

Caracterización de puérperas cesareadas con complicaciones quirúrgicas Characterization of cesarean postpartum women with surgical complications

Dr. Víctor Manuel Sierra Alfonso  

Especialista de I grado en Medicina y en Cirugía General. Auxiliar. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Aleida Fernández Chardiet". Facultad de Ciencias Médicas de Mayabeque. Güines.

Autor para correspondencia: Dr. Víctor Manuel Sierra Alfonso 

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 puérperas cesareadas, que durante el transoperatorio o en el puerperio requieren algún proceder quirúrgico de urgencia. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, en los hospitales "Aleida Fernández Chardiet" y "Piti Fajardo", provincia Mayabeque, de enero del 2012 hasta diciembre del 2016. La muestra estuvo constituida por 29 puérperas. Las variables utilizadas fueron: edad, causas de la cesárea, causas de sufrimiento fetal en la cesárea y de distocia. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, los datos se presentaron en tablas y gráficos. **Resultados:** Predominaron las puérperas cesareadas con complicaciones quirúrgicas en edades de 15-20 años para un 31 %. Preponderó la cesárea por sufrimiento fetal en el 69 %. Prevalcieron como causas de sufrimiento fetal en la cesárea, las maternas, por disminución del intercambio feto-materno, en la cual sobresalen la preeclampsia y el estado de excesiva ansiedad, con un 34.5 %. Las causas de distocia, de mayor incidencia fueron el trabajo prolongado o detenido del parto y la desproporción céfalo-pélvica en un 10.3 %. Predominó la complicación en el puerperio inmediato, en el 55.2 %. **Conclusiones:** Requiere un seguimiento diferenciado las gestantes adolescentes, con antecedentes de preeclampsia, excesiva ansiedad o temor; una cesárea anterior, 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.

ABSTRACT

Introduction: Caesarean section is a known risk factor for maternal morbidity, taking into account the aggression to the maternal organism, due to external causes. **Objective:** To characterize cesarean puerperal women, who during the intraoperative period or in the puerperium require some emergency surgical procedure. **Methods:** An observational, descriptive, longitudinal and retrospective study was carried out at the "Aleida Fernández Chardiet" and "Piti Fajardo" hospitals, Mayabeque province, from January 2012 to December 2016. The sample consisted of 29 postpartum women. The variables used were: age, causes of cesarean section, causes of fetal distress in cesarean section and dystocia. Descriptive and inferential statistics were used, the data were presented in tables and graphs. **Results:** There was a predominance of cesarean postpartum women with surgical complications at ages 15-20 years for 31 %. Caesarean section due to fetal distress predominated in 69%. The maternal causes of fetal suffering in cesarean section prevailed, due to a decrease in the fetus-maternal exchange, in which preeclampsia and the state of excessive anxiety stand out, with 34.5 %. The causes of dystocia with the highest incidence were prolonged or stopped labor and cephalopelvic disproportion in 10.3 %. Complications predominated in the immediate postpartum period, in 55.2 %. **Conclusions:** Adolescent pregnant women with a history of preeclampsia, excessive anxiety or fear, a previous cesarean section, prolonged or delayed labor, or cephalopelvic disproportion require differentiated follow-up due to the possibility of complications during the cesarean section or in the immediate postpartum period.

Recibido: 06/09/2022 | Aprobado: 15/03/2023 | Publicado: 24/04/2023

Palabras clave: cesárea complicada, tipos de cesárea, puerperio

Descriptor: cesárea; segunda cirugía cesárea/ clasificación; periodo posparto

Key words: complicated cesarean section, types of cesarean section, puerperium

Descriptors: cesarean section; second-look surgery; cesarean section/clasificación; postpartum period

INTRODUCCIÓN

Los aportes científicos y tecnológicos que ocurren en el siglo XX, permiten la introducción de técnicas quirúrgicas, con asepsia y anestesia, confiables y con métodos sofisticados para la detección temprana del sufrimiento fetal agudo y crónico, esto es importante para el incremento de la cesárea que se observa en la década de los años 60, en todos los países del mundo.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda una tasa de cesáreas de 15 %, por encima de esta, no se ven mejorías en los resultados materno-neonatales. La distribución mundial de la tasa de cesáreas es desigual y oscila entre el déficit que es menos del 5 % y el exceso, por 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 con relación al número total de nacimientos del mismo periodo, aumenta en un 53 %, según el estudio⁽⁴⁾ del Centro Nacional de Estadísticas sobre la Salud. En el 2006, la cesárea se convierte en la operación quirúrgica más frecuente, practicada en los hospitales estadounidenses.

