



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**DIAGNÓSTICO DE LA CESÁREA ELECTIVA Y
COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN LAS
PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE APOYO
HUARMEY- PRIMER TRIMESTRE 2016**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MAESTRO EN
SALUD PÚBLICA

AUTORA:

KARLOTA JOSEFINA HERMOZA SERVAT

ASESORA:

Dra. NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA

CHIMBOTE- PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR

Dra. Sonia Avelina Girón Luciano

Presidenta

Mgtr. Fanny Rocio Ñique Tapia

Secretaria

Mgtr. Susana Elizabeth Cabanillas De La Cruz

Miembro

Dra. Nélida Cantuarias Noriega

Asesora

AGRADECIMIENTO

Agradecer sinceramente a mi asesora de Tesis la Dra. Nélida Cantuarias. Noriega por su dedicación, sus conocimientos, orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación.

A la ULADECH Católica, Chimbote por darme la oportunidad de realizar mis estudios de posgrado y poder continuar mi desarrollo profesional.

A mis padres Manuel y Gladys por el ejemplo y valores inculcados en el transcurso de mi vida

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida.

A mis Padres Manuel y Gladys por su amor, trabajo y sacrificio en todo. Gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

INDICE

	Pág.
Hoja de firma del jurado y asesor	ii
Hoja de Agradecimiento	iii
Hoja de Dedicatoria	iv
Índice	v
Índice de tablas	vi
Índice de gráficos	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCION	01
II.-MARCO TEORICO	06
2.1.Marco teórico	06
2.2 Antecedentes	18
2.3 Bases Teóricas	22
2.4 Hipótesis	23
2.5 Variables	24
III.- METODOLOGIA	25
3.1.El tipo y el nivel de la investigación	25
3.2.Diseño de la investigación	25
3.3. Población y Muestra	25
3.4. Definición y operacionalizacion de las variables y los indicadores	26
3.5. Técnicas e instrumentos	27
3.6 Plan de análisis	28
3.7 Principios éticos	28

IV. Resultados	30
4.1 Resultados	30
4.2 Análisis de resultados	34
V. Conclusiones y Recomendaciones	36
5.1 Conclusiones	36
5.2 Recomendaciones	37
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	38

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Distribución del diagnóstico de la cesárea electiva en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo de Huarney en el primer trimestre 2016.	30
Tabla 2 Distribución de las complicaciones postoperatorias más frecuentes en la cesárea electiva en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo Huarney en el primer 2016.	31
Tabla 3 Distribución del diagnóstico de cesárea electiva en relación a las complicaciones postoperatorias más frecuentes en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo de Huarney en el primer trimestre 2016.	32

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico 1 Distribución del diagnóstico de la cesárea electiva en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo de Huarmey en el primer trimestre 2016.	30
Grafico 2 Distribución de las complicaciones postoperatorias más frecuentes en las cesárea electiva en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo Huarmey en el primer 2016.	31
Grafico 3 Distribución del diagnóstico de cesárea electiva en relación a las Complicaciones postoperatorias más frecuentes en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo de Huarmey en el primer trimestre 2016.	33

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo determinar el diagnóstico de la cesárea electiva y las complicaciones postoperatorias inmediatas y mediatas más frecuentes en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo Huarmey en el primer trimestre del año 2016. La metodología utilizada fue cuantitativa, retrospectiva de relación, población muestral estuvo conformada por 50 mujeres sometidas a operación cesárea electiva, para la obtención de los datos se utilizó un cuestionario, obteniéndose los siguientes resultados: Distribución del diagnóstico de la cesárea electiva en las pacientes que acuden al hospital de apoyo Huarmey en el primer trimestre 2016 se observa que el 60 % presentaron diagnóstico de desproporción fetal, 30 % presentación pelviana y 10 % placenta previa , Distribución de complicaciones postoperatoria más frecuentes en la cesárea electiva en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo Huarmey en el primer trimestres 2016 se observa que el 40% presentaron Anemia ,26% Infección de tracto urinario, 20% Infección herida operatoria ,14% Hemorragia (Atonía Uterina) Aplicando el análisis estadístico inferencial a los datos, a través de la prueba Chi cuadrado (X^2), con un nivel de significancia del 5% se evidencia que no hay relación entre las complicaciones postoperatorias de la cesárea electiva con el diagnóstico de la cesárea electiva ($X^2 = 2,26$; $p > 0,05$), probándose la hipótesis nula.

