

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



COMPLICACIONES DE CESAREAS EN ADOLESCENTES DEL
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
VITARTE DURANTE EL PERIDODO 2013-2014

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

HAROLD MALLQUI SAMOHUALLPA

DIRECTOR DE LA TESIS: Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas

ASESOR DE LA TESIS: Dra. Daisy Sanchez Padilla

LIMA – PERÚ

2016

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a cada uno de los maestros, quienes con su experiencia, tiempo, dedicación y conocimientos enriquecieron mi formación.

De manera particular agradezco al personal de salud y los pacientes que con su participación me permitieron realizar el presente trabajo, el cual contribuirá a conocer cuáles son las diferencias que separan ambos protagonistas en el abordaje de esta enfermedad.

DEDICATORIA

A mi Madre, por que fuiste y eres mi guía en cada paso, tu perseverancia fue mi mejor ejemplo y tu amor ilimitado mi mayor aliento.

A mi esposa Verónica, por la paciencia pero por sobre todo por creer en mi hasta el día de hoy.

RESUMEN

Antecedentes: Se llevó a cabo un estudio cuantitativo retrospectivo descriptivo, en el servicio de ginecología y obstétrica del hospital vitarte, los datos del año 2013-2014 fueron obtenidos del departamento de estadística.

Objetivo: Determinar las complicaciones infecciosas y hemorrágicas de cesáreas en adolescentes del servicio de ginecología del Hospital Vitarte durante el periodo 2013-2014.

Materiales y métodos: Se revisó todas las historias clínicas del servicio de ginecología y obstetricia del hospital Vitarte, que registraron a pacientes operadas de cesarea durante su perperio en el año 2013-2014. La muestra fue tomada de estas historias clínicas, y se excluyeron las pacientes que no presentaron complicaciones y las historias incompletas. Para la recolección de los datos de las historias clínicas, se utilizó un formulario que fue llenado por el investigador; luego la información recolectada fue ingresada en el programa de Excel y analizada en el programa SPSS.

Resultados: En nuestro estudio durante los años 2013-2014 se realizó cesáreas a 193 adolescentes de los cuales presentaron en sus complicaciones 31 pacientes lo que implica un 16% del total. Se observó que la adolescencia tardía represento un 80.6 %, la mayoría reside en la zona urbana con 67.7% y predomina las adolescentes solteras con 58.1% y la mayoría solo tuvo de 0-4 controles prenatales con un 41.9 %. Dentro de nuestro estudio la complicaciones de cesáreas en adolescentes incluyen: infección del tracto urinario en el 58.1 %, hemorragias pos cesárea 22.6%,leve y moderada 9.7% y severa 3.2%, infección de herida quirúrgica 12.9%, endometritis y tromboflebitis en el 3.2 %.

Conclusiones: Las complicaciones infecciosas son las más frecuentes de las cuales la infección del tracto urinario es el principal, las adolescentes de edad tardía tuvieron cesáreas en su mayoría, la mayoría vino del área urbana así también la mayor parte de adolescentes son solteras y no hubo un buen control pre-natal entre las adolescentes.

ABSTRACT

Background: I was conducted a retrospective descriptive quantitative study, in the service of gynecology and obstetrics of vitarte hospital, the data for 2013-2014 were obtained from the Bureau of Statistics.

Objective: To determine the infectious and bleeding complications of Caesarean sections in adolescent gynecology service Vitarte Hospital during 2013-2014.

Materials and Methods: The medical records of all service gynecology and obstetrics hospital Vitarte , which registered patients operated of cesarean during perperio in 2013-2014 were reviewed. The sample was taken from these medical records, and patients without complications and stories incompletas. Para collecting data from medical records were excluded, a form that was filled by the researcher was used ; then the information collected was entered in the Excel program and analyzed in SPSS program.

Results: In our study during the years 2013-2014 was performed caesarean sections 193 adolescents of which complications occurred in 31 patients which means 16% of the total. It was noted that the late teens represent 80.6%, mostly living in the urban area and 67.7% predominantly unmarried adolescents with 58.1% and most had only 0-4 prenatal checkups with 41.9%. In our study, the complications of Caesarean sections in adolescents include: urinary tract infection in 58.1%, 22.6% bleeding after caesarean, mild , moderate and severe 9.7 % 3.2 % wound infection 12.9%, endometritis and thrombophlebitis at 3.2%.

Conclusions: Infectious complications are the most frequent of which urinary tract infection is the main, late-adolescent age had cesareans mostly came from the most urban area well most teens are unmarried and no a good pre-birth control among adolescents.

INTRODUCCION

La Cesárea es el procedimiento quirúrgico más común realizado en los Estados Unidos, y la primera indicación es la desproporción feto-pélvica. Las técnicas utilizadas durante este procedimiento a menudo varían de manera significativa entre los ginecólogos (1,2). En el mundo se estima que existe más de un billón de adolescentes y la actividad cada vez más temprana, con lo que la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años es cada vez mayor.

El parto obstruido es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como trabajo de parto en que la parte de presentación del feto no puede progresar en el canal del parto, a pesar de contracciones uterinas adecuadas (1).

La incidencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo de país estudiado. En estados unidos anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12.8 % de embarazos.

En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 105 por 1000 en El salvador, 123 por 1000 en Guatemala, 149.3 por 1000 en Nicaragua y 101.4 por 1000 en Venezuela, pudiendo llegar a cifras elevadas como del 45 % del total de embarazos en algunos países africanos.

El porcentaje de cesáreas en segunda en adolescentes está en aumento. La extracción de la cabeza fetal encajada por cesárea es una experiencia temida por las complicaciones que pueden producirse y la falta de difusión de las técnicas adecuadas para prevenirlas (4-9). Las complicaciones más frecuentes de la cesárea en general son la infección de herida, la necesidad de transfusión de sangre, la hemorragia, la endometriitis y las lesiones viscerales y fetales (2).

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20 a 60 % de los embarazos son no deseados y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente

problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y post gestacional.

Pues los partos institucionales, bajo la modalidad de cesárea se viene incrementando, de 16.9% en el año 2007 a 26.5% en el año 2013. Este aumento del porcentaje de la cesárea es mayor en las áreas urbanas del país, representando el 33.5% a diferencia de lo acontecido en las áreas rurales que sólo significa el 11.5%. Por ámbito geográfico, el parto vía cesárea es mayor en la costa con 36.2%, seguido de la sierra con 16.6% y, la selva con 14.4%. A nivel departamental, las cifras se elevan en los casos de Tumbes (44.6%), Lambayeque (38.2%), Lima (38%), Moquegua (36.4%), Arequipa (34.4%) y Tacna (33.8%). Como precisa la Organización Mundial de la Salud (OMS) no más del 10-15% de partos podrían requerir una cesárea; por tanto, el Perú excede el promedio.

Si se complementa esta información con la variable referida al grado de instrucción de la madre, veremos que el 43.3% de las mujeres que tenían educación superior recurrieron a la cesárea.

El embarazo de la adolescente sin apoyo ni atención especial presenta complicaciones en el embarazo que terminan en cesáreas las cuales tienen más complicaciones que de un parto vaginal. Es necesario destacar que la edad materna es un factor de clase social.

Además, las condiciones de la sociedad actual favorecen las prácticas sexuales prematuras en los adolescentes. Es muy frecuente que ni en el hogar, ni en el colegio se proporcionen al adolescente una adecuada formación que le permita asumir una actitud responsable frente a la sexualidad.

Ante todo esto, consideramos que resulta importante la investigación que es materia de esta tesis, para relevar la frecuencia de complicaciones en cesáreas que pueden presentarse en adolescentes, ya que se trata de una problemática no solo a nivel nacional sino mundial, que obliga a realizar un estudio en la ciudad de Lima.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	15
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	15
2.2 BASES LEGALES.....	21
2.3 BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS	21
Cesárea Definición	21
Técnica	22
Complicaciones de las cesáreas	24
Clasificación.....	24
Profilaxis antibiótica en la cesárea.....	36
Complicaciones hemorrágicas postparto:.....	36
Complicaciones tromboembólicas durante el embarazo puerperio:	43
Mortalidad materna postcesárea	48
Impacto de la cesárea en el futuro obstétrico-ginecológico	48
Procedimientos que podrían evitar algunas complicaciones	49
2.4 ADOLESCENCIA.....	49
2.5 Definición	52
Conceptos operacionales.....	52
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	53
3.1 HIPOTESIS.....	53
3.2 VARIABLES: INDICADORES	53
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	55
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	55
4.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	55
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	55
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS	55
4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	56
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	57
5.1 RESULTADOS	57

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	69
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	71
Conclusiones	71
Recomendaciones	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	76

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: GENERAL Y ESPECÍFICOS

Las adolescentes son el futuro y constituyen un porcentaje importante en nuestra población por ello los derechos de los adolescentes deben ser iguales al de los otros grupos etarios.

En esta etapa de la vida los adolescentes sufren cambios físicos, hormonales y emocionales donde van a ver una serie de contradicciones e incomprendiones para el descubrimiento de ellos mismos, que conducen a ellos a tener interés por la conductas de los adultos entre ella las relaciones sexuales.

La falta de información, la falta de educación en temas sexuales hace que los adolescentes se crean aptas para concebir, por ello se produce una maternidad precoz.

Más del 10 % de embarazos en el mundo se producen de embarazos en madres adolescentes. Cadadia 41095, cada hora 1712.

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social de alcance mundial, el aumento del número de embarazos condujo a nueva y más rápidas técnicas de extracción de feto como las cesáreas.

Las cesáreas se han hecho mucho más comunes en hospitales en Perú pero fundamentalmente en clínicas donde a veces ya no se respetan la indicaciones de cesárea y por ello mucha de ellas dejan complicaciones en sus pacientes.

En adolescentes debido a su aumento en el número de embarazos hace que sea mente el número de cesáreas y con ella de complicaciones tales como infecciones de herida operatoria y hemorragias post cesárea.

Por ello considero un riesgo el embarazo de las adolescentes debido a las complicaciones que nos trae por ello es importante realizar una política de salud educación sexual para reducir el embarazo de este grupo etario,

también es importante informar sobre la decisión de una elección del parto vaginal sobre la cesárea ya que la cesárea conduce a mayores complicaciones y que solo deben de realizarse cuando tengan una verdadera indicaciones y no como producto de intercambio económico y de preferencia del paciente.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones de cesáreas en adolescentes del servicio de ginecología del Hospital Vitarte durante el periodo 2013-2014?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El nacimiento de un nuevo ser por cesárea es cada vez más frecuente debido a factores Sociales, económicos y con ello aumentan el número de complicaciones por lo que es necesario realizar un estudio de estas en nuestro hospital para reconocer las complicaciones más frecuentes y realizar un plan de trabajo sobre ellas.

Con los resultados obtenidos con el presente trabajo tenemos la finalidad de difundir las complicaciones de las cesáreas y establecer la importancia de ellos y la gravedad del asunto siendo nuestra población blanco adolescentes y aún más las personas que trabajan en el área de salud, con lo que se busca la disminución de estas complicaciones reforzando un plan de trabajo sobre las principales complicaciones según la gravedad y el impacto que tengan en nuestra población.

La mujer como madre es el eje de la familia por ello este trabajo va ser para la comunidad y va ayudar a resolver un problema real que está en aumento en nuestro país. Este trabajo se puede generalizar a toda la población y la viabilidad no es problema debido a que los datos estadísticos y tanto las pacientes como el personal de salud desean que disminuye estas complicaciones debido al morbimortalidad que ocasionan.

Por lo tanto voy a trabajar la tesis y vamos a realizarse debe hacer charlas informativas a las pacientes cesareadas y trabajadores de la salud que estén en contacto con las pacientes para evitar futuras complicaciones y

otros temas que sean de ayuda para la población en horarios programados por el área de salud conformado por los médicos correspondientes. Otro medio de difusión sería el uso de un tríptico por el cual se puede hacer llegar y recalcar la información básica sobre el tema, sin necesidad de la presencia del individuo en una charla dictada. (5)

Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015 son las dos metas consideradas dentro del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. En muchas zonas rurales de América Latina, la falta de un médico al momento del parto es la causa de muerte más generalizada entre las madres.

Este problema se sobredimensiona si consideramos que en muchos centros de salud, además de no existir infraestructura médica adecuada, no se brindan servicios de calidad (como control prenatal, atención adecuada del parto y emergencias obstétricas). Estas son algunas de las causas de defunciones y daños a la salud que podrían evitarse gracias a atención médica de calidad.

La mortalidad materna en el Perú afecta sobre todo a las mujeres de los estratos sociales menos favorecidos. Por ejemplo, la proporción de partos atendidos por personal calificado es inferior entre las mujeres de las áreas rurales en comparación con las de las áreas urbanas. En el 2010, a nivel nacional, el 83,8% de los partos fueron asistidos por un profesional de la salud.

De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), se dieron un promedio de 93 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos en el período 2004/2010. Si bien la razón de mortalidad materna se redujo a comparación del periodo 1990/1996 (265 muertes por cada 100 mil nacidos vivos), se deben fomentar y fortalecer las políticas de salud sexual y reproductiva para cumplir con este ODM para cumplir con el 5 to objetivo del milenio.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El hospital de vitarte está ubicado en el distrito de ate vitarte – lima nuestro hospital tiene un área de 400 metros cuadrados cuenta con 4 servicios de emergencia y de hospitalización de medicina, cirugía, pediatría, y ginecoobstetricia, una sala de operaciones.

El servicio de gineco obstetricia cuenta con 40 camas de las cuales 10 camas son usadas exclusivamente para las cesáreas. Las paciente adolescentes que son atendidas provienen de los distritos de ate vitarte, Lurigancho y Santa Anita en promedio 1000 adolescentes. Trabajare con todas las adolescentes que acudieron al servicio de gineco obstetricia en el año 2103 -2014.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar las complicaciones infecciosas y hemorrágicas de cesáreas en adolescentes del servicio de ginecología del Hospital Vitarte durante el periodo 2013-2014.

Objetivos Específicos

- Estimar la frecuencia de las complicaciones de cesáreas en adolescentes del servicio de ginecología del Hospital Vitarte durante el periodo 2013-2014.
- Identificar las características sociodemográficas en adolescentes atendidas en el hospital vitarte en el periodo 2013-2014.
- Determinar las complicaciones infecciosas en adolescentes del servicio de ginecología del Hospital Vitarte durante el periodo 2013-2014.
- Determinar las complicaciones hemorrágicas en adolescentes del servicio de ginecología del Hospital Vitarte durante el periodo 2013-2014.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Pedro Abad "Cesárea en Adolescentes".(14) Se realizó un estudio en el Hospital Hipolito Unanue en el año 1999 para determinar la frecuencia de cesáreas en gestante y la morbilidad materna y perinatal relacionada. Estudio retrospectivo de casos y controles. 212 adolescentes fueron sometidas a cesáreas entre las complicaciones más frecuentes se encontró la fiebre 30 %, la infección de vía urinaria 20% infección de herida operatoria 19 % endometritis 15 %, hematoma de herida operatoria 6 %, otros 20 % %, en cuanto al número de parejas sexuales solo una 79.8 % solo tuvo 1 pareja. Se llegó a la conclusión que casi el 20 % de las adolescentes fueron gestantes y de ellas el 17.9 % termino su gestación por cesárea.