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 en mujeres que tienen varias cesáreas, investigadores^(5,6) del Instituto Nacional de Salud, encuentran que cerca de un tercio de las primíparas tienen a su hijo por este método.

Este aumento en las cesáreas no es explicable por la realización de partos de alto riesgo, en instituciones especiales, Cuba, Chile y Argentina tienen un elevado índice de partos hospitalarios que superan el 95 %. Se considera 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 de la 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⁽⁸⁾ 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.

En Colombia, la hemorragia posparto 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 un estudio⁽⁹⁾ entre 2006 y 2011, es la primera causa de muerte en pacientes obstétricas admitidas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Es la hemorragia obstétrica, la complicación más frecuente, esta coincide con las principales causas de morbilidad materna que ocurren a nivel de país, son las pérdidas masivas de sangre, seguidas por la enfermedad tromboembólica y la sepsis, en este orden de aparición, estas son las principales causas de histerectomía puerperal.⁽⁹⁾ La frecuencia de hemorragia asociada a la cesárea electiva es menor con respecto a la cesárea de urgencia y el parto.⁽¹⁰⁾

El Dr. Eusebio Hernández, general de la guerra de 1868, es el primer médico cubano que realiza la operación de la cesárea. El 12 de agosto de 1890, a las 4:30 h, le practica 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 practica en febrero de 1901, realizada por el Dr. Enrique Fortún, en el hospital número uno de La Habana, en la actualidad, Hospital Docente Clínico Quirúrgico "General Calixto García".⁽¹⁾

Explicar el incremento de cesáreas no es un

asunto sencillo. Las investigaciones⁽⁵⁾ han encontrado 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.

En años recientes, se ha generado preocupación, porque la operación se realiza por otras razones diferentes a la necesidad médica, por ejemplo: a los críticos les preocupa que las cesáreas se realicen porque en cuanto a la economía, dan más utilidad al 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 de forma considerable.⁽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, esta puede variar desde 0.96 hasta 7.04 por 1000 mujeres de edad entre 15 y 49 años. Las tasas de mortalidad estimadas oscilan desde 0.01 hasta 28.46 por 100 000 mujeres de entre 15 y 49 años.^(6,11)

Son múltiples los factores que favorecen el desarrollo de sepsis graves, en los casos de muerte materna, se 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, como por ejemplo: amniocentesis, cerclaje cervical; rotura prolongada de membranas, más de cinco tactos vaginales durante la segunda fase del parto; desgarros del canal, hemorragia posparto; retención de restos placentarios, inmunodepresión; anemia, leucorrea; historia de infección pélvica y 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, es de 43.8 y en el 2019 de 37.4 por cada 100 000 nacidos vivos, aunque disminuye, aún es alta. Por provincias las más afectadas son: La Habana, Camagüey y Santiago de Cuba, con siete defunciones cada una. La mayor afectación con una tasa de 101.3 por cada 100 000 nacidos vivos, se encuentra en la provincia de Camagüey. Mayabeque no reporta muerte materna.⁽¹³⁾

En la provincia Mayabeque, hay un alto índice

de cesáreas, este proceder quirúrgico ha estado asociado a una serie de complicaciones y en la solubilidad quirúrgica con frecuencia participa un cirujano, se decide realizar este estudio para caracterizar las púerperas cesareadas, que durante el transoperatorio o en el puerperio requieren algún proceder quirúrgico de urgencia.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, con el propósito de caracterizar el motivo de las cesáreas en las púerperas que presentaron cesárea complicada y durante el transoperatorio o el puerperio requirieron de algún proceder quirúrgico de urgencia, atendidas en el Hospital General Docente "Aleida Fernández Chardiet" y el Hospital Docente Materno Infantil Comandante "Piti Fajardo", en el periodo de enero del 2012 hasta diciembre del 2016.

El universo de estudio estuvo constituido por las 36 púerperas que hubo que realizarle cesárea complicada, en el periodo estudiado. Se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico, intencional, por criterios una muestra de 29 púerperas que se ajustaron a los criterios de selección.

Criterios de inclusión.