Palabras clave: Cesárea electiva, diagnóstico, complicaciones postoperatorias.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the diagnosis of elective caesarean section and the most frequent immediate and mediatory complications in patients attending the Hospital de Apoyo Huarmey in the first quarter of 2016. The methodology used was quantitative, retrospective relationship. The sample population consisted of 50 women who underwent elective cesarean section. A questionnaire was used to obtain the data. The following results were obtained: Distribution of the diagnosis of elective cesarean section in patients attending the Hospital de Apoyo Huarmey in the first Quarter 2016, 60% presented a diagnosis of fetal disproportion, 30% pelvic presentation and 10% previous placenta. Distribution of postoperative complications more frequent in elective cesarean section in patients attending Hospital de Apoyo Huarmey in the first quarters of 2016 observed that 40% had Anemia, 26% Urinary tract infection, 20% Infection wound surgery, 14% Hemorrhage (Uterine Atony)

Applying the inferential statistical analysis to the data, using the Chi square test (X^2), with a significance level of 5%, it is evident that there is no relation between the postoperative complications of elective cesarean section and the diagnosis of elective cesarean section ($X^2 = 2.26$, $p > 0.05$), and the null hypothesis was tested.

Key words: Elective caesarean section, diagnosis, postoperative complications.

I. “INTRODUCCIÓN” (Citado en <http://www.medigraphi>)

“Sin duda alguna, el desarrollo del procedimiento quirúrgico conocido como cesárea ha sido de los más significativos y de mayor impacto en la atención obstétrica. Aun cuando al comienzo de su utilización ésta tenía como propósito salvar la vida del feto, el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y el descubrimiento de anestésicos antibióticos, la transformó en una cirugía indispensable en la resolución de complicaciones surgidas durante el embarazo o el parto. En épocas recientes, la cesárea se ha convertido en una de las cirugías más empleadas frecuentemente (1)”. (Citado en <http://www.medigraphi>).

En los últimos 30 años, la tasa de partos por cesárea se ha incrementado significativamente en casi todos los países occidentales de 2-4 %. Sólo en los Estados Unidos de Norteamérica, la tasa de partos por cesárea fue 5,5% en el año 1970 y 22,8% en 1993. Los factores influyentes de este aumento incluyen una menor tolerancia a tomar riesgos, temor a los juicios por mal praxis, adelanto tecnológico que permite diagnósticos precoces de sufrimiento fetal, la cesárea en la presentación pelviana para mayor seguridad y el aumento de cesáreas electivas por incremento de cesáreas primarias (2).

En América Latina, la tasa de cesáreas varía desde un 15 % a un 42%, cada año se intenta disminuir esta tasa. En el país el tema de la salud materna indica que los partos por cesárea se incrementaron alrededor del 60% en un promedio de 8 años. A nivel rural es donde más creció esta práctica al pasar del 16,1% (1999-2004) al 31,5% (2007-2015). En el área urbana el porcentaje de cesáreas fue del 44,8% (3).

Por otro lado, en el Ecuador se incrementó los partos por cesárea el 19,6 % en el porcentaje de egresos hospitalarios en el periodo del 2000 al 2011 (MSP 2012), es posible identificar algunas complicaciones que se pueden dar en el procedimiento, ya sea en el transoperatorio y postoperatorio (3).

Es así como la frecuencia de la operación cesárea se mantiene pues casi constante a nivel internacional, variando entre 25 y 30%, cifras muy superiores al 15% que recomienda la OMS, el Perú no escapa a esta realidad, observándose valores similares en ciudades como Lima, Arequipa, Trujillo y Ancash (3).

Las indicaciones para operación cesárea varían considerablemente de un estudio a otro, sin embargo, el antecedente de cesárea anterior, labor de parto disfuncional, desproporción céfalo-pélvica, sufrimiento fetal y la presentación pelviana absorben aproximadamente el 90% de todas las indicaciones, otros autores dan mayor importancia a las enfermedades hipertensivas y las hemorragias de la segunda mitad del embarazo (4).

La “frecuencia con la que se observan complicaciones asociadas a la cesárea varía dependiendo del tipo de estudio y población o época” (Citado en <http://www.medigraphi>) analizadas. “La mayor parte muestra un riesgo mayor” (Citado en <http://www.medigraphi>) a las del “parto vaginal. Por ejemplo, se ha reportado que la frecuencia de infecciones en partos vaginales es de 1,3%, cifra que contrasta con 13% observado entre mujeres con cesárea” (Citado en <http://www.medigraphi>). (1).