Slivia Dignani "Factores asociados a las complicaciones infecciosas del puerperio"(15).Se realizó un estudio en la universidad abierta interamericana como objetivo fue determinar las infecciones del puerperio y asociarla a patología previas maternas como aborto y si son primigestas. Es un estudio transversal incluyo a todas las puérperas adolescente en el año 2009. El instrumento de datos fueron la observación delas historias clínicas. Se estudiaron 798 paciente donde la prevalencia de infecciones fue de endometritis 68 %, infección de herida quirúrgica 6.5 % e infección urinaria en 6.5 % mastitis 6 % .Se concluyó que la infección más frecuente fue la endometritis y se observó en primigestas.

Dr. Sigfrido Valdez docal, Dr John Essien , Dra jessica Bardales mitac , Dra Daymi Saavedra Moredo y Dra Edith bardales." Embarazo en la adolescencia Incidencia, Riesgo y complicaciones"(16) Se realizó un estudio para analizar la incidencia, los riesgos, así como las complicaciones del embarazo y el parto en la adolescencia en el hospital municipal de Santa Cruz del sur. desde el 1ro. de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de ese año. Se tomó como grupo estudio a las 132 adolescentes que parieron en esta etapa. En cuanto a la ocupación de las pacientes, observamos que el mayor porcentaje (87,1 %) de las

adolescentes son amas de casa, estudiante el 11.3 % y trabajadoras el 1.5 %.Complicaciones maternas, las cuales fueron mucho más frecuentes en las adolescentes, para el 42,4 % del total en el grupo estudio, mientras que solo afectaron al 13,6 % de las pacientes del grupo control. Las complicaciones más frecuentes la hemorragia con 22.7 % , la endometritis 2.2 %, infección de herida quirúrgica con 0.7%.

Loli Figueroa, Alfonso A. "Estudio clínico de las cesáreas en adolescentes" (17).Se realiza el estudio clínico de 177 cesáreas en adolescentes realizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital "Dos de Mayo", Lima-Perú entre los años 1974-1987; con el objeto de determinar la incidencia y compararla con otros centros hospitalarios, las causas de la cesárea, establecer índices de morbimortalidad, y determinar las complicaciones derivadas de la operación. Para ello se estudiaron las historias clínicas de los 177 casos retrospectivamente. Se observó que las 177 cesáreas constituyen el 3.07 por ciento del total de partos en adolescentes más del 56 por ciento fueron solteras o conviviente y en cuanto al grado de instrucción 45.2 por ciento con secundaria incompleta, también haremos notar el alto porcentaje de las no controladas 61.5 por ciento. En cuanto a Antecedentes Gineco-Obstétricos 16.39 por ciento fueron cesareadas anteriores. La principal complicación de la gestación fue la Hemorragia del tercer trimestre y la toxemia. En nuestra casuística el tipo de operación más empleada fue la segmentaria transversa primaria y solamente dos casos de corporal, una por situación transversa dorso-posterior y otra por placenta previa total. La principal causa de cesárea fue por distocia del feto: sufrimiento fetal agudo con 31.57 por ciento, en segundo lugar la presentación podálica con 15.78 por ciento y en tercer lugar la estrechez pélvica. Concluimos que el número de cesáreas en adolescentes va en aumento conforme pasan los años, aunque en forma paulatina y que en nuestra casuística la estrechez pélvica no es la indicación principal de cesárea; el sufrimiento fetal agudo y la presentación podálica son indicaciones que debemos tomar muy en cuenta (AU).

Paz Fuentes, Martha; Cruzat Cruzat, Humberto; Barrera Quiala, Miriam."Embarazo en edades temprana.Algunas consideraciones al

respecto" (18) Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de 148 adolescentes que parieron en el Hospital Materno del municipio Palma Soriano, provincia Santiago de Cuba, durante el primer semestre de 1995, así como de igual número de madres, mayores de 20 años, que integraron el grupo control. Se encontró relación entre la concepción del embarazo en las jovencitas y el estado civil, la situación económica deficiente y el bajo vínculo laboral, todo lo cual redundó en un alto número de complicaciones maternofetales, dadas por anemia, amenaza de aborto, parto pretérmino, alto índice de partos por cesáreas y recién nacidos con elevada morbilidad y mortalidad por enfermedad de la membrana hialina e hipoxia, entre otras (AU)

Diaz bolano, Jaime; Lucenko L; Caceres J; Vallenilla e; abbruzzese Constantina; torres P. "Histerectomía por complicaciones de la cesárea" (19) Se realizó un estudio sobre las complicaciones de cesárea por histerectomía en adolescentes. En el Servicio de Cirugía de la Maternidad "Concepción Palacios" de Caracas entre los años 1973 y 1981, se practicaron 139 histerectomías por complicaciones de la cesárea, el 39,6% del total de histerectomías de emergencia. Los años de mayor incidencia son en 1979 con 31 casos (22,8%) y en 1981 con 27 casos (19,4%). La edad promedio es de 26,9. Un 37,4% son primigestas y el porcentaje de nulíparas es de 52,5%.

Un grupo de 67,6% con un antecedente de cesárea anterior y a un 17,2% se le practicó en el momento de la cesárea esterilización quirúrgica. Como indicación y hallazgo operatorio se destaca la desunión y dehiscencia del segmento uterino en un 77,6%. Se realizó preferentemente histerectomía total, con y sin anexos, como intervención concomitante ligadura bilateral de arterias hipogástricas en un 53,9%. La morbilidad post operatoria es de 64,7% siendo la causa más usual los procesos infecciosos. La mortalidad es de 17,3% siendo de 1 a 5 días el tiempo más frecuente entre la intervención y la muerte. La estancia hospitalaria tiene una cifra media de 24,1 días

Piloto Morejón, Manuel; Suárez Blanco, Ciro; Palacios Valdés, Gertrudis. "Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria"(20) Con el objetivo de brindar un mayor conocimiento de las complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria, se realizó un estudio prospectivo, transversal y analítico en el hospital docente ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla" de Pinar del Río, en el período de julio-2006 a junio-2007. Se seleccionaron en ese período 480 puérperas (los 30 primeros partos y las 10 primeras cesáreas de cada mes).

El grupo estudio se conformó por las puérperas que presentaron complicaciones de cualquier índole y el grupo control por las que egresaron sanas. Se analizaron las variables: número y tipo de complicación puerperal, edad materna, edad gestacional, paridad anterior, enfermedades prenatales asociadas y dependientes del embarazo, uso de instrumentación y uso de episiotomía en el parto, rotura de membranas ovulares de más de 24 horas, líquido amniótico meconial, la causa-técnica y la urgencia de la cesárea, el momento de aparición de las complicaciones y la estadía posnacimiento. Se concluye que las complicaciones puerperales más frecuentes fueron las hemorrágicas (51,93 por ciento) y las sépticas (30,94 por ciento); los factores de riesgo más importantes de las hemorrágicas fueron: el líquido amniótico meconial.

la episiotomía, la nuliparidad, la instrumentación y la cesárea de urgencia y los más importantes de las sépticas fueron: la cesárea de urgencia, la episiotomía, la instrumentación, el líquido amniótico meconial y las membranas rotas con más de 24 horas. Las complicaciones hemorrágicas se observaron frecuentemente en las primeras 24 horas y las sépticas entre los 2 y 4 días posteriores al nacimiento del niño (AU) .

Dr Jorge Pelaez mendoza, Dr jose Sarmineto Barcelo, Dr Ricardo de la Osa Cornesa y Dr Andres Zambrano Cardenas." Cesárea en la adolescente: morbilidad materna y perinatal" (21) Se realiza un estudio prospectivo, de caso-control que tiene como finalidad conocer la morbilidad materna y perinatal ocasionada por la operación cesárea en gestantes adolescentes, atendidas en el Hospital Materno Infantil "10 de Octubre" de Ciudad de La

Habana durante el año 1992. Se tomó como grupo estudio (n=105) adolescentes sometidas a la operación cesárea, y se comparó con un grupo control conformado por el resto de las gestantes cesareadas (n=953).

Esta información fue recogida de los expedientes clínicos y de las actas del Comité de Cesárea; se utilizó el estadígrafo (z) para comparación de medias muestrales. En las adolescentes cesareadas se constató tendencia a la disminución de los nacimientos y menor índice de cesárea, así como incremento de la nuliparidad con diferencias significativas ($p < 0,01$). Los eventos referidos a la morbilidad materna y perinatal mantuvieron elevada incidencia en este grupo, donde también fue observado mayor índice de bajo peso y asfixia neonatal; se emiten conclusiones al respecto y se sugiere hacer extensivo este estudio al resto de las maternidades de Ciudad de La Habana.

Dr: Jorge Luis Yu tang Morales “Complicaciones perinatales y la vía de terminación de parto en adolescentes tempranas y tardías” (22) Se realizó un estudio con el fin de conocer las complicaciones perinatales y la vía de terminación de parto en adolescentes tempranas y tardías. MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio analítico, observacional, comparativo entre adolescentes tempranas y tardías en relación con el tipo de parto y las complicaciones perinatales en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión entre enero de 1995 y diciembre 1997. RESULTADOS: El 18,6% de partos en el periodo de estudio correspondieron a adolescentes; el 21% fueron distócicos, con más frecuencia entre adolescentes tempranas ($p < 0,05$). Los recién nacidos de bajo peso y con complicaciones perinatales fueron también más frecuentes entre adolescentes tempranas ($p < 0,05$). CONCLUSIÓN: Las adolescentes tempranas tienen mayor probabilidad de presentar parto distócico, cesárea, parto pretérmino, y sus productos bajo peso al nacer, depresión neonatal y complicaciones perinatales.

Álvaro Monterrosa-Castro “Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento” (23). El embarazo en adolescentes es un problema en crecimiento con profundas implicaciones personales y sociales. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2005 mostró que la tasa

general de fecundidad para las adolescentes se ha incrementado, estimándose, para el año 2005, 90 nacimientos por cada 1.000 adolescentes. Objetivo: describir la frecuencia de parto en adolescentes en 13 años en el Hospital de Maternidad “Rafael Calvo”, en Cartagena (Colombia). Materiales y métodos: estudio de corte transversal por períodos anuales. Se incluyeron los registros de las mujeres que presentaron parto vaginal o parto por cesárea entre 1993 y 2005 y aquellos embarazos con edad gestacional mayor a 28 semanas a su terminación. Se evaluaron la edad y vía del parto. Resultados: se ha incrementado la maternidad en adolescentes desde el 22,7% en el año 1993 hasta el 29,8% en el año 2005. La incidencia de maternidad en adolescentes menores de 15 años se ha duplicado, pasando del 0,5% en 1993 hasta el 1,3% en el año 2005. La incidencia de cesárea se ha incrementado tanto en adultas como en adolescentes, pero la magnitud de incremento ha sido significativamente mayor en menores de 20 años de edad, al pasar del 11,5% en 1993 al 57,9% en el año 2005. Conclusiones: existe un aumento en la frecuencia del embarazo y maternidad en las adolescentes, especialmente en las edades inferiores a los 15 años. Palabras clave: adolescencia, adolescentes, maternidad en adolescentes, embarazo en adolescentes, partos en adolescentes, cesáreas en adolescentes.

Selkis Caraballo López, Yumara García Romero¹ y Alfredo Núñez Álvarez. “Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos” (24). Se realizó un estudio retrospectivo con todas las pacientes sometidas a operación cesárea durante los años 1997 y 1998 en el Hospital Ginecoobstétrico “Ramón González Coro”. Se procesó información sobre algunas variables recogidas en la base de datos del Sistema Automatizado para el registro de la operación cesárea como son diagnóstico de cesárea, frecuencia de complicaciones infecciosas, presencia de complicaciones según clasificación, uso correcto o incorrecto de antibióticos según clasificación de la intervención y ocurrencia de complicaciones infecciosas por el uso correcto o incorrecto de antibióticos. La principal indicación fue la cesárea anterior (34,1 %) seguida de la desproporción cefalopélvica (13,5 %).

Presentó alguna complicación infecciosa, 17,1 % y la endometritis resultó la más frecuente (7,9 %). Las que más complicaciones infecciosas presentaron fueron las limpias (16,7 %) y las sucias (22,3 %), en ambos grupos fueron de pacientes donde mejor se emplearon los antibióticos (96,5 y 96,6 % respectivamente). Las pacientes con uso incorrecto de antibióticos tuvieron más complicaciones infecciosas (37,8 %), se encontró asociación estadística entre ambas variables $p = 7,569 \times 10^{-11}$

2.2 BASES LEGALES

Etapas de vida adolescente: MINSA

- Los adolescentes deben ser valorados y respetados y considerados agentes para el cambio social y el desarrollo.
- El desarrollo sexual es una parte esencial de la adolescencia.
- Los padres y las familias deben participar activamente en los esfuerzos para mejorar la salud sexual del adolescente.
- Se necesita educación sexual integral que incluya el desarrollo humano, relaciones, habilidades personales, conducta sexual, salud sexual, sexualidad y cultura.
- Es indispensable para el éxito de los programas que los adolescentes estén involucrados desde el diseño hasta la evaluación.

2.3 BASES TEÓRICAS – ESTADÍSTICAS

Cesárea Definición

Se define como la extracción fetal a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía). Su frecuencia varía según el centro pero está entorno al 16-17%. Según el momento de su indicación diferenciamos:

- Cesárea programada: Se realiza antes del inicio del parto por razón materna y/o fetal.
- Cesárea intraparto: Se realiza ya iniciado el parto por razón materna y/o fetal.

- Cesárea urgente: Se realiza ante circunstancias vitales o accidentales, maternas o fetales, puede ser intra o anteparto. Presentan con mayor frecuencia complicaciones (3).

Técnica

Se conocen unos criterios clásicos en cuanto a la técnica quirúrgica que han sido en parte modificados con vistas a disminuir la morbilidad materna por la intervención:

Apertura de la cavidad abdominal

Se suele llevar a cabo mediante la incisión de Pfannenstiel o la incisión de Joel-Cohen modificada (forma parte de la técnica de Mesgav- Ladach, una de las más extendidas en la actualidad).

La incisión de Pfannenstiel se realiza 2 a través de dedo por encima del pubis, la de Joel-Cohen modificada 5-6cm sobre la sínfisis púbica. En ambas el tipo de incisión es segmentaria transversa y su principal ventaja es un mejor resultado estético que la laparotomía media.