Púerperas entre los días primero y 42 después del parto, mayores de 15 años de edad; que ingresaron en los hospitales y periodos referidos; que se les cesárea y durante el transoperatorio o en el puerperio requirieron algún otro proceder quirúrgico de urgencia.

Criterios de exclusión:

Púerperas que fueron excluidas sus historias clínicas por no aportar todos los datos necesarios para la para la investigación.

Las variables utilizadas fueron:

-Edad:15-20, 21-25, 26-30, 31-35, 36-40.Causas de la cesárea. Distócica, sufrimiento fetal, presentación pelviana, cesárea anterior.

-Causas de sufrimiento fetal en la cesárea. Causa materna, causas placentarias, causas umbilicales y causas fetales.

-Causas de la distocia. Trabajo de parto prolongado o detenido, actividad uterina insuficiente, desproporción céfalo pélvica, mala actitud fetal.

Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial, se utilizaron estadígrafos descriptivos, como: la distribución de la frecuencia absoluta, 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 rea-

lización de la investigación, mantener el anonimato cualquier dato de la historia clínica del paciente y no plasmar en el estudio datos de identidad personal, como nombre, iniciales, dirección ni los números que se hayan asignado a sus historias clínicas.

RESULTADOS

El grupo de edades de las puérperas cesareadas con complicaciones quirúrgicas que predominó, fue el de 15-20 años para un 31 %, entre los 26 y 40 años de edad por quinquenios tuvieron la misma presentación.

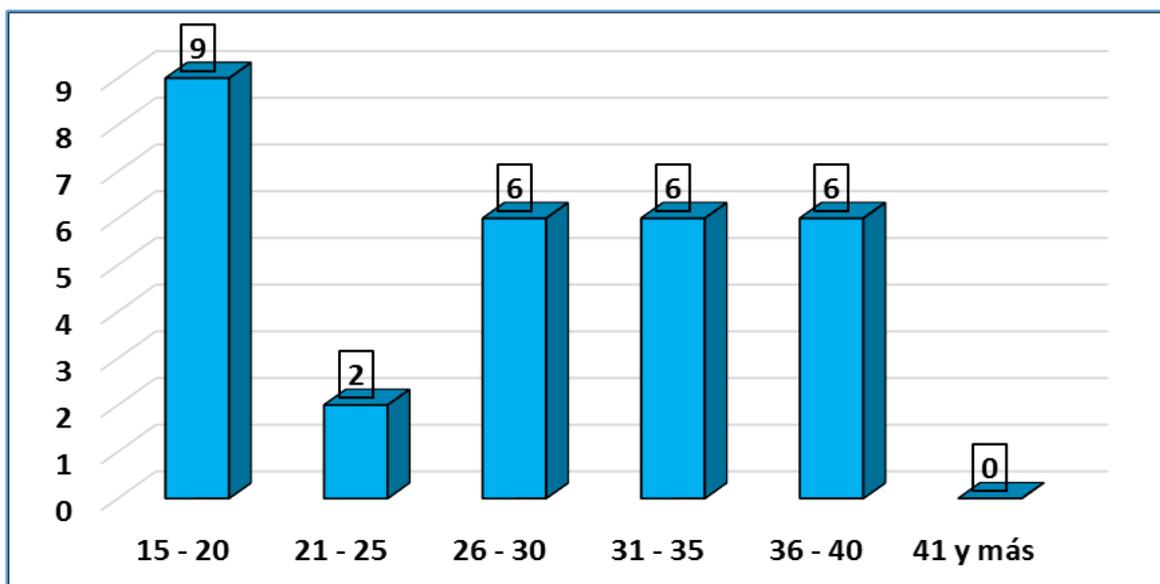


Gráfico 1. Distribución por grupo de edades

Las causas de cesáreas descritas que predominaron, fueron por sufrimiento fetal el 69 % y la distócica y la cesárea anterior con un 31 %, tabla 1.

Tabla 1. Causas de la cesárea

Causas de la cesáreas	FA	%
Distócica	9	31
Sufrimiento fetal	20	69
Presentación pelviana	2	6.9
Cesárea anterior	9	31

Prevalcieron como causas de sufrimiento fetal en la cesárea, las materna, por disminución del intercambio feto-materno, dentro de la cual la preeclampsia y el estado de excesiva ansiedad, predominaron para un 34.5 %, tabla 2.

Tabla 2. Causas de sufrimiento fetal en la cesárea

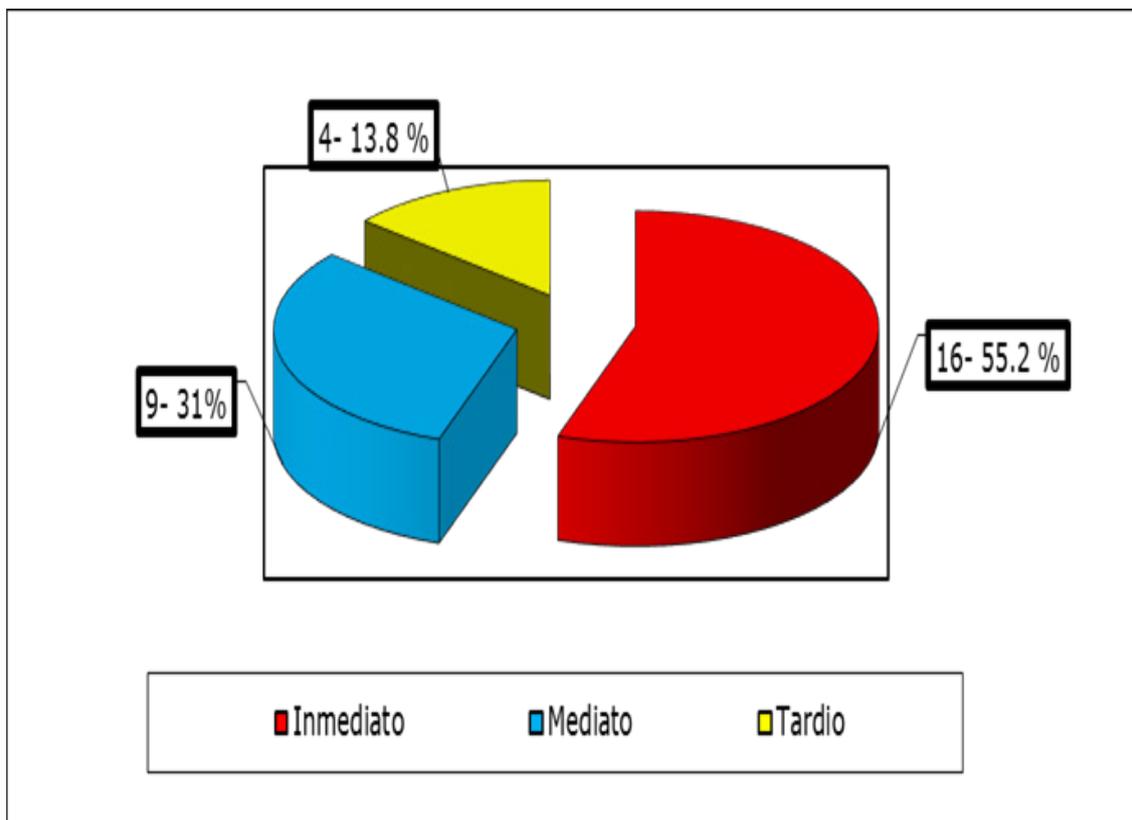
Sufrimiento fetal		FA	%	
Causa materna	Causas que disminuyen el intercambio feto-materno	Preeclampsia-eclampsia	10	34.5
		HTA crónica	5	5.3
		Hipotensión arterial aguda	2	6.9
		Estado de excesiva ansiedad o temor	10	34.5
	Causas que disminuyen la concentración de oxígeno	Shock	5	7.9
Causas placentarias	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

Entre las causas de la distócía, tuvieron una mayor incidencia: el trabajo prolongado o detenido del parto y la desproporción céfalo pélvica en un 10.3 %, tabla 3.

Tabla 3. Causas de distocia

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

Con relación al tipo de puerperio, donde se complicó la puérpera cesareada, predominó el puerperio inmediato, en el 55.2 %, en el puerperio mediano un 31 % y en el puerperio tardío 13.8 %, gráfico 1.



DISCUSIÓN

Un estudio realizado en un Hospital General de Perú encuentra que la edad de la mayoría de las puérperas es de 19 y 35 años de edad.⁽⁶⁾

Cuba, a pesar de disímiles problemas debido al bloqueo impuesto por los Estados Unidos, con el transcurso de los años, ha alcanzado 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. El médico y enfermera de la familia, en su accionar a diario realizan 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 lo referente al riesgo reproductivo en Cuba, 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⁾

El artículo⁽¹⁵⁾ "Comportamiento patológico del puerperio", refleja un predominio de puérperas con edades superiores a los 31 años, se evidencia que la posibilidad de tener la paciente uno o más factores de riesgo compliquen el puerperio. En el mismo se hace referencia a una investigación de 5 031 puérperas, donde el 59 % de ellas, tenían una edad superior a 20 años (media y mediana de 22 años), mientras que el 41 % son adolescentes, con edades entre 10 y 20 años. En este estudio se encuentra que el grupo de edades que prevalece es el comprendido entre 15-20 años resultado que no coincide con bibliografías consultadas.

Un estudio⁽⁵⁾ encuentra que el grupo de edad más frecuente fue entre 20 a 24 años y la mitad de la población estuvo entre los 22 a 33 años. Otros investigadores⁽¹⁶⁾ reportan un 50 % entre 22 y 28 años.

Las adolescentes son susceptibles a las complicaciones del puerperio, pues es frecuente en esta edad, 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. Al tener dispensarizadas las adolescentes y en especial las que presentan enfermedades asociadas, con adecuado control del riesgo preconcepcional, se evita el embarazo no deseado, la interrupción precoz en su desarrollo, lo que disminuye el riesgo para su salud y aumen-

ta su bienestar.⁽¹⁵⁾

La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad, son más probable de presentar parto obstruido y prolongado, preeclampsia, 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 cesárea. Múltiples causas han contribuido a que las tasas aumenten el doble en los últimos quince años. La indicación de cesárea, lleva aparejada un aumento del riesgo de infecciones 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, estos disturbios metabólicos respiratorios pueden tener su origen hasta en del 80 al 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 ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis, varias semanas antes del parto. La aparición de contracciones, asociadas con los factores señalados, son las causas principales del sufrimiento fetal.^(1,18)

En esta investigación los factores más encontrados son: 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 el 8 y 27 %, morbilidad de cinco a diez veces mayor, mortalidad de dos a cuatro veces mayor que en el parto normal. La distocia es el diagnóstico aproximado del 30 % de las indicaciones de la operación de la cesárea.⁽¹⁾

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, cuatro cm, inferior a un cm por hora y un descenso de la presentación que evoluciona de forma lenta.⁽¹⁾

En Cuba, el diagnóstico de cesárea anterior, como indicación de cesárea en un estudio⁽⁴⁾ realizado, aporta el 9 % del total de estas intervenciones. En 1916 Edwin Croning publica un artículo titulado *Conservation in obstetrics*, en la Eastern Medical Society of New York, donde informa "brillante resultado" y sugiere "cesárea una vez, cesárea siempre", que es seguido por numerosos obstetras de diferentes países.

En Cuba, se sigue este axioma, que se ha convertido, en una costumbre en la que participan las gestantes y los médicos. En la actualidad, en todas partes del mundo, incluido los EE. UU, existe oposición a este rígido proceder y se permite el parto transpelviano posterior a la cesárea anterior, previo al cumplimiento de condiciones estrictas.⁽⁴⁾

En el 4 % 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 la cesárea.⁽⁴⁾

Un autor⁽⁴⁾ hace referencia a la bibliografía que propone este proceder, donde señala a propósito de la cesárea planificada para el parto en pelviana a término que "disminuyen las muertes perinatales y neonatales, así como la morbilidad neonatal grave; pero a expensas de cierto aumento de la morbilidad materna". Los países en vías de desarrollo recomiendan la cesárea electiva, después que haya fracasado una versión cefálica externa.

Diferentes resultados a los encontrados en este estudio, revelan las investigaciones de otros autores. Con relación a la causa de la cesárea, una investigación, encuentra que la indicación más frecuente es el meconio anteparto con malas condiciones obstétricas en un 29.9 %. Otras causas frecuentes están en el estado fetal intranquilizante y la desproporción céfalo-pélvica 14.2 % de forma respectiva y la distocia del trabajo de parto en el 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 4 500 gramos 10.3 % y el oligohidramnios 9.2 %. En los Estados Unidos, el 47.1 % se debe a distocias del trabajo de parto, otro 27.1 % por sospecha de sufrimiento

fetal agudo y un 7.5 % por presentación pelviana.⁽⁸⁾

Otro autor⁽⁶⁾ reporta que el 3 % tienen ruptura prolongada de membranas, 77.6 % asumen entre 120 y 240 minutos de periodo expulsivo, esto incluye la espera del turno operatorio y en el 29.9 % la desproporción céfalo pélvica.