“Por su frecuencia, el desarrollo de infecciones constituye una de las principales complicaciones asociadas con la cesárea y” (Citado en <http://www.medigraphi>) es “uno de los principales motivos de” (Citado en <http://www.medigraphi>) mayor estancia hospitalaria o reingreso hospitalario. De

“entre estas, la mayoría corresponde a” (Citado en <http://www.medigraphi>) infecciones “de la herida quirúrgica” (Citado en <http://www.medigraphi>), sin embargo, “los niveles de infección encontrados varían dependiendo de la prescripción o no de antibióticos”. (Citado en <http://www.medigraphi>) (4).

La “infección de la herida no es la única complicación vinculada a la incisión quirúrgica. La dehiscencia de ésta puede provocar hemorragia postparto” (Citado en <http://www.medigraphi>) o “ruptura uterina, ambas situaciones pueden hacer necesaria una histerectomía. Se ha estimado que la incidencia de fascitis necrotizante es de 1,8 casos por cada 1,000 cesáreas” (Citado en <http://www.medigraphi>). (5).

“Aunado a las complicaciones directamente asociadas a la cesárea, las acciones diseñadas para prevenir algunas de éstas pueden derivar en otro tipo de riesgos para la salud. Tal es el caso del uso profiláctico de antibióticos. Dada la alta probabilidad de infección de la herida quirúrgica, algunos autores plantean la conveniencia de usar antibióticos para todo tipo de cesáreas” (Citado en <http://www.medigraphi>), la “prescripción de antibióticos es el elemento que confiere la mayor protección en contra del desarrollo de infecciones” (Citado en <http://www.medigraphi>) postoperatorias. “Sin embargo, si bien es cierto que” (Citado en <http://www.medigraphi>), en un “conjunto de cesáreas” (Citado en <http://www.medigraphi>) electivas “de bajo riesgo, la ausencia de prescripción de antibióticos no sólo se asoció con infección de la herida sino también con endometritis”. (Citado en <http://www.medigraphi>). (5).

El Hospital de Apoyo Huarmey no cuenta con ningún estudio que evalué el diagnóstico y las complicaciones propias de una cesárea electiva, por lo que se decidió realizar el presente trabajo que permita contribuir a la casuística regional y nacional, hallando información que oriente a tomar medidas preventivas adecuadas

de acuerdo a los resultados, para lo cual se formula el siguiente problema: ¿Cuál es el diagnóstico de la cesárea electiva en relación a las complicaciones posoperatorias más frecuentes en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo Huarmey durante el primer trimestre del año 2016?

Para dar respuesta al problema se ha planteado el siguiente objetivo general: Determinar el diagnóstico de la cesárea electiva en relación a las complicaciones posoperatorias más frecuentes en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo Huarmey durante el primer trimestre del año 2016.

Para poder conseguir el objetivo general se ha planteado los siguientes objetivos específicos:

Determinar el diagnóstico de la cesárea electiva en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo Huarmey durante el primer trimestre del año 2016.

Determinar las complicaciones posoperatorias más frecuentes en la cesárea electiva en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo Huarmey durante el Primer trimestre del año 2016. .

Finalmente la investigación se justifica porque el Hospital de Apoyo Huarmey se encarga de brindar prestaciones de salud a las madres y se práctica la cesárea electiva es una situación real en la comunidad que atiende esta institución. La cesárea es un procedimiento que conlleva riesgos y que resulta más costoso que el parto vaginal, siendo el hospital una institución de regular recursos, es fundamental el uso racional de los equipos y elementos para seguir brindando una atención integral a la paciente.

Las complicaciones posoperatorias de la cesárea electiva representan la tercera causa de la morbilidad y mortalidad materna en el país, tienen graves consecuencias para la salud de la madre y del recién nacido y están asociadas a las

fallas en el acceso y deficiente capacidad instalada en los servicios de salud de la institución.

Los resultados del presente estudio, aportarán a las ciencias médicas para la investigación y permitirán elaborar una propuesta para controlar este problema de salud. Asimismo, servirán para futuras investigaciones.