Tanto la apertura del tejido celular subcutáneo y del músculo como del peritoneo parietal se llevará a cabo con una incisión con bisturí y posterior ampliación digitalmente, para así evitar la lesión de vasos y nervios (4)

Histerotomía

Antes de realizar la histerotomía, y para evitar lesionarla, con una torunda alejamos la vejiga del segmento uterino inferior. La histerotomía suele ser segmentaria transversa a nivel del segmento uterino inferior, de forma que se lesionen menos fibras musculares al estar el segmento más adelgazado.

Asimismo, la pérdida sanguínea será menor al incidir en las fibras musculares de forma paralela, y la cicatriz será

más resistente que si la histerotomía fuese corporal. Para evitar lesión de vasos, ampliamos la incisión digitalmente.

Extracción fetal y alumbramiento

Una vez extraído el feto, se ha demostrado que el manejo activo en el alumbramiento disminuye la incidencia de hemorragia postparto. La placenta se extrae preferentemente de forma espontánea, ya que la extracción manual de la misma parece aumentar el riesgo de infección y la pérdida de sangre.

Si la cesárea se realiza sin trabajo de parto previo, se puede facilitar el drenaje de sangre y loquios con la dilatación cervical digital o con tallos de Hegar, pero no existe evidencia científica del beneficio aportado.

Histerorrafia

En la histerorrafia no parece haber diferencia en cuanto a la seguridad que ofrece el cierre mediante uno o dos planos; se suele hacer en un plano ya que se acorta el tiempo quirúrgico y proporciona una cicatriz uterina con menor deformidad.

La extracción del útero para facilitar el cierre no aumenta la tasa de infecciones pero plantea la posibilidad de producir embolias gaseosas; no obstante no se ha podido demostrar que la exteriorización del útero ofrezca una mayor morbilidad materna, con lo que se considera una opción válida.

Cierre de pared

La ausencia del cierre del peritoneo no se asocia a una mayor morbilidad postoperatoria ni parece aumentar la tasa de dehiscencias posteriores, además acorta el tiempo de cirugía y el tiempo de íleo paralítico y disminuye la irritación peritoneal y la fiebre pos cesárea.(10).

Complicaciones de las cesáreas

Durante muchos siglos, la cesárea ha conllevado una alta mortalidad materna. Actualmente, y gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y principios de XX con la utilización de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente.

Clasificación

Complicaciones anestésicas:

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

Complicaciones quirúrgicas:

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

Complicaciones infecciosas:

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

Complicaciones hemorrágicas postparto

• Complicaciones tromboembólicas:

- TVP

➤ TEP

- **Complicaciones anestésicas:**

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

Cuando se emplea la analgesia subdural o bloqueo raquídeo los efectos secundarios son más frecuentes, entre ellos aumenta la incidencia de hipotensión, de cefaleas pos punción y puede aparecer prurito cuando se administran opiáceos. Como ventajas ofrece un efecto más rápido y una menor dosis de anestésico requerido. Menos frecuentes son cuadros graves como son la parada cardiorrespiratoria o el síndrome de aspiración pulmonar del contenido gástrico (Síndrome de Mendelson), que pueden desencadenar un compromiso cardiocirculatorio materno con la consiguiente repercusión fetal. Estas complicaciones se dan casi invariablemente tras una cesárea con anestesia general (8).

Una complicación frecuente de la anestesia epidural y del bloqueo raquídeo es la aparición de hipotensión, debida a la vasodilatación producida por el bloqueo simpático y a la obstrucción del retorno venoso por

compresión de la vena cava y grandes venas adyacentes por el útero gravídico (Síndrome de hipotensión por decúbito supino). Se trata con el cambio postural (decúbito lateral izquierdo), con hidratación IV y con la administración rápida de efedrina o fenilefrina IV.

Otra complicación es la cefalea tras punción dural. Es una complicación que ocurre al puncionar la duramadre en el curso de una anestesia intradural o epidural. La pérdida de líquido cefalorraquídeo produce vasodilatación intracerebral, que a su vez produce cefalea. Lo más frecuente es que aparezca tras 24 horas de la punción. Se trata de una cefalea pulsátil que aumenta con la bipedestación y la maniobra de valsalva y mejora con el decúbito.

A veces se acompaña de síntomas audiovisuales y vegetativos.

Se recomienda el reposo en cama y la hidratación intravenosa, junto al tratamiento médico con Paracetamol 1g/VO/6h, Codeína 30-60mg/VO/6h, Cafeína 300mg/6h, Hidrocortisona 100mg/8h (hasta 3 dosis). En casos de no respuesta, se llevaría a cabo un tratamiento invasivo por parte del servicio de Anestesia (inyección en el espacio intradural de suero salino fisiológico, dextrano, gelatina, albúmina, parche hemático epidural). Estas complicaciones se podrían evitar en parte con una preparación preanestésica adecuada y una elección correcta del tipo de anestesia(9)

- **Complicaciones quirúrgicas:**

El riesgo de que se produzcan este tipo de complicaciones oscila entre un 1 y un 2 %. Son más

frecuentes en las cesáreas urgentes, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas.

Factores de riesgo:

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

2ª. Complicaciones hemorrágicas intraoperatorias.

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

No obstante este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oitócicos desde el alumbramiento hasta 2-4 horas después de parto (7).

2b. Lesiones de tracto urinario.

La lesión vesical (0'3%) es más frecuente en cesáreas repetidas y durante una cesárea-histerectomía. Se suele identificar inmediatamente, en el curso de la intervención. Se recomienda reparar la lesión con 2 capas y dejar un sondaje vesical prolongado.

Las lesiones ureterales son menos frecuentes (0'09%) y se suelen producir al reparar la prolongación de la histerotomía. Se podrían prevenir identificando su trayecto. Su diagnóstico suele ser

tardío en la mayoría de los casos. Ambas lesiones son más frecuentes en la cesárea que en el parto vaginal (4)

2c. Lesiones intestinales.

Se suelen asociar a la existencia de laparotomía previa. Las lesiones a nivel del intestino delgado son fáciles de reparar; más complicada es la reparación a nivel del colon, pudiendo requerir una resección o colostomía asistida por el cirujano general(5)

2d. Lesiones nerviosas.

Las lesiones de nervios o compresión de los mismos por el instrumental son poco frecuentes durante la cesárea

- **Complicaciones infecciosas:**

Son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea. Entre ellas la más frecuente es la endometritis, seguida de las infecciones urinarias y la infección de la herida quirúrgica. Otras más graves pero afortunadamente menos frecuentes son bacteriemias, sepsis, peritonitis, abscesos pélvicos, fascitis necrotizante, tromboflebitis séptica, peritonitis por vermix caseoso.

Además de factores de riesgo tales como trabajo de parto ya iniciado (el de mayor relevancia) o urgencia de la intervención, las complicaciones infecciosas se relacionan con la ruptura de membranas, el tiempo transcurrido con bolsa rota, el nivel socioeconómico, el número de tactos vaginales, la existencia de infección urinaria previa, la anemia o pérdida hemática importante, la obesidad (sobre todo en

infecciones de pared), la Diabetes Mellitus , la anestesia epidural, la experiencia del cirujano y la técnica quirúrgica utilizada, la existencia de vaginosis bacteriana.

La fuente principal de microorganismos que ocasionan las infecciones postcesárea es el tracto genital, sobre todo si no hay integridad de membranas. Suelen ser infecciones polimicrobianas y los microorganismos más frecuentemente aislados son E.Coli, Estreptococo del grupo B, Enterococo Faecalis, Estafilococo Aureus (relacionado con la infección de la herida quirúrgica), Gardnerellavaginalis, Micoplasmas, anaerobios (11) Hay varios aspectos a tener en cuenta para la prevención de la infección en el acto quirúrgico:

- Cuidadosa asepsia de la piel
- Técnica quirúrgica depurada
- Profilaxis antimicrobiana

3a. Endometritis

Complicación infecciosa más frecuente tras la cesárea. Su frecuencia oscila entre un 15 y un 20% si no se usa profilaxis antibiótica; en presencia de ésta la frecuencia se reduce a un 5%. Su incidencia es mayor tras la cesárea.

Factores predisponentes:

- Cesárea
- Duración del parto más de 8 horas.
- Duración de la rotura de membranas más de 6 horas.
- Monitorización interna.
- Heridas y desgarros en el canal del parto.
- Baja edad materna.

Etiología:

La infección del endometrio tiene un origen polimicrobiano procedente de vagina o cervix. Los agentes más frecuentemente aislados son: Estreptococo del grupo B, Estreptococos anaerobios, EscherichiaColi y especies de Bacteroides.

La fiebre en las primeras 12 horas del puerperio suele asociarse a infección por EscherichiaColi; la fiebre en el puerperio tardío (3 días – 6 semanas postparto) suele asociarse con Chlamydia Trachomatis; en la endometritis que aparece a pesar de la profilaxis antibiótica se aíslan normalmente Enterococos y Enterobacterias.

Diagnóstico:

Clínica:

- Fiebre (> o igual a 38'5°C en una ocasión o > o igual a 38°C en dos ocasiones separadas 6 horas en los 10 primeros días del puerperio excluyendo el primero), MEG.
- Taquicardia.
- Dolor hipogástrico.
- Subinvolución uterina, con dolor y sensibilidad.
- Pueden aparecer loquios malolientes.

Pruebas complementarias:

- Hemograma y fórmula leucocitaria.
- Cultivos vaginales y cervicales, hemocultivo y urocultivo (con antibiograma).
- Ecografía transvaginal (veremos un endometrio engrosado), TAC, RNM.

Tratamiento:

Tras 48-72 horas de tratamiento antibiótico el 90 % de las pacientes se recuperan del cuadro. Existen diferentes pautas cuya elección va a

depender del microorganismo sospechado y de los protocolos de cada centro. Ante una paciente con gravedad moderada se pueden emplear las cefalosporinas de segunda o tercera generación:

- Cefoxitina 1-2g IV / 6 h
- Cefotetan 1-2g IV / 6 h

Ante una paciente con gravedad intensa, especialmente tras cesárea:

- Ampicilina 1g IV / 6 h + Gentamicina 240 mg IV / 24 h.
- Clindamicina 900 mg IV / 8 h + Gentamicina 240 mg IV / 24 h.

Algunos centros consideran esta pauta como la de elección pues responden el 90-97%. Esta pauta también se emplea si la paciente tiene alergia a la Penicilina. Si no hay mejoría en 48-72 horas, añaden Ampicilina (o Vancomicina en caso de alergia a los betalactámicos) ante la sospecha de resistencia a enterococos.

- Metronidazol 500 mg/8h IV + Gentamicina 5 mg/Kg/24
- Ampicilina + Sulbactam 1,5-3 g IV / 6 h.
- Amoxicilina + Clavulánico: 1 g / 6-8 horas IV.
- Piperacilina + Tazobactam 3 g IV / 6 h.

El tratamiento por vía parenteral debe continuarse hasta que la paciente esté apirética 24 horas. En caso de bacteriemia (hemocultivo positivo) continuar con tratamiento oral hasta completar 7 días de tratamiento. Además del tratamiento antibiótico añadiremos un antitérmico (Paracetamol 1g / 8h), pero no antes del antibiótico para no solapar el único signo de infección endometrial, la fiebre.

Si persiste fiebre más de 48 horas sospecharemos otros cuadros (tromboflebitis pélvica séptica, absceso pélvico o intraabdominal, fiebre de otra etiología) y plantearemos otras alternativas terapéuticas.

Complicaciones de la endometritis:

- Íleo paralítico, obstrucción intestinal.
- Flegmonparametrial, absceso pélvico, peritonitis.
- Necrosis del segmento uterino inferior.
- Síndrome del shock séptico letal (producido por *Clostridium Sordelli*).
- Shock tóxico estafilocócico o estreptocócico.
- Fiebre medicamentosa.
- Microorganismo resistente (se hará hemocultivo, cultivo endometrial y modificaremos la pauta antibiótica en función del antibiograma).
- Tromboflebitis pélvica séptica(4)

3b. Tromboflebitis pélvica séptica

Es una complicación puerperal rara pero grave, apareciendo más frecuentemente tras una endometritis postcesárea (1-2%).

Etiología:

- Estado trombogénico del embarazo.
- Microorganismos que encontramos en las endometritis.

Diagnóstico:

Clínica:

Nos podemos encontrar con dos formas clínicas:

- Trombosis aguda de la vena ovárica: Cursa con fiebre en agujas, escalofríos, dolor abdominal constante, severo y localizado, masa palpable.
- Fiebre de origen desconocido (sin más sintomatología)

Pruebas Complementarias:

- Hemograma y fórmula leucocitaria.
- Ecografía, TAC, RNM (el TAC es la prueba a realizar ante la sospecha de trombosis de la vena ovárica)

Se debe sospechar cuando un tratamiento antibiótico no hace disminuir la fiebre en una paciente con endometritis.

Tratamiento:

- Heparina terapéutica durante 7-10 días. Si además existe evidencia de trombo o estado de trombofilia se continúa con anticoagulación con dicumarínicos 6-12 semanas.
- Antibióticos de amplio espectro, los mismos que los empleados para la endometritis.
- Si aparece fracaso del tratamiento médico o se da un tromboembolismo pulmonar a pesar del tratamiento anticoagulante, se puede hacer ligadura de las venas infectadas (2)

3c. Infecciones del tracto urinario

Frecuencia de 2-16%.

Factores de riesgo:

- Se relaciona con la cateterización uretral y el sondaje vesical continuo durante la cesárea y las primeras horas del postoperatorio.
- También guarda relación con los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación (hidronefrosis fisiológica con aumento de orina en la pelvis renal) que normalmente desaparecen a las 2 semanas del parto.
- Otros: Existencia de bacteriuria asintomática durante el embarazo, partos operatorios, anestesia epidural.

Diagnóstico:

Clínica:

- Síndrome miccional
- Dolor en hipogastrio
- Fiebre

Pruebas complementarias:

- Sedimento urinario: Piuria, leucocituria, hematuria.
- Urocultivo: >10(5) UFC o >10(2) UFC en sintomáticas o >1 UFC si el germen aislado es SGB.

Tratamiento:

En la mujer que está dando lactancia materna, el tratamiento será el mismo que en la mujer embarazada, recomendándose una pauta corta de antibióticos pero no en monodosis. Algunas pautas son:

- Amoxicilina 250-500mg/8h, 3 días
- Amoxicilina- Acido clavulánico 875/125/8h, 7 días
- Nitrofurantoína 100mg/6h, 3 días
- Sulfisoxazol 1g y luego 500mg/6h, 7 días
- Cefalexina 250-500mg/6h, 7 días
- Trimetropim/Sulfametoxazol 320/1600/12h, 3 días

3d. Infección de la herida quirúrgica

Tiene una frecuencia del 6% de todos los partos acabados por cesárea. La frecuencia se reduce a un 2 % si aplicamos profilaxis antibiótica perioperatoria(10)

Factores de riesgo:

- Cesárea urgente.
- Corioamnionitis.
- Obesidad, Diabetes Mellitus, malnutrición, inmunosupresión.

- Tiempo quirúrgico aumentado.
- Perdida hemática intensa.
- Exámenes vaginales repetidos.

Etiología:

La infección de la pared abdominal tiene su origen en la contaminación de la flora cutánea o en la diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea.

Los microorganismos más frecuentemente aislados son *Estafilococo Aureus* y *Estreptococo* de grupo A; menos frecuentes son los bacilos anaerobios que pueden causar celulitis de pared (la mionecrosis por *Clostridium* es una grave complicación que compromete la vida de la paciente por hemólisis, fallo renal y paro cardíaco).

Diagnóstico:

Clínica:

- Fiebre.
- Eritema, hipersensibilidad, dolor y secreción por herida quirúrgica.

Pruebas Complementarias:

- Cultivo del exudado de la herida.
- Radiografía de abdomen: la presencia de gas, coincidiendo con clínica de pus maloliente, bullas y crepitación, puede indicar el diagnóstico de infección por *Clostridium* (celulitis necrotizante o fascitis).
- Ecografía: Podemos identificar una colección purulenta en el caso de un absceso.

Pueden darse al mismo tiempo una endometritis y una infección de pared teniendo que estar alerta ante la posible aparición de fístula útero-cutánea con miositis necrotizante del útero.

Tratamiento:

- Drenaje, irrigación y desbridamiento con extirpación de todo el tejido necrótico y posterior cierre por segunda intención.
- Antibióticos de amplio espectro que cubran Estreptococos y Estafilococos (Cloxacilina, Vancomicina, Ampicilina).

Profilaxis antibiótica en la cesárea

Se ha demostrado que la administración sistemática de la profilaxis antibiótica disminuye la morbilidad febril, endometritis, infecciones de pared y complicaciones infecciosas graves; no existiendo diferencia entre la irrigación peritoneal y la administración sistémica del antibiótico. Sin embargo no está claro cuál es el tratamiento de elección. ACOG (2003) recomienda administrar una sola dosis de antibiótico profiláctico perioperatorio en cualquier mujer con riesgo elevado de infección pélvica después de una cesárea (13).

Actualmente la pauta a seguir (según el protocolo de nuestro hospital) es: Cefazolina 2g IV, durante 5 minutos antes de la intervención. Alérgicos a betalactámicos: Gentamicina 160mg, Clindamicina 900mg, IV, durante 30 minutos tras pinzar el cordón umbilical.

Complicaciones hemorrágicas postparto:

Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal.

La definición de HPP no está consensuada. Aunque parece que se suele definir como aquel sangrado vaginal mayor de 500cc tras un parto vía vaginal o mayor de 1000cc tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta (grado de recomendación C)(7).

La HPP complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna.

Por su tiempo de aparición distinguimos entre:

- HPP precoz: (Suponen la mitad de los casos de HPP) Acontece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves y las que citaremos.
- HPP tardía: Acontece después de las primeras 24 horas postparto.

Factores de riesgo:

Se encuentran en 1/3 de las HPP por lo que es importante identificarlos y tenerlos en cuenta en el manejo del parto.

Responden a la regla nemotécnica de “las 4 Ts”:

- i. TONO. La atonía uterina aparece ante:
 - Útero sobredistendido (polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía).
 - Cansancio del músculo uterino (parto rápido o prolongado, alta paridad).
 - Infección intraamniótica (rotura prematura de membranas prolongada).
 - Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa).
- ii. TEJIDO.
 - Retención de restos placentarios.
 - Retención de coágulos (útero atónico).
- iii. TRAUMA.
 - Desgarro en canal blando del parto (parto precipitado, parto operatorio).
 - Desgarro en cesárea (malposición fetal, gran encajamiento).
 - Rotura uterina (cirugía previa).
 - Inversión uterina (gran paridad, placenta fúndica).
- iv. TROMBINA. Alteraciones de la coagulación:
 - Previa a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand,...

- Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopénica idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la preeclampsia, la muerte intraútero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico).
- Anticoagulación terapéutica.

La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP, está implicada en más de la mitad de los casos y es responsable del 4% de las muertes maternas.

La placenta adherente (acretismo placentario) es poco frecuente pero su incidencia aumenta en las mujeres con placenta previa y útero con una o más cicatrices. Supone la causa más frecuente de histerectomía por HPP.

Diagnóstico:

Clínica:

- Cuantificación subjetiva de la pérdida hemática.
- Sensación de afectación hemodinámica de la puerpera. Según la clínica podemos dividir la HPP en:
 - ✓ Leve: Pérdida hemática entre 1000-1500cc, TAS entre 80-100 mmHg, clínica de debilidad, sudor, taquicardia.
 - ✓ Moderada: Pérdida hemática entre 1500-2000cc, TAS entre 70-80 mmHg, clínica de inquietud, palidez, oliguria.
 - ✓ Grave: Pérdida hemática entre 2000-3000cc, TAS entre 50-70 mmHg, clínica de colapso, disnea, anuria.

Tratamiento:

Una vez diagnosticada la HPP se debe actuar con rapidez, estabilizando hemodinámicamente a la paciente al mismo tiempo que cohibimos la hemorragia y solucionamos la causa que motivó la hemorragia si la conocemos.

MEDIDAS BÁSICAS: Cuando haya una afectación hemodinámica moderada o severa:

- Pedir ayuda.
 - Valorar sangrado.
 - Monitorizar el pulso, TA y saturación de oxígeno maternos.
 - Oxigenoterapia con mascarilla.
 - Sonda urinaria para control de diuresis (se considera normal >30ml/hora).
 - Valorar historia clínica.
 - Hemograma, pruebas de coagulación, grupo sanguíneo y pruebas cruzadas.
 - Vía venosa de calibre adecuado.
 - Reposición de fluidos. Se recomienda la utilización de cristaloides (suero salino fisiológico o Ringer Lactato) (grado de recomendación A).
 - Valorar reposición de sangre y factores de coagulación
- Buscar etiología.
- Si no se ha desprendido la placenta: Extraerla mediante la maniobra de Credé o expresión uterina. Si así no es posible su extracción se hace manualmente.
 - Si se observa una inversión uterina: Reponer el útero con el puño presionando el interior de la cavidad, bajo anestesia para favorecer la relajación del útero.
 - Se realizará un masaje uterino, presionando el fondo para favorecer su vaciamiento y comprobar que esté contraído. Si nos encontramos con un útero blando no contraído, simultáneamente al masaje uterino, se administran vía parenteral fármacos uterotónicos.
- i. Oxitocina (Syntocinon) a dosis de 10 UI IM/IMM o 5 UI IV en bolo lento o 10- 40 UI/l en dilución. Efectos secundarios: contracciones dolorosas, náuseas, vómitos e intoxicación acuosa. No se administrará en caso de hipersensibilidad al fármaco. (Nivel de evidencia III).
 - ii. Metilergometrina (Methergin) a dosis de 0'25mg IM/IMM o 0'125mg IV cada 5 minutos (máximo 5 dosis). Efectos

secundarios: vasoespasmo periférico, hipertensión, náuseas, vómitos. No se administrará si la parturienta tiene hipertensión o si existe hipersensibilidad al fármaco. (Nivel de evidencia III).

- iii. Prostaglandina F2 alfa (Hemabate) a dosis de 250microg IM/IMM cada 15 minutos (máximo 8 dosis). Efectos secundarios: broncoespasmo, enrojecimiento, diarrea, náuseas, vómitos, desaturación de oxígeno. No se administrará el fármaco si se padece alguna enfermedad hepática, cardíaca, pulmonar (asma) o renal activa, o si se tiene hipersensibilidad al fármaco. (Nivel de evidencia Ib).
- Si una vez contraído el útero continúa la HPP, se procede, bajo anestesia, a una revisión de la cavidad uterina y del canal blando del parto (en casos de parto vía vaginal) para descartar traumatismos y retención de tejidos dentro del útero. Se comenzará desde el fondo uterino hacia el segmento inferior, si hay restos placentarios o coágulos se extraen manualmente; de persistir, se hará un legrado uterino. Si hay desgarros se suturan.
 - Si se recibe el estudio de coagulación alterado se realiza un tratamiento específico de la alteración
 - Se valora, en función del hemograma y del estado hemodinámico de la paciente, la necesidad de transfusión sanguínea. Se consideran criterios para transfundir una hemoglobina < 7g/dl y/o un hematocrito < 21%, siempre y cuando se añada uno de los siguientes: paciente sintomática, signos de pérdida aguda, signos de hipoxia aguda, intervención inminente.

Tratamiento de la hpp persistente:

Si la HPP no cede se puede optar a realizar alguno de los siguientes procedimientos:

- Taponamiento uterino: (grado de recomendación B).

Con sonda-balón de Sengstaken-Blakemore, con un balón específico de Bakri o con una tira de gasa ancha que rellene toda la cavidad uterina.

Aunque no se ha demostrado, se piensa que estos procedimientos pueden ocultar la hemorragia y causar infección.

- Embolización arterial selectiva: (grado de recomendación B).

Cateterización a través de radiología intervencionista de los vasos sangrantes. Frecuentemente se realiza la embolización bilateral por estar ambas arterias uterinas implicadas. El éxito se estima entre el 70-100%.

- Ligaduras vasculares: (grado de recomendación B) (10)

1. Ligadura uterina bilateral.

Se puede hacer vía abdominal o vía vaginal. Vía abdominal se ha de traccionar el útero hacia arriba y ligar en masa la rama ascendente de la rama uterina, la vena que le acompaña en profundidad y parte del miometrio, unos 2- 3cm por debajo de la histerotomía de la cesárea. Su eficacia es superior al 90%.

2. Ligadura arterial progresiva.

Devascularización progresiva de los vasos que llegan al útero. Cada etapa solo se realiza si la anterior no ha cohibido la hemorragia en 10 minutos.

3. Ligadura unilateral de la rama ascendente de la arteria uterina. 2) Ligadura de la arteria uterina contralateral. 3) Ligadura baja de las dos arterias uterinas y de sus ramascérvico-vaginales. 4) Ligadura unilateral de un pedículo lumbo-ovárico. 5) Ligadura del pedículo contralateral. Su eficacia es del 100%.

- Ligadura bilateral de las arterias hipogástricas

Unos 2cm por debajo de su bifurcación de la arteria ilíaca común. Su eficacia es inconstante.

Tanto tras embolización arterial como tras ligadura vascular, se preserva la fertilidad.

- Plicatura/Capitonaje: (grado de recomendación B).

Compresión del útero mediante suturas reabsorbibles transmurales. Cuando la indicación es la atonía postcesárea la técnica más utilizada es la de Blynch: antes de realizarla se comprueba que la hemorragia cesa cuando se presiona el fondo uterino; la sutura es continua, comienza en la cara anterior del útero en el labio inferior de la histerotomía a unos 2cm por dentro del ángulo, sale por el labio superior, rodea el útero por arriba y penetra en la cavidad por la cara posterior de útero, sale al mismo nivel en el lado opuesto y sigue un recorrido paralelo y contralateral para anudar en cara anterior en labio inferior de la histerotomía. Las publicaciones sobre esta técnica son escasas pero los resultados son buenos.

- Histerectomía: (grado de recomendación B).

Las indicaciones son cada vez más restrictivas; se reducen a cuando falla el tratamiento conservador, cuando hay una rotura extensa del útero o en casos de placenta ácreta extensa (esta última es la indicación más frecuente). La técnica de elección es la histerectomía total con conservación de anejos.

- Taponamiento Pélvico:

Está indicado tras histerectomía en casos de coagulopatía de consumo o en hemorragias difusas.

Prevención de la HPP:

El mejor tratamiento de la HPP es su prevención. Aunque los factores de riesgo solo aparezcan en 1/3 de los casos, la prevención de la HPP se ha de hacer en todos los partos (grado de recomendación A). Se ha demostrado que el manejo activo del alumbramiento reduce el riesgo de HPP en >40%, reduce la pérdida media de sangre y el alumbramiento prolongado (placenta no expulsada tras 30 minutos del nacimiento), sin afectar al recién nacido, aunque con algún efecto secundario para la madre si se administra ergometrina (hipertensión, náuseas, vómitos). Consiste en:

- Administración de agentes oxitócicos tras la salida del hombro anterior o en el primer minuto tras el nacimiento.
- Pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical. No se ha demostrado que esta maniobra por sí sola reduzca la tasa de HPP.
- Tracción continuada del cordón.
- Comprobar que el útero está bien contraído y revisar la placenta, para comprobar su integridad, una vez extraída ésta.

El agente oxitócico de elección es la oxitocina a dosis de 10 UI IM o 5 UI IV en bolo lento o 10-20 UI/l a 100-150 cc/h. Tiene una vida media corta con lo que se hace necesario mantener su administración por perfusión IV durante 4-6 horas postparto para mantener su eficacia y evitar atonías secundarias. Se puede asociar a la metilergometrina, mejorando un poco su eficacia pero aumentando también la tasa de complicaciones (7).

Otra opción es la Carbetocina, un nuevo fármaco para la prevención de la HPP tras el parto por cesárea, que ha demostrado ser más eficaz que la infusión continua de oxitocina y tener un perfil de seguridad similar. Se administra a dosis de 100microg mediante inyección IV en bolo, preferiblemente antes de la extracción de la placenta. En caso de atonía uterina persistente tras la administración de Carbetocina, se puede poner oxitocina o ergometrina adicionales.

Complicaciones tromboembólicas durante el embarazopuerperio:

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP).

Son poco frecuentes, entorno al 0'52%, pero continúan siendo desde hace años la causa directa más frecuente de mortalidad materna en muchos países, debido probablemente a fallos en la identificación de los factores de riesgo trombótico, en establecer

una profilaxis adecuada y un tratamiento correcto ante la sospecha clínica de ETE.

El embarazo conlleva un aumento del riesgo trombótico venoso, debido a la presencia de los 3 elementos de la triada de Virchow: hipercoagulabilidad (aumentan los factores de coagulación I, II, VII, IX, X y disminuye la fibrinólisis), lesión del endotelio vascular durante el parto (tanto vaginal como cesárea) y éstasis venoso producido por un aumento de la capacitancia venosa unido a una disminución del flujo sanguíneo venoso por compresión del útero gravídico.

Actualmente con la profilaxis tromboembólica en todas las pacientes que son sometidas a una cesárea, el riesgo de accidente tromboembólico ha disminuido. No obstante, sigue siendo una causa de mortalidad materna, a veces, difícil de prever.

Factores de riesgo para la ETE durante el embarazo-puerperio:

TEV previo Hiperemesis, deshidratación

Trombofilia congénita o adquirida Síndrome de hiperestimulación ovárica

Edad >35 años Infección severa

Obesidad (IMC > 30kg/m²) Inmovilización > 4 días

Paridad >4 Preeclampsia

Grandes venas varicosas Gran pérdida sanguínea

Paraplejia Trabajo de parto prolongado

Drepanocitosis Parto instrumental

Cardiopatías, síndrome nefrótico Inmovilización tras parto

Enfermedades inflamatorias, síndromes mieloproliferativos.

Procedimientos quirúrgicos durante el embarazo o puerperio (2).

Formas clínicas:

• **Trombosis venosa profunda (TVP)**

Es la complicación tromboembólica más frecuente.

En la forma clínica típica las pacientes presentan en la extremidad afectada dolor, sensibilidad, edema, cordón venoso palpable, cambios en la coloración y en el diámetro, signo de Homans (dolor en la

pantorrilla con la dorsiflexión plantar pasiva del pie). Puede haber febrícula y leucocitosis.

• **Tromboembolismo pulmonar (TEP)**

El signo más común es la taquicardia y los síntomas más comunes son la disnea y la ansiedad. Otra sintomatología incluye: taquipnea, dolor pleurítico, fiebre, roce pleural, sudoración, cianosis, hemoptisis.

Diagnóstico:

• **TVP**

La clínica es insuficiente para el diagnóstico; no obstante, la sospecha clínica fundada es suficiente para iniciar tratamiento en espera de confirmación diagnóstica.

La prueba que nos da el diagnóstico de TVP es un Doppler de la extremidad afectada:

- Si es positivo: Tratamiento.
- Si es negativo y la sospecha clínica es leve: No tratamiento (o se suspende si ya está instaurado).
- Si es negativo y la sospecha clínica es muy sugestiva: Se mantiene el tratamiento y se repite el Doppler en 1 semana, o se realiza una venografía. Si el Doppler a la semana o la venografía son negativos: se suspende el tratamiento; si son positivos: se mantiene el tratamiento.

• **TEP**

La primera prueba a realizar es un examen de perfusión, si éste está alterado se realiza una gammagrafía de ventilación-perfusión y un examen Doppler de ambas piernas:

- Si la gammagrafía da alta o media probabilidad de TEP: Tratamiento.
- Si la gammagrafía da baja probabilidad de TEP y el Doppler de las piernas es positivo: Tratamiento.

- Si la gammagrafía da baja probabilidad de TEP, el Doppler es negativo y la sospecha clínica es alta: Tratamiento y repetir pruebas en 1 semana. Si las pruebas siguen siendo negativas y la sospecha clínica alta: se realizan otras pruebas diagnósticas (angiografía pulmonar, resonancia o TAC helicoidal).

En la embarazada, como en la no gestante, valores bajos del Dímero D (<500ng/ml) sugieren que el TEP no existe, pero un aumento de sus niveles no es indicativo de proceso trombótico debido a las modificaciones fisiológicas en los factores de coagulación que acontecen en el embarazo.

Tratamiento:

- **TVP**

En toda paciente con sospecha clínica fundada de ETE, debe iniciarse tratamiento anticoagulante hasta que los métodos diagnósticos lo confirmen o excluyan.

El tratamiento de elección tanto en la fase aguda como a largo plazo es la heparina de bajo peso molecular (HBPM), por ser más eficaz que la heparina no fraccionada (HNF) y asociarse a una menor mortalidad y complicaciones hemorrágicas durante el tratamiento (grado de recomendación A). La dosis de HBPM a utilizar son dosis plenas: Enoxaparina (Clexane) 1mg/kg/12horas/SC, por ser la HBPM con la que se tiene más experiencia durante el embarazo.

La duración recomendada de anticoagulante son 6-9 meses, y durante el puerperio se puede sustituir la HBPM por anticoagulantes orales al 2º o 3º día.

Control mediante INR para que su valor sea 2-3. Junto al tratamiento farmacológico se recomienda la elevación de la extremidad afecta y el reposo absoluto durante 5 días.

- **TEP**

El fármaco de elección para el manejo inicial del TEP masivo es la HNF IV, debido a su mayor rapidez y mayor experiencia de su uso. La dosis inicial de carga es de 5000UI, seguida de infusión continua de 1000-2000 UI/hora. Control mediante TPPa para que su valor sea TPPa paciente/TPPa control 1'5-2'5.

Al igual que en la TVP se mantendrá el tratamiento anticoagulante 6-9 meses. Y también se recomienda el reposo absoluto durante 5 días. En los casos graves se requieren cuidados de soporte vital en la UCI donde se instaurará fibrinolisis, cirugía.

- **Profilaxis tromboembólica en la cesárea**

Según las recomendaciones del RCOG Working Party Report on Prophylaxis Against Thromboembolism, la profilaxis dependerá de los factores de riesgo de la paciente.

La HBPM se administra a dosis profilácticas:

- Enoxaparina (Clexane) 40mg/sc/24h
- Bemiparina (Hibor) 2500UI/sc/24h
- O similares

Además se recomienda la movilización precoz y el uso de medias compresivas en los casos de alteración del retorno venoso. Cuando el riesgo es bajo o moderado se mantiene la HBPM durante 3-5 días, si el riesgo es elevado se mantiene hasta el 5º día del puerperio o más si la movilización no es completa aún.

Bajo Riesgo: Cesárea electiva en paciente con embarazo no complicado y sin factores de riesgo.

Riesgo moderado: Edad >35 años, obesidad >80kg, paridad>4, trabajo de parto de >12horas, grandes venas varicosas, infección, preeclampsia, inmovilidad previa a la cirugía (>4 días), enfermedad mayor intercurrente, cesárea en trabajo de parto.

Riesgo elevado: Paciente con 3 o más factores de riesgo moderado, cirugía mayor pélvica (cesárea con histerectomía), historia personal o familiar de TVP o TEP, trombofilia o paraplejía, síndrome antifosfolípido.(2).

Mortalidad materna postcesárea

En ocasiones es difícil evaluar si la muerte materna tras la cesárea se debe a la intervención o a la causa que motivó la misma, sobre todo si la causa fue una enfermedad materna que impedía el parto vía vaginal (DM complicada, Preeclampsia, alteración cardiaca o renal).

Actualmente, gracias a los progresos en las técnicas anestésicas, a la disponibilidad de una profilaxis antibiótica eficaz y a las técnicas para reposición de volemia, las complicaciones que conllevaban con mayor frecuencia a la mortalidad materna (complicaciones anestésicas, infecciones y hemorragias) son mucho menos frecuentes. Sí es cierto que la mortalidad materna es mayor en el parto por cesárea que en el parto vía vaginal, incluso de 5 a 7 veces superior.

Impacto de la cesárea en el futuro obstétrico-ginecológico

La cesárea anterior supone un mayor riesgo de complicaciones importantes en futuras gestaciones. Se producirán con mayor frecuencia:

- Rotura uterina y dehiscencia de cicatriz uterina.
- Inserciones anómalas de la placenta (placenta ácreta, placenta previa).
- Realización de nueva cesárea, por la aparición de un condicionante adicional en la nueva gestación (macrosomía, presentación podálica, gestación gemelar, endometritis o rotura uterina en parto anterior, cesárea anterior en prematuro) que se añade a una cicatriz uterina longitudinal media o a 2 o más segmentarias transversas.(12)
- Complicaciones intraoperatorias, debido a las adherencias producidas por la intervención previa. Y una intervención, por lo tanto, más complicada.
- Histerectomía obstrétrica.

El futuro ginecológico de la mujer también se ve influenciado por:

- Síndromes adherenciales dolorosos.
- El aumento del riesgo quirúrgico pudiendo verse condicionada la vía de acceso para una intervención quirúrgica.

Procedimientos que podrían evitar algunas complicaciones

Una vez iniciada una cesárea en una gestante con dinámica uterina, el tiempo transcurrido hasta el inicio de la intervención ha de ser el menor posible (en el caso de una cesárea urgente, no más de 30 minutos).

Normas de asepsia adecuadas, evitando soluciones antisépticas con yodo.

Posición materna en ligero decúbito lateral izquierdo, para evitar hipotensión.

Conocer la hora de la última ingesta, para evitar una aspiración pulmonar del contenido gástrico durante el procedimiento anestésico. Uso de técnicas anestésicas adecuadas a cada paciente. Confirmar el diagnóstico de presentación anómala antes de la intervención. No usar el bisturí eléctrico en la histerotomía, por proximidad del feto. Recuento de material usado en la intervención. Consentimiento informado.

2.4 ADOLESCENCIA

Se define como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial (5).

Según la OMS, la adolescencia se clasifica en:

ADOLESCENCIA TEMPRANA: 10-13 AÑOS

ADOLESCENCIA MEDIA: 14-16 AÑOS

ADOLESCENCIA TARDIA: 17-19 AÑOS

Embarazo en la adolescencia:

Se define como el que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la mujer y cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. La probabilidad de morir debido a eventos relacionados con la reproducción es de 2 veces mayor cuando la adolescente esta entre los 15 y 19 años, pero estas 6 veces mayor cuando la joven es menor de 15 años.

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencia diferencia significativa en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols demostró que el riesgo obstétrico en las adolescente mayores (16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que la simple edad materna. En contraste en la paciente menor de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. Algunos autores concluyen que la pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que un a embarazada adulta de similar nivel socio económico.

En lo biológico se altera el vínculo madre hijo, dando como resultado en la madre mayor mortalidad materna por el embarazo, abortos y cesáreas, en el niño de bajo peso, prematuros, enfermedades congénitas y adquiridas (6).

Psicológicamente el embarazo interrumpe la tarea evolutiva de la adolescente, tienen pérdida afectivas graves, les duele dejar de ser jóvenes, su colegio, sus

amigas, perder la confianza de sus padres y poder salir a divertirse como antes.

La maternidad induce a la necesidad de asumir responsabilidad no propias de esta etapa de su vida, reemplazando a su madre, viendo se privada de actividades que corresponden a su edad y confundiendo su rol dentro del grupo, pasando a ser una hija madre.

En algunas ocasiones se presentan dificultades en los vínculos familiares, pérdida de la comunicación con los padres lo que les lleva a matrimonios forzados y de corta duración o quedan con el estigma de ser madres solteras (3,5).

2.5 Definición

Conceptos operacionales

Cesárea	Se define como la extracción fetal a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía). Su frecuencia varía según el centro pero está entorno al 16-17%.
Adolescencia	Se define como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica.
Complicaciones infecciosas	Son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea. Entre ellas la más frecuente es la endometritis, seguida de las infecciones urinarias y la infección de la herida quirúrgica. Otras más graves pero afortunadamente menos frecuentes son bacteriemias, sepsis, peritonitis, abscesos pélvicos, fascitis necrotizante, tromboflebitis séptica, peritonitis por vermix caseoso.
Complicaciones hemorrágicas	Además de los factores de riesgo y las causas que contribuyen a la hemorragia postparto (HPP), la cesárea en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal. La definición de HPP no está consensuada. Aunque parece que se suele definir como aquel sangrado vaginal mayor de 500cc tras un parto vía vaginal o mayor de 1000cc.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPOTESIS

Hipótesis: General

Las complicaciones de las cesáreas en gestantes adolescente son infecciosas y hemorrágicas en el servicio de ginecología del Hospital Vitarte durante el periodo 2013-2014.

Hipótesis Específicas

Las características sociodemográficas más frecuentes en las complicaciones de cesáreas en adolescentes atendidas en el hospital vitarte en el periodo 2013-2014.

Las complicaciones son infecciosas en adolescentes del servicio de ginecología del Hospital Vitarte durante el periodo 2013-2014.

Las complicaciones son hemorrágicas en adolescentes del servicio de ginecología del Hospital Vitarte durante el periodo 2013-2014.

3.2 VARIABLES: INDICADORES

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

ADOLESCENCIA TEMPRANA

ADOLESCENCIA MEDIA

ADOLESCENCIA TARDIA

SOLTERA

CASADA

UNION LIBRE

DIVORCIADA

VIUDA

ANALFABETA

PRIMARIA INCOMPLETA

PRIMARIA COMPLETA

SECUNDARIA INCOMPLETA

SECUNDARIA COMPLETA

SUPERIOR

URBANA

RURAL

COMPLETO

IMCOMPLETO

COMPLICACIONES INFECCIOSAS:

SI O NO

COMPLICACIONES HEMORRAGICAS:

LEVE

MODERADA

GRAVE

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio: Descriptivo - Retrospectivo-transversal

Diseño de estudio: Observacional

4.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método cuantitativo

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estará constituida por todos las pacientes adolescentes con complicaciones de cesárea que acudan al hospital vitarte durante los periodos 2013-2014.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumentos:

Se utilizará una ficha de recolección de datos para registrar los datos de la historia clínica y se utilizará los programas SPSS y Microsoft Excel para procesar los datos obtenidos.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos:

Para garantizar los aspectos éticos de esta investigación la información sobre el objetivo del estudio será explicada a la respectiva institución, para su aprobación y posterior desarrollo. Se le informará acerca de los procedimientos que se van a realizar así como del uso que se le dará a la información recabada. Se asegurará la confidencialidad y anonimato de los datos personales y el cuidado de los mismos mientras estén bajo el cuidado de los investigadores.

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

En la etapa inicial del proceso de recolección de datos se identificará el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vitarte y se solicitará previamente el permiso respetivo a la institución para la revisión de Historias Clínicas.

Una vez obtenido esto, se procederá al escrutinio de historias clínicas de la fecha mencionada seleccionando a las pacientes que muestren complicaciones de cesárea hemorragia, infección de herida en el stat de

los médicos. Se recogerá la información pertinente. Dicho escrutinio se realizará por el investigador hasta completar la totalidad de la población.

4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Cuando se obtenga el total de la información de las historias clínicas se procederá al vaciamiento fidedigno a la base de datos establecido de la investigación y al análisis del mismo. El software que se empleará en el análisis de datos y obtención de gráficos es el SPSS versión 23.0 y Microsoft Excel.

Se determinará, con estos programas, la prevalencia de las complicaciones de las cesáreas en pacientes del hospital vitarte en los periodos 2013-2014.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterio de Inclusión:

Pacientes con complicaciones de cesárea que se encuentren dentro del puerperio y presenten hemorragia, infecciones de herida que hayan sido atendidos en Hospital Vitarte durante el periodo 2013-2014

Criterio de Exclusión:

Pacientes operadas de cesárea que no presenten complicaciones.

Historias clínicas que faltan completar

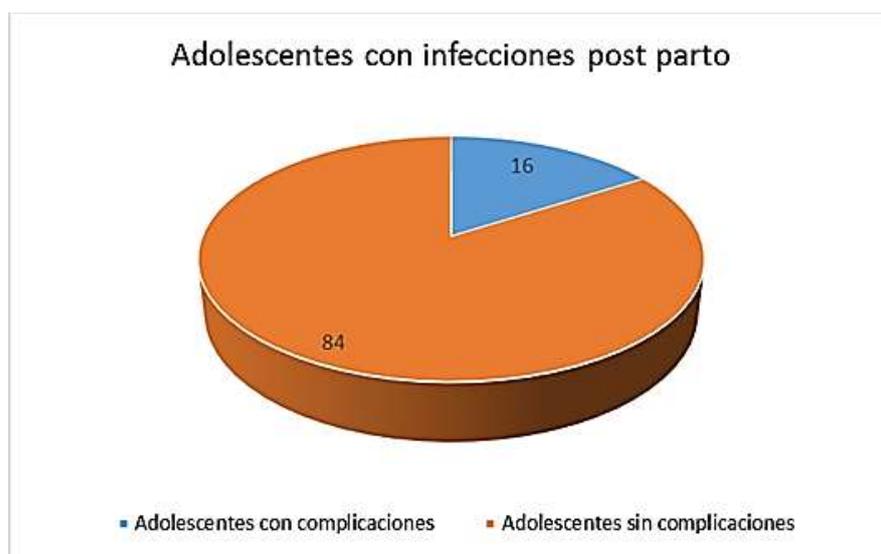
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

Tabla 1: Adolescentes con infecciones post parto

	Frecuencia	Porcentaje
Adolescentes con complicaciones	31	16
Adolescentes sin complicaciones	162	84
TOTAL	193	100

Gráfico 1:



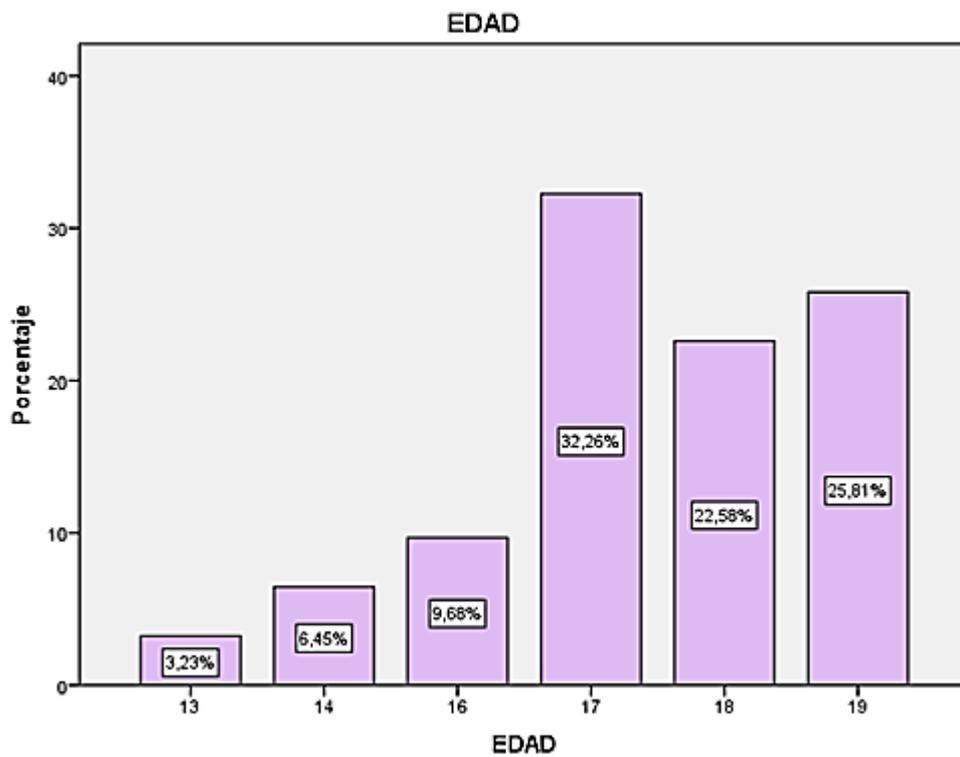
Interpretación:

Se puede visualizar en el gráfico, que a la población de las historias clínicas se recopiló: **Adolescentes con infecciones post parto**, obteniendo los siguientes resultados: Adolescentes con complicaciones 16% y Adolescente sin complicaciones un 84%

Tabla 2: Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	13	1	3,2	3,2	3,2
	14	2	6,5	6,5	9,7
	16	3	9,7	9,7	19,4
	17	10	32,3	32,3	51,6
	18	7	22,6	22,6	74,2
	19	8	25,8	25,8	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Grafico 2:



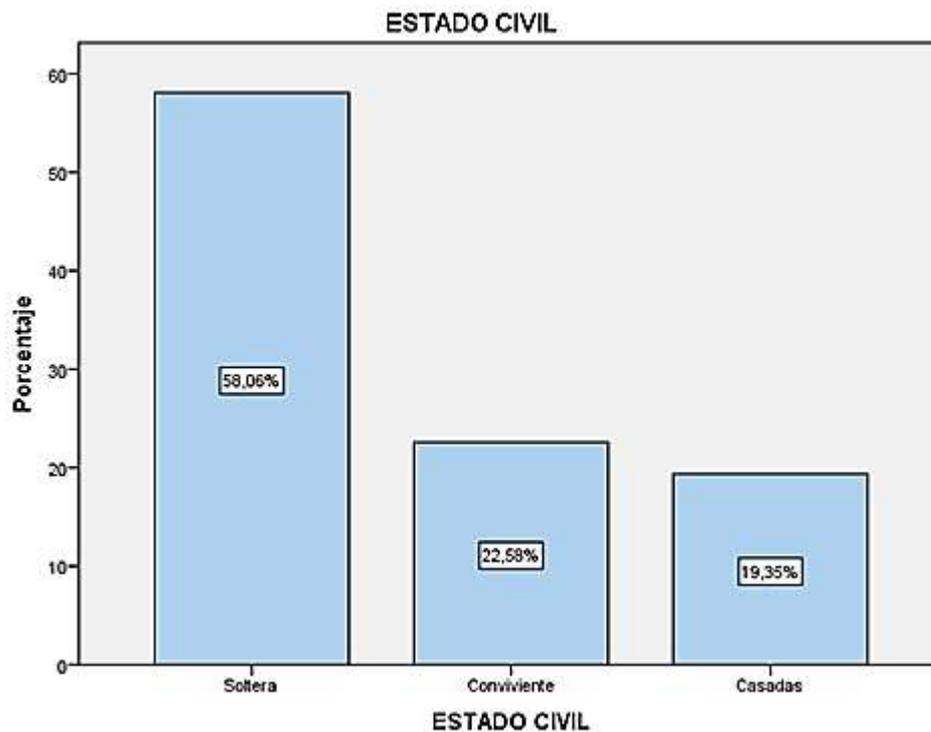
Interpretación:

Se puede visualizar en el gráfico, que a la población de las historias clínicas se recopiló: **Edad**, obteniendo los siguientes resultados: 13 años un 3.21, 14 años un 6.45%, 16 un 9.68%, 17 años un 32.30%, 18 años un 22.6% y 19 años un 25.8%.

Tabla 3: Estado Civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	18	58,1	58,1	58,1
	Conviviente	7	22,6	22,6	80,6
	Casadas	6	19,4	19,4	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Gráfico 3:



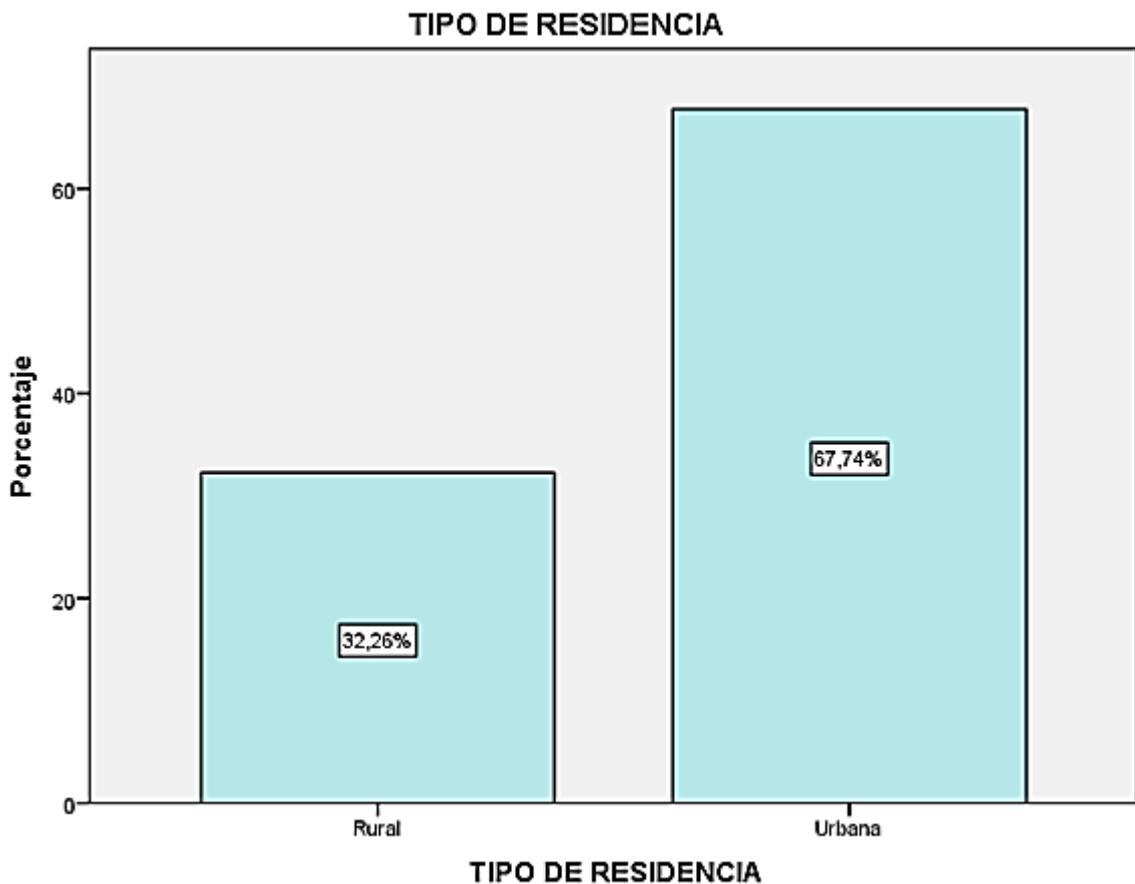
Interpretación:

Se puede visualizar en el gráfico, que a la población de las historias clínicas se recopiló: **Estado civil**, obteniendo los siguientes resultados: Soltero un 58.1%, Conviviente un 22.6% y Casadas un 19.4%

Tabla 4: Tipo de residencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Rural	10	32,3	32,3	32,3
	Urbana	21	67,7	67,7	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Gráfico 4:



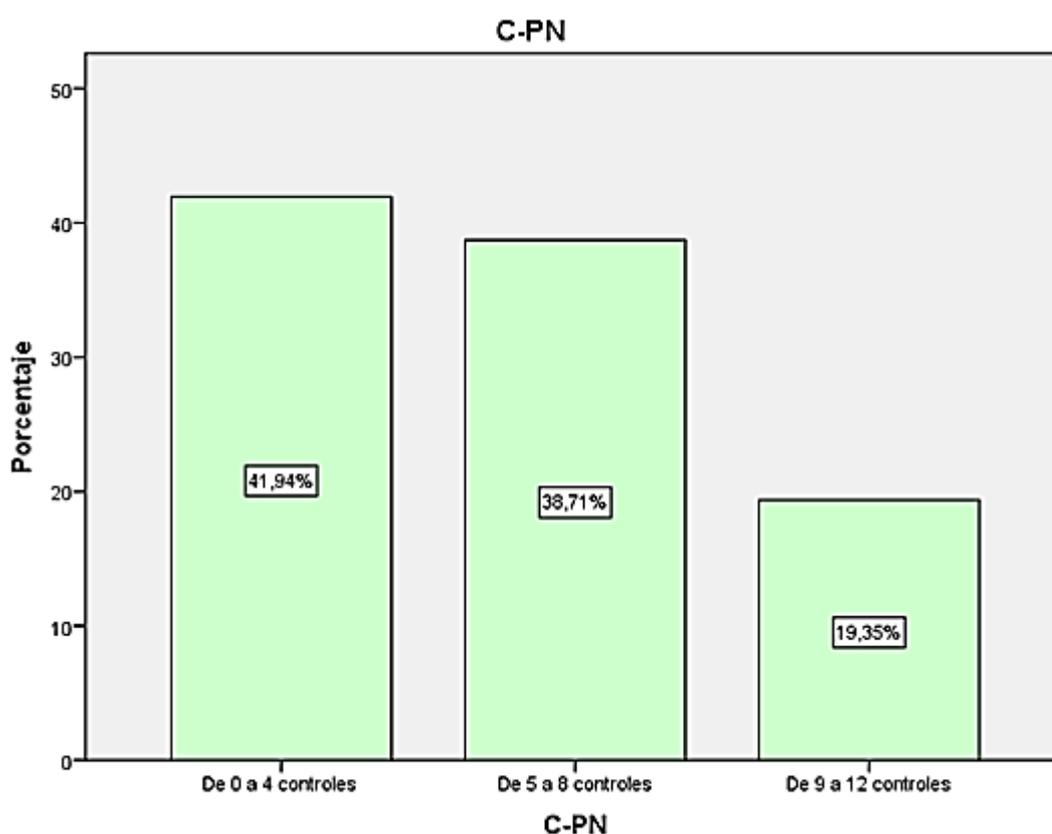
Interpretación:

Se puede visualizar en el gráfico, que a la población de las historias clínicas se recopiló: **Tipo de residencia**, obteniendo los siguientes resultados: rural un 32.26% y Urbano un 67.74%

Tabla 5: C-PN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 0 a 4 controles	13	41,9	41,9	41,9
	De 5 a 8 controles	12	38,7	38,7	80,6
	De 9 a 12 controles	6	19,4	19,4	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Gráfico 5:



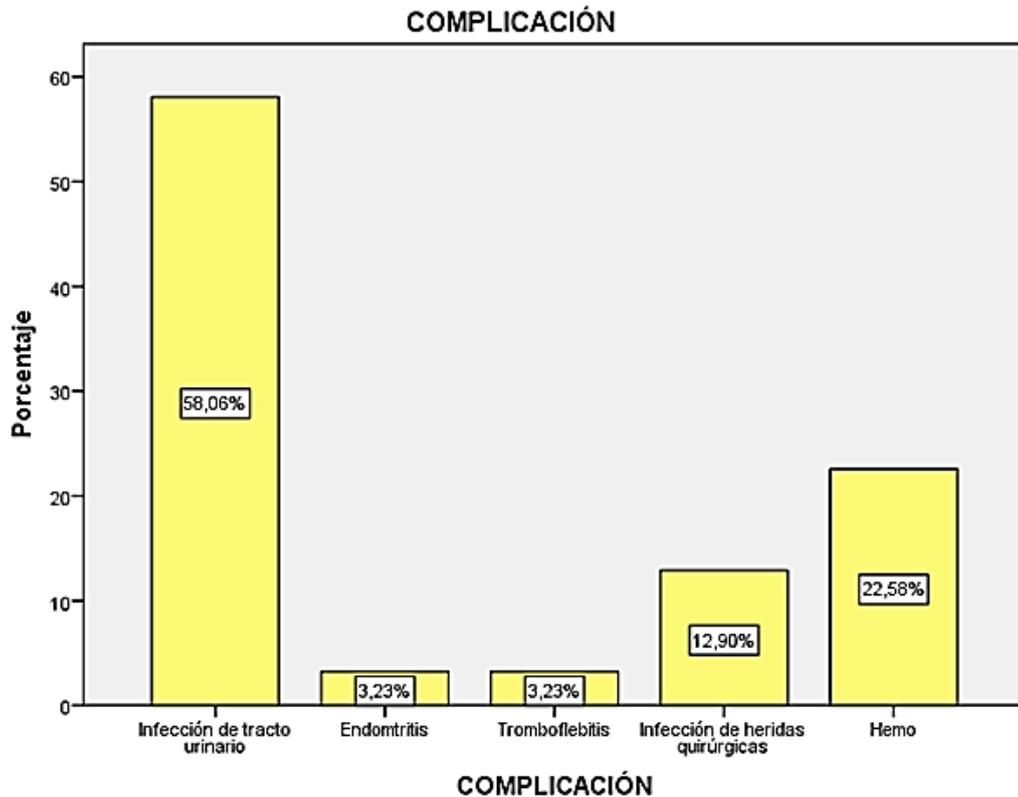
Interpretación:

Se puede visualizar en el gráfico, que a la población de las historias clínicas se recopiló: **Tipo de residencia**, obteniendo los siguientes resultados: rural un 32.26% y Urbano un 67.74%

Tabla 6: Complicación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Infección de tracto urinario	18	58,1	58,1	58,1
Endometritis	1	3,2	3,2	61,3
Tromboflebitis	1	3,2	3,2	64,5
Infección de heridas quirúrgicas	4	12,9	12,9	77,4
Hemorragias	7	22,6	22,6	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Gráfico 6:



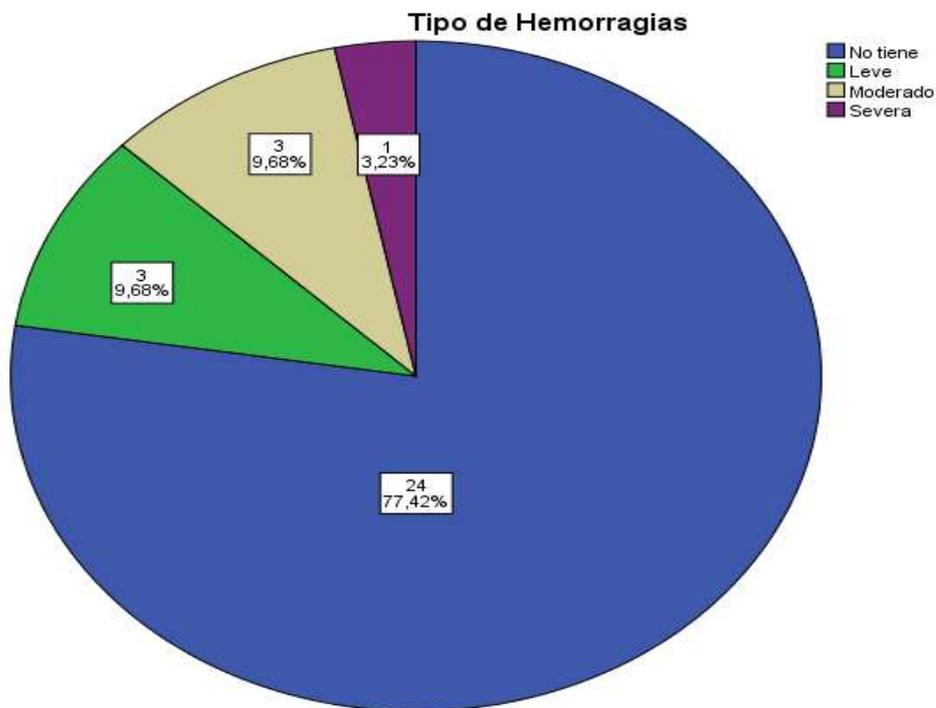
Interpretación:

Se puede visualizar en el gráfico, que a la población de las historias clínicas se recopiló: **Complicación**, Infección de tracto urinario un 58.06%, Endometritis un 3.23%, Tromboflebitis un 3.23%, Infección de heridas quirúrgicas un 12.90%, Hemorragias un 22.59%

Tabla 7: Hemorragias

		Tipo de Hemorragias			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tiene	24	77,4	77,4	77,4
	Leve	3	9,7	9,7	87,1
	Moderado	3	9,7	9,7	96,8
	Severa	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

Gráfico 7:



Interpretación:

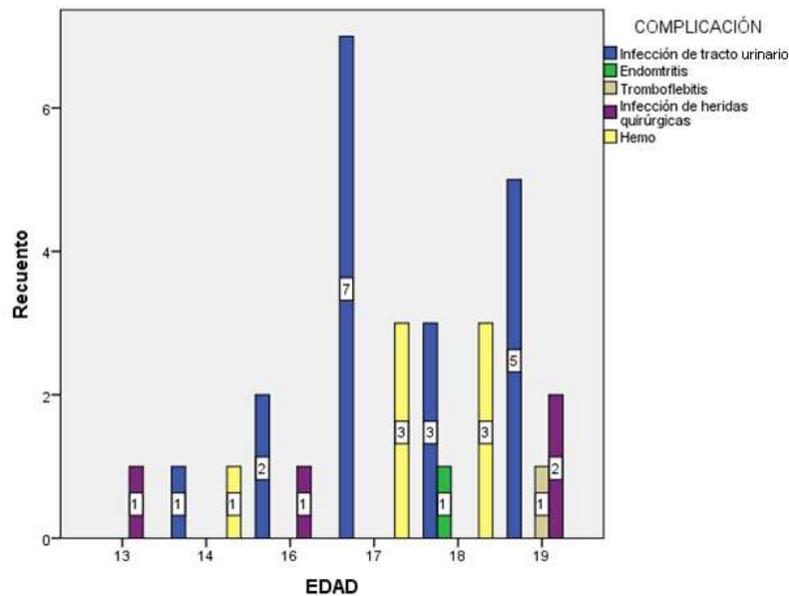
Se puede visualizar en el gráfico, que a la población de las historias clínicas se recopiló: **Complicación**, hemorragia leve 9.7 %, hemorragia leve 9.7%, hemorragia severa 3.2%, no tienen 77.4%.

Tabla 8: Edad*Complicación tabulación cruzada

Recuento

	EDAD	COMPLICACIÓN					Total
		Infección de tracto urinario	Endometritis	Tromboflebitis	Infección de heridas quirúrgicas	Hemo	
	13	0	0	0	1	0	1
	14	1	0	0	0	1	2
	16	2	0	0	1	0	3
	17	7	0	0	0	3	10
	18	3	1	0	0	3	7
	19	5	0	1	2	0	8
	Total	18	1	1	4	7	31

Gráfico 8: Edad/Complicaciones



Interpretación:

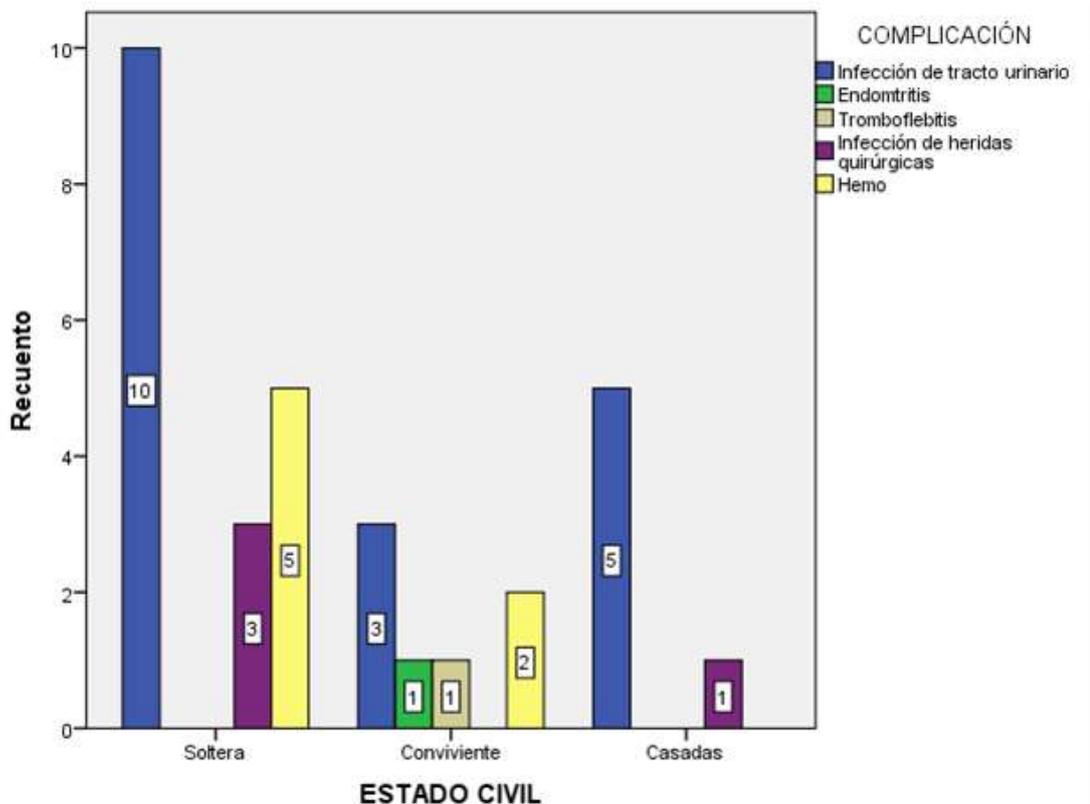
Se puede visualizar en el gráfico de doble entrada en donde se mide la edad con las infecciones encontramos que a la población estudiada presento las siguientes conclusiones: Las pacientes de 17 años, 7 tuvieron infección urinaria y de 19 años, 5 tuvieron infección urinaria. Asimismo, las paciente de 17 y 18 años tuvieron 3 Hemorragias.

Tabla 9: Estado Civil*Complicación tabulación cruzada

Recuento

		COMPLICACIÓN					Total
		Infección de tracto urinario	Endometritis	Tromboflebitis	Infección de heridas quirúrgicas	Hemo	
ESTADO CIVIL	Soltera	10	0	0	3	5	18
	Conviviente	3	1	1	0	2	7
	Casadas	5	0	0	1	0	6
Total		18	1	1	4	7	31

Gráfico 9: Estado civil / complicación



Interpretación:

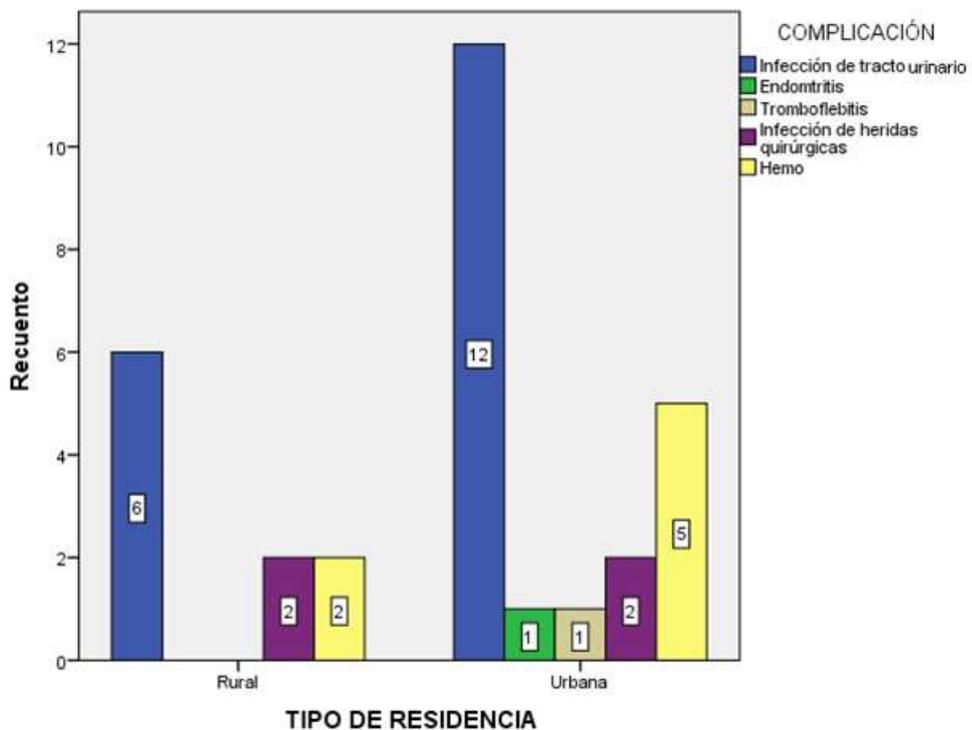
Se puede visualizar en el gráfico de doble entrada en donde se mide el estado civil y las complicaciones, el más alto índice corresponde a solteras con Infección Urinaria 10, 5 Infección de Heridas Quirúrgicas y Hemorragias 3 pacientes.

Tabla 10: Tipo de residencia*complicación tabulación cruzada

Recuento

		COMPLICACIÓN					Total
		Infección de tracto urinario	Endometritis	Tromboflebitis	Infección de heridas quirúrgicas	Hemo	
Tipo de Residencia	Rural	6	0	0	2	2	10
	Urbana	12	1	1	2	5	21
Total		18	1	1	4	7	31

Gráfico 10: Tipo de residencia*complicación tabulación cruzada



Interpretación:

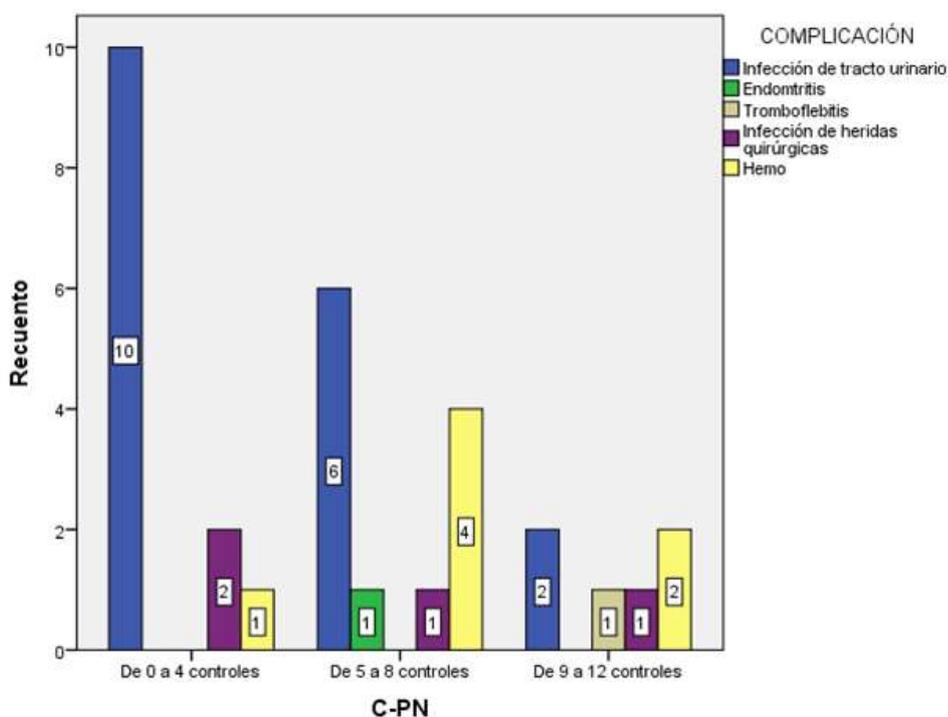
Se puede visualizar en el gráfico de doble entrada en donde se mide tipo de residencia y las complicaciones, el más alto índice corresponde Residencia Urbana con 12 pacientes infecciones urinarias, 2 Infecciones de heridas quirúrgicas y 5 pacientes con Hemorragias.

Tabla 11: C-PN*COMPLICACIÓN tabulación cruzada

Recuento

		COMPLICACIÓN					Total
		Infección de tracto urinario	Endometritis	Tromboflebitis	Infección de heridas quirúrgicas	Hemo	
C-PN	De 0 a 4 controles	10	0	0	2	1	13
	De 5 a 8 controles	6	1	0	1	4	12
	De 9 a 12 controles	2	0	1	1	2	6
Total		18	1	1	4	7	31

Gráfico 11: C-PN*COMPLICACIÓN tabulación cruzada



Interpretación:

Se puede visualizar en el gráfico de doble entrada en donde se mide C-PN Y complicaciones, el más alto índice corresponde aquellas pacientes que han tenido de 0 a 4 controles tuvieron 10 de ellas tuvieron Infecciones de tracto urinario 2 Infecciones en heridas quirúrgicas y 1 Hemorragias

5.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El embarazo en adolescente se designa como embarazo precoz, ya que la madre todavía no ha alcanzado suficiente madurez emocional para afrontar la maternidad, aunque en otras culturas se postula que la mujer debe iniciar su maternidad en edad temprana son ideas que se contradicen (16)

Las cesáreas tienen un incremento en su frecuencia debido a esto las complicaciones son más comunes y su aumento también afecta a las adolescentes.

La información obtenida de pacientes que han sido sometidas a cesárea y que presentan complicaciones en el hospital ate vitarte incluyen datos de historias clínicas de puérperas que presentaron complicaciones en cesáreas y también identifica las características de la población.

El análisis estadístico cuantitativo retrospectivo descriptivo de la presente investigación realiza una aproximación de la realidad local, como un intento de buscar la relación entre los hechos y el ámbito en que se hace presente.

En el hospital vitarte se cuenta con un población diversa. El levantamiento de información se realizó por medio de un formulario previamente validado y recopilado por su investigadora. Una estrategia adicional fue el control de calidad de datos.

En revisiones de internet se pueden ver trabajos sobre complicaciones de cesáreas en adolescentes que no ocupan muchos portales pero exponen resultados de sus investigaciones.

Las adolescentes se embarazan en su mayoría debido a la pobreza, inestabilidad familiar, abandono escolar y la inserción temprana al mercado laboral. Algunos autores señalan que complicaciones en cesáreas no tienen que ver con la edad sino con menor acceso a servicios y pobreza debido al cuidado que se debe de tener en la paciente post cesárea.

En nuestro estudio durante los años 2013-2014 se realizó cesáreas a 193 adolescentes de los cuales presentaron en sus complicaciones 31 pacientes lo que implica un 16% del total. Se observó que la adolescencia tardía represento un 80.6 %, la mayoría reside en la zona urbana con 67.7% y predomina las

adolescentes solteras con 58.1% y la mayoría solo tuvo de 0-4 controles prenatales con un 41.9 %. .Se realizó un estudio clínico de 177 cesáreas en adolescentes realizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital "Dos de Mayo", con el objeto de determinar la incidencia y compararla con otros centros hospitalarios, las causas de la cesárea, establecer índices de morbimortalidad, y determinar las complicaciones derivadas de la operación.

Para ello se estudiaron las historias clínicas de los 177 casos retrospectivamente. Se observó que las 177 cesáreas constituyen el 3.07 por ciento del total de partos en adolescentes más del 56 por ciento fueron solteras o conviviente y en cuanto al grado de instrucción 45.2 por ciento con secundaria incompleta, también haremos notar el alto porcentaje de las no controladas 61.5 por ciento y la mayoría reside en la zona urbana 61.5 %.(17)

Dentro de nuestro estudio la complicaciones de cesáreas en adolescentes incluyen: infección del tracto urinario en el 58.1 %, hemorragias pos cesárea 22.6%, infección de herida quirúrgica 12.9%, endometritis y tromboflebitis en el 3.2 %, dentro de las el 9.7% con hemorragia leve y moderada, el 3.2% con hemorragia severa.

Se realizó un estudio hospital Hipolito Unanue. 212 adolescentes fueron sometidas a cesáreas entre las complicaciones más frecuentes se encontró la fiebre 30 %, la infección de vía urinaria 20% infección de herida operatoria 19 % endometritis 15 %, hematoma de herida operatoria 6 %, otros 20 % %(14)

En otro estudio en la universidad abierta interamericana .Se estudiaron 798 paciente donde la prevalencia de infecciones fue de endometritis 68 %, infección de herida quirúrgica 6.5 % e infección urinaria en 6.5 % mastitis 6 % .Se concluyó que la infección más frecuente fue la endometritis y se observó en primigestas.(15).

Este estudio nos ha dado un visión global de nuestra realidad, la misma no es muy diferente a nivel nacional pero se encontró diferencia con otros países en vías de desarrollo en relación a las complicaciones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Las adolescentes sometidas a cesárea en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital vitarte en el año 2013-2014 presentaron:

Complicaciones infecciosas: Infección de tracto urinario que representaron el 58.1%, se presentaron 18 casos, infección de herida quirúrgica 12.9% se presentaron 4 casos, endometritis y tromboflebitis con 3.2 % y se presentó y 1 caso en cada uno de ellos.

2. Complicaciones hemorrágicas: representan el 22.6 % con un total de 7 casos, el 9.7% con hemorragia leve y moderada, el 3.2% con hemorragia severa.

3. La distribución según edad tuvo como promedio los 16 años, siendo el mínimo de edad 13 años y el máximo 19 años. La edad entre los 17 a 19 años (adolescencia tardía) representa el 80.6%.

4. Las adolescentes solteras representan 58.1% donde hubieron 18 casos, las adolescentes convivientes el 22.6% con 7 casos, y casadas el 19.4 % con 6 casos.

5. Las adolescentes que pertenecen a la zona urbana representa el 67.7% con 21 casos y la zona rural 32.3 % con 10 casos.

6. En cuanto a los controles pre natales de 0-4 que fueron la mayoría representan 41.9% con 13 casos, de 5 a 8 representan el 38.7 % y 9 a 12 el 19.4% con 6 casos.

Recomendaciones

Con el estudio que hemos realizado podemos proponer que se priorice la asistencia médica en pacientes que han sido sometidas a cesárea y un mejor control post operatorio de las complicaciones se dan tanto en el área rural como en la urbana.

Se aconseja también incidir en la higiene y cuidado en casa como: lavado de manos, limpieza de herida operatoria ya que estas son las que produjeron mayor número de complicaciones y una mayor asistencia a los controles post operatorios.

Además también hacer conciencia de los controles prenatales que debe realizar las gestantes adolescentes a fin de disminuir las cesáreas como complicación y las complicaciones de estas y también educar en general a las adolescentes para disminuir la incidencia de embarazos en esta edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Bamigboye AA, Hofmeyr GJ. Non closure of peritoneal surfaces at caesarean section a systematic review. S Afr Med J. 2005 Feb; 95 (2): 123-126.
- (2) Complicaciones tromboembólicas de la gestación. Protocolos de la SEGO. 2006.
- (3) Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetricia. 22ªed.Madrid: MC Graw Hill.2007;695-719
- (4) Dausereau J, Joshi Ak, Helewa ME. Double blind comparison of carbetocin versus oxytocin in prevention of uterine atony after caesarean section. Am J Obstet Gynecol. 1999 Mar; 180 (3pt 1): 670-
- (5) Dodd JM, Anderson ER, Gate S. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jul; (3).
- (6) González González NL, González de Agüero Laborda R, González Batres C, et al. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos 1ªed.Zaragoza: Fabre González E. 1999;319-335, 607-639
- (7) Hemorragia Postparto Precoz. Protocolos de la SEGO. 2006.
- (8) Howell CJ Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour. Cochrane Database Syst Rev 2000;(2)
- (9) Okojie P, Cook P. Some aspects of the use of epidural analgesia in labour. Int J ClinPract 1999;53:418-420
- (10) Puertas A. Cesárea (técnica quirúrgica y profilaxis antibiótica). Protocolos de Obstetricia Hospital Universitario Virgen de las Nieves. 2007
- (11) Puerperio Normal y Patológico. Protocolos de la SEGO. 2008.
- (12) Romero A, Puertas A. Manejo activo del alumbramiento. Protocolos de Obstetricia Hospital Universitario Virgen de las Nieves. 2007
- (13) Wilkinson C, Enkin MW. Uterine exteriorization versus intraperitoneal repair at caesarean section. Cochrane Database Syst REV 2004 (4)
- (14) Pedro Abad "Cesarea en Adolescentes". Revista panamericana de salud-1998
- (15) Slivia Dignani"Factores asociados a las complicaciones infecciosas del puerperio". Rev cubana obstétrica ginecológica 2004 ; 30

- (16) Dr. Sigfrido Valdez daval, Dr John Essien , Dra jessica Bardales mitac, Dra daymi Saavedra moredo y dra Edith bardales.” Embarazo en la adolescencia .Incidencia, Riesgo y complicaciones” Rev cubana obstetría ginecología v.28 n.2 ciudad de la habana Mayo-ago.2002.
- (17) Loli Figueroa, Alfonso A. “Estudio clínico de las cesáreas en adolescentes”. Diagnóstico (Perú); 25(5/6): 86-91, 97, mayo-jun. 1990. tab, illus .
- (18) Paz Fuentes, Martha; Cruzat Cruzat, Humberto; Barrera Quiala, Miriam.”Embarazo en edades temprana.Algunas consideraciones al respecto” Rev cubana enfermería v.15 n.1 ciudad de la habana ene-abri.1999
- (19) Diaz bolano, Jaime; Lucenko L; Caceres J; Vallenilla e; abruzzese Constantina; torres P.“ Histerectomía por complicaciones de la cesarea”. Rev cubana obst ginecol v.22 n.1 ciudad de la habana ene-jun 1996.
- (20) Piloto Morejón, Manuel; Suárez Blanco, Ciro; Palacios Valdés, Gertrudis. “Complicaciones puerperales durante la estadía hospitalaria” Rev cubana obst ginecol v.20 n.3 ciudad de la habana ene-jun 1990.
- (21) Dr Jorge Pelaez mendoza, Dr jose Sarmineto Barcelo, Dr Ricardo de la Osa Cornesa y Dr Andres Zambrano Cardenas.” Cesarea en la adolescente: morbilidad materna y perinatal” rev cubana med trop 2010;53(2):100-10.
- (22) Dr: Jorge Luis Yu tang Morales “ Complicaciones perinatales y la vía de terminación de parto en adolescentes tempranas y tardías”Universidad Nacional de San Marcos.
- (23) Álvaro Monterrosa-Castro “Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento “Rev Colomb Obstet Ginecol vol.58 no.2 Bogotá Apr./June 2007
- (24) Selkis Caraballo López, Yumara García Romero1 y Alfredo Núñez Álvarez. “Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos” rev cubana med trop 2001; 53 (2):106-10.

ANEXOS

ANEXOS ANEXO 01: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.	son las características que tiene una persona y su posición dentro de la sociedad	EDAD	Adolescencia temprana	10-13
		ESTADO CIVIL	Adolescencia Media	14-16
			Adolescencia Tardía	17-19
			Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda	SI/NO
		INSTRUCCIÓN	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Incompleta Secundaria Completa Superior	SI/NO
RESIDENCIA	Urbana Rural	SI/NO		
CONTROLES PRENATALES	Completo Incompleto	0 1-3 4-7 8-12		

VARIABLE		DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
COMPLICACIONES INFECCIOSAS		Son las más frecuentes	ENDOMETRITIS	SI O NO	Cualitativa nominal
		(90% de todas las complicaciones asociadas a las Cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea.	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	SI O NO	Cualitativa nominal
			INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA	SI O NO	Cualitativa Nominal
			TROMBOFLEBITIS SÉPTICA PÉLVICA	SI O NO	Cualitativa nominal

ANEXO 02: INSTRUMENTOS

HISTORIA CLINICA:

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

EDAD: ADOLESCENCIA TEMPRANA
 ADOLESCENCIA MEDIA
 ADOLESCENCIA TARDIA

GRADO DE INSTRUCCIÓN: ANALFABETA
 PRIMARIA IMCOMPLETA
 PRIMARIA COMPLETA
 SECUNDARIA IMCOMPLETA
 SECUNDARIA COMPLETA
 SUPERIOR

RESIDENCIA : URBANA
 RURAL

ESTADO CIVIL : SOLTERA
 CASADA
 VIUDA
 DIVORCIADA
 UNION LIBRE

CONTROLES PRENATALES: 0
 1-3
 4-7
 8-12

COMPLICACIONES INFECCIOSAS:

ANEXO 03: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS

Se consultó a expertos: la validez de la ficha de recolección de datos se hizo mediante la consulta a asesor del hospital de vitarte medico asistente del servicio de ginecología y al asesor de tesis designada por la universidad.

ANEXO 04: CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS-ESTUDIO PILOTO

Los instrumentos fueron realizados en base a la operacionalizacion de variables de acuerdo a los datos obtenidos en la recolección de datos y fue revisado por el asesor de tesis.