En otra investigación⁽⁷⁾ se encuentra que la cesárea previa, es la más frecuente 20.36 %, seguida de preeclampsia-eclampsia 19.91 %; restricción de crecimiento intrauterino 11.57 %, desproporción materno-fetal en el 9.79 % y bienestar fetal no tranquilizador en un 9.45 %.

Autores⁽⁸⁾ hace referencia en su estudio sobre el perfil epidemiológico y el perinatal de pacientes con preeclampsia, realizado en el Hospital "Enrique Cabrera" de La Habana, donde se observa que el parto por cesárea prevalece en todos los grupos de esta. Tiene mayor relevancia en el grupo de las pacientes con esta anomalía agravada, en un 93.8 % frente a 56.7 % en la no agravada y 72.7 % en la sobreadañada.

Los mismos autores, describen que en España, encuentran que el riesgo de pérdida del bienestar fetal es la indicación más frecuente para la realización de la cesárea en 53.9 % de los partos iniciados de forma espontánea 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 el 20.4 % y 10.0 %, de manera respectiva. El fallo de inducción contribuye al 23.2 % de los casos operados.⁽⁸⁾

Se evidencia que 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, pueden 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⁾

A criterio del autor, cada país o región tiene sus principales causas de cesárea, que difieren de uno a otro, donde son múltiples los factores que pueden incidir en la toma de decisión en realizar la misma. Influenciado además por la forma en que se realice la cesárea, ya sea de urgencia o planificada. En este caso Cuba a través del Programa de Atención Materno Infantil

tiene pautado sus indicaciones y en qué momento realizarla.

Con relación al tipo de puerperio donde se complica la púerpera cesareada, se corresponde con la bibliografía consultada que expresa ser más frecuente en el puerperio inmediato.^(19,20)

Que sea el puerperio inmediato, está justificado por una serie de complicaciones que pueden sucederle a la púerpera 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.⁽²⁰⁾

En Cuba, el parto está reglado que sea en un hospital ginecoobstétrico y por consiguiente muchas complicaciones de índole quirúrgico son tratadas en dicha institución, por la emergencia que constituyen; sin ser derivadas a un hospital quirúrgico general. Solo es partícipe el cirujano, cuando la complejidad del proceder que haya que realizarle a la púerpera requiere de este, junto al ginecobstetra o son complicaciones de índole quirúrgico posteriores a este periodo o cuando aparecen de forma secundaria a dicha emergencia y para ese entonces están en la UCI, donde para su evaluación y control está la presencia de un cirujano, en el grupo multidisciplinario que atiende a la púerpera.

Se concluye que requiere un seguimiento diferenciado las gestantes adolescentes, que tengan antecedentes de preeclampsia, estado de excesiva ansiedad o temor; una cesárea anterior, trabajo de parto prolongado o retenido, o desproporción céfalopélvica; por posibilidad de presentar complicaciones en el curso de la cesárea o en el puerperio inmediato.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vázquez Cabrera J. Cesárea: Análisis crítico y recomendaciones para disminuir su morbilidad [Internet]. La Habana: Ciencias Médicas; 2010 [citado 10 Feb 2021]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/cesarea-analisis-critico-y-recomendaciones-para-disminuir-su-morbilidad/>
2. Oyarzun Ebensperger E. Operación cesárea.

Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado 10 Feb 2021];84(3):167-8. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v84n3/0717-7526-rchog-84-03-0167.pdf>

3. Alarcón Peralta ME, González Mendoza AI. Complicaciones obstétricas que ocurren en pacientes cesareadas una vez, luego de parto vaginal vs cesárea en un hospital nacional de la ciudad de Huancayo [Tesis]. Huancayo; Perú: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2020 [citado 10 Feb 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/5810>

4. Muñoz Aguirre LN. Sepsis puerperal tardía por dehiscencia uterina [Tesis]. Babahoyo-Los ríos; Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo; 2020 [citado 10 Feb 2021]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8400/E-UTB-FCS-OBST-000238.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

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]. Paraguay: Universidad Nacional de Caaguazú; 2018 [citado 10 Feb 2021]. Disponible en: <https://pesquisa.bv-salud.org/portal/resource/pt/biblio-1021633>