II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico

La cesárea es el acto quirúrgico mediante el “cual se extrae el feto, la placenta y” (Citado en <http://docplayer.es>) los anexos “a través de una incisión en” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) el útero y “pared abdominal”. (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>). Se excluye de esta definición a la extracción del feto libre en la cavidad abdominal como consecuencia de la rotura uterina o de un embarazo ectópico (6). La cesárea “electiva es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por indicación médica” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) (riesgo de la madre o/y del feto) y “se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto”. (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>). (7).

La cesárea electiva (CE) es una operación programada con anticipación en ausencia de trabajo de parto, cuando el control prenatal detecta situaciones que ameritan suspender el embarazo, siendo las más frecuentes: presentación pelviana (26,8%), antecedente de cesárea anterior (19,6%), embarazo gemelar (14,3%), cicatriz uterina previa, macrosomía fetal, entre otras (8).

Para el diagnóstico de la cesárea “electiva es la que se programa” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) con anticipación “para una fecha determinada” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>): Cuando existe el antecedente de dos cesáreas anteriores o cicatrices de ciertas intervenciones sobre el útero en las que éste se abrió completamente, la placenta se sitúa sobre el orificio de salida del útero impidiendo con ello el parto vaginal del niño. Esto se denomina placenta previa, también cuando el tocólogo u obstetra descubre antes del parto alguna situación que potencialmente amenazaría la vida del niño por falta de oxígeno si se le expusiese al trabajo de parto,

la cesaría electiva se programa cuando coexiste con el embarazo una enfermedad materna de tal naturaleza que el esfuerzo que le demanda el parto pueda descompensar u empeorar su salud (por ejemplo: insuficiencia cardiaca moderada o grave) (9).

De “acuerdo con la evidencia médica disponible son indicaciones de cesárea electiva” (Citado en <http://docplayer.es>): a). “Presentación de nalgas, transversa u oblicua: Se ofrecerá siempre una versión cefálica externa a las 36 semanas” (Citado en <http://docplayer.es>), b). “Macrosomía fetal: Se considerará la necesidad de practicar una cesárea electiva cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 5000g. En pacientes diabéticas tipo I cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 4500 g” (Citado en <http://docplayer.es>), c). “Infecciones maternas: Gestantes portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando. Pacientes VIH+, afectas de herpes genital (ver protocolo específico)” (Citado en <http://docplayer.es>), d). “Cesárea iterativa: ≥ 2 cesáreas anteriores (riesgo de ruptura uterina del 1,4” (Citado en <http://docplayer.es>) %) (10)

Asimismo, está indicada la cesaría electiva cuando hubo cesaría “previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en” (Citado en <http://docplayer.es>) “T”: “(riesgo de ruptura uterina del” (Citado en <http://docplayer.es>) .6% “y 6% respectivamente” (Citado en <http://docplayer.es>) o “compromiso fetal que contraindique la inducción-monitorización de la FCF del parto: (malformaciones fetales, alteraciones Doppler, alteraciones del RCTG arritmias fetales...), patología médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatía, riesgo AVC...) y en algunos casos de prematuridad, CIR y gestaciones múltiples: dependerá de las circunstancias individuales de cada caso, y se actuará según los protocolos específicos” (Citado en <http://docplayer.es>) (10).

“Si la paciente solicita un parto vaginal en alguna de estas situaciones” (Citado en [http://docplayer. es](http://docplayer.es)): Presentación de “nalgas” (Citado en <http://docplayer. es>), macrosomía, o “cesárea iterativa, a pesar de entender la recomendación de cesárea electiva y los posibles riesgos, deberá quedar registrado en la historia clínica la solicitud de intento de trabajo de parto, y firmarse el consentimiento informado (denegación de cesárea). Se presentará el caso en Sesión Prospectiva”. (Citado en <http://docplayer. es>)

En la “cesárea a demanda, se deberá informar de los riesgos (endometritis, infecciones del tracto urinario e infección de la herida quirúrgica, hasta en el 8% de los casos) y quedar registrado en la historia clínica. La paciente debe firmar el CI de cesárea. Se presentará el caso en sesión prospectiva. Las cesáreas electivas deberán programarse a partir de la semana 39 de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad fetal” (Citado en <http://docplayer. es>) (10).

Es importante conocer que la cifra que difiere la Organización Mundial de la Salud, indican que solo el 10 al 15% de los partos deberían registrarse por intervenciones quirúrgicas, el ministerio de salud pública recomienda la realización de cesáreas es solo en casos de desproporción cefalo-pelvico, sufrimiento fetal, complicaciones en el parto normal, eclampsia o preclamsia, presentación podálica y rotura prematