los antecedentes y características clínicas de la paciente, factores epidemiológicos, etc., puede ser suficiente para establecer un diagnostico que posibilite una terapia coherente y eficaz. ¹⁸

La sepsis obstétrica es, principalmente, el resultado de infecciones pélvicas debidas a corioamnionitis, endometritis, infecciones de la herida quirúrgica, aborto séptico o infección del tracto urinario. 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. ¹⁹

En Bogotá, en el año 2012 fallecieron 5 gestantes por sepsis (12,1 % del total de la mortalidad) y en el año 2013 fallecieron 3 mujeres por sepsis obstétrica (14,2 %). ¹⁹

El temprano reconocimiento y el tratamiento enérgico precoz son indispensables para reducir la morbilidad y mortalidad materna y fetal en las mujeres con sospecha de sepsis. Por esta razón se debe iniciar la reanimación idealmente, antes de completar las seis primeras horas posteriores al diagnóstico. ¹⁹

Si en Cuba a través del Programa de Atención Materno Infantil en la Atención Primaria de Salud, se realiza promoción y prevención de salud, se modifican factores de riesgo que sean modificables para minimizar los riesgos que la gestante pueda tener en el momento del parto, que sea conocido por todo profesional quirúrgico las normas de asepsia y antisepsia a cumplimentar ante cualquier proceder, para evitar las complicaciones infecciosas. Surge una interrogante ¿Qué factores harán incidencia en la puerpera que hacen posible este alto índice de sepsis puerperal?

Puma ¹⁰ hace referencia que la frecuencia de la histerectomía en la cesárea en expulsivo por otros autores fue de 2%, no hubo lesiones vesicales ni intestinales, ni necesidad de histerectomía.

Coppola ⁸ al comparar las complicaciones que pueden aparecer respecto a la cesárea comparado con el parto, 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). ⁸

En el caso de la atonía uterina se realiza la revisión de la cavidad uterina principalmente en el parto vaginal, pues en el caso de la operación cesárea el cirujano tiene la posibilidad de ver toda la cavidad uterina antes de realizar la histerorrafia y cuando no se puede controlar la hemorragia con las otras medidas terapéuticas, se impone la realización de la extracción del útero. La histerectomía obstétrica de emergencia es una intervención quirúrgica poco frecuente pero que se asocia con una relativa elevada incidencia de morbilidad y mortalidad materna. ¹⁴

En la actualidad la placentación anormal (placenta previa acreta) es la principal indicación para realizar una histerectomía obstétrica. Esto se atribuye por la mayor frecuencia de partos por cesárea. Sin embargo, en años anteriores las indicaciones más frecuentes eran la atonía uterina y la rotura uterina. ¹⁴

En este estudio fue mayor como proceder quirúrgico la histerectomía respecto a los estudios de diferentes autores antes mencionados.

La histerectomía obstétrica es un procedimiento quirúrgico apremiante del obstetra, empleado en última línea o recurso final cuando se encuentra en peligro de muerte la paciente. Lamentablemente lleva consigo la extirpación de uno de los órganos más preciados de las mujeres, muchas de ellas se consideran mutiladas. Con ello pierden definitivamente la posibilidad de la reproducción, y además no está ajena a otras complicaciones médico quirúrgicas.²⁰

La ligadura de las arterias hipogástricas es una medida para cohibir el sangramiento uterino de difícil control, la realización de la misma explica por sí sola la magnitud del sangrado. Es indicación profiláctica de la atonía uterina y del acretismo placentario.²⁰

Burgos⁴ hace alusión al uso de balones intraarteriales iliacos, previos a la realización de la cesárea, con buenos resultados. Suprime el flujo arterial uterino durante la cesárea-histerectomía, y minimiza el sangrado intraoperatorio, además de la eventual embolización, si la hemorragia persiste.

Las complicaciones se presentaron con más frecuencia en aquellas, que ocurrieron en el transoperatorio y que tuvieron menos de 12 horas de evolución hasta el tratamiento definitivo, lo que está en relación con la elevada morbilidad de los principales sangramientos postparto, presentados en las pacientes de este estudio, tal y como lo refieren otros estudios^{11-14,17}

Que el tiempo desde iniciados los síntomas y signos hasta establecer tratamiento definitivo fuese durante el transoperatorio de la cesárea y menor de 12 horas, significa también el diagnóstico precoz, con una alta percepción del riesgo ante esa eventualidad y la rápida actuación por parte del servicio de ginecoobstetricia ante estas complicaciones.

CONCLUSIONES

- ✓ Como complicación transoperatoria que cambia el curso de la cesárea en histerectomía predominó el sangramiento severo por atonía uterina y placenta previa.
- ✓ De forma general predominaron las complicaciones hemorrágicas y la sepsis puerperal.
- ✓ Prevalece como proceder quirúrgico realizado, la histerectomía total, el lavado peritoneal y la ligadura de arterias hipogástricas.
- ✓ El diagnóstico y el tratamiento de estas complicaciones se realizó en un tiempo breve.
- ✓ El servicio de ginecoobstetricia tiene una alta percepción del riesgo de complicaciones hemorrágicas en la cesárea y realizó un diagnóstico precoz de estas complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez Cabrera J. Cesárea: Análisis crítico y recomendaciones para disminuir su morbilidad. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
2. 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
3. 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>
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. 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
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. 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>
8. 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>

9. 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>
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. García Velásquez V, Rodas Acostab D, González Agudeloc M, Ardila Castellanos R. Ácido láctico como marcador pronóstico en hemorragia obstétrica posparto. Medicina Intensiva [Internet]. 2014 [citado 10 May 2020]; 38(8):523-6. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S0210569113002520?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0210569113002520%3Fshowall%3Dtrue&referrer=>
12. Suárez González JA, Santana Beltrán Y, Gutiérrez Machado M, Benavides Casal ME, Pérez Pérez de Prado N. Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2016 [citado 10 May 2020]; 42(4): 464-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400008
13. Sierra Alfonso VM. Complicaciones en las puérperas 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>
14. Pérez Buchillón R, Reyes Ramírez WJ, Ruiz Pérez YI, Carmenate Martínez LR, Díaz Díaz G, LLambias Peláez A. Hemorragia posparto temprana en puérperas atendidas en el Hospital General Provincial Docente de Ciego de Ávila. MediCiego [Internet]. 2017 [citado 10 May 2020];23(4). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/797/1172>
15. 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>
16. Geney Montes MC, Poveda Rojas DC, Lara Palacios AA, Useche Beltrán CA. Capacidad predictora del score de sepsis obstétrico (SOS) en pacientes con sepsis durante el embarazo y el puerperio [Tesis para optar por el grado de Doctor en

Ciencias]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2016. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12864>

17. García Lavandeira S, Álvarez Silvaes E, Rubio Cid P, Borrajo Hernández E. Hemorragia posparto secundaria o tardía. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2017 [citado 10 May 2020]; 85(4):254-66. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n4/0300-9041-gom-85-04-00007.pdf>
18. Rodríguez Chávez JL, Madrigal Rodríguez VM, Bañuelos Franco A, Sandoval Martínez RG, Granados Hernández RA, et al. Sepsis en medicina materno fetal. Rev Sal Jal [Internet]. 2016 [citado 10 May 2020]; 3(3): 172-81. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2016/sj163h.pdf>
19. 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
20. Sierra Alfonso VM. Caracterización de puérperas, a las que se les realizaron laparotomías de urgencia. Rev Electron Zoilo [Internet]. 2014 [citado 10 May 2020]; 39(11): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/135/236>