6. Viera Peña JVCM. Perfil clínico-epidemiológico de cesáreas realizadas en el hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018 [Tesis]. Piura; Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020 [citado 10 Feb 2021]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6032/1/REP_MEHU_JOSE.VIERA_PERFIL.CL%c3%8dNICO.EPIDEMIOL%c3%93GICO.CES%c3%81REAS.REALIZADAS.HOSPITAL.AMISTAD.PER%c3%9a.COREA.PIURA.pdf

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 Feb 2021];84(6):435-48. 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 Feb 2021];43(3): 66-79. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pi-

[d=S0138-600X2017000300007](https://doi.org/10.1016/j.rme.2023.100007)

9. Ortega Pérez RJ. Utilidad del nivel de fibrinógeno sérico como predictor de hemorragia postparto: resultante materno [Tesis]. Guayaquil; Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2020 [citado 10 Feb 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/61526/1/CD%20220-%20ORTEGA%20PEREZ%2c%20RICKY%20JHAN.pdf>

10. Izaguirre Virhuez DM. Factores de riesgo asociados a histerectomía obstétrica en mujeres con hemorragia postparto: Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2014-2018 [Tesis]. Lima; Perú: Universidad Nacional Mayor de San Carlos; 2020 [citado 10 Feb 2021]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/14104/Izaguirre_vd.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Alcaldía Mayor de Bogotá. Guía de sepsis en obstetricia [Internet]. Bogotá: Humana; 2020 [citado 10 Feb 2021]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Sepsis_baja.pdf

12. López Ramírez Y, Molina Mesa B, Jorge Correa Z, Acosta Escanaverino I, Rodríguez Hurtado D, Pérez López A. Caracterización clínico-quirúrgica y microbiológica de las púerperas cesareadas con infección de la herida quirúrgica. Scalpelo [Internet]. 2020 [citado 30 Ago 2023];1(2): 15-24. Disponible en: <https://rescalpelo.sld.cu/index.php/scalpelo/article/view/25>

13. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Salud 2022 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2023 [citado 30 Ago 2023]. Disponible en: <https://especialidades.sld.cu/higienepidemiologia/2023/10/06/disponible-la-version-51-del-anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/>

14. Garrido Riquenes C. Capítulo 69 Riesgo reproductivo [Internet]. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD. Medicina general integral: Salud y medicina. 3ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014 [citado 30 Ago 2023]. T-2. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-volumen-ii-salud-y-medicina-tercera-edicion/>

15. Sanabria Fromherz ZE, Fernández Arenas C. Comportamiento patológico del puerperio.

Rev Cub Obstet Ginecol [Internet]. 2011 [citado 10 Feb 2021]; 37(3): 330-40. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300005

16. Naula Espinoza LI, Quiñonez León CJ, Solano Calle BD, Méndez Reyes JG, Oviedo Llanes YE, Carpio Jaramillo DA, et al. Complicaciones del puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-2013. Revista Latinoamericana de Hipertensión [Internet]. 2019 [citado 10 Agosto 2023]; 14(2): 205-17. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1702/170263775016/170263775016.pdf>

17. Encinosa Moreno G, González Gómez D, Díaz Frómata E. Puerperio complicado, un reto clínico. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias [Internet]. 2014 [citado 10 Feb 2021]; 13(3):302-17. Disponible en: <https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/35/93>

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 Feb 2021]; 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 [Internet]. En: Soler Vaillant R, Mederos Curveño ON. Cirugía. La Habana, Ciencias Médicas; 2018. [citado 10 Feb 2021]. T2. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-ii-afecciones-quirurgicas-frecuentes/>

20. Vargas Chaves S, Duarte Jeremías M. Hemorragia postparto. Rev Méd Sinerg [Internet]. 2020 [citado 8 Jun 2023];5(11): e603. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/603>

Conflicto de intereses.

El autor declara que no existen conflictos de intereses para la publicación del artículo.

Declaración de autoría.

El autor se responsabiliza con el texto que se publica.

Citar como: Sierra Alfonso VM. Caracterización de púerperas cesareadas con complicaciones quirúrgicas. Medimay [Internet]. 2023 Oct-Dic [citado: fecha de citado];30(4):461-9. Disponible en: <https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2020>



Este artículo se encuentra protegido con una [licencia de Creative Commons Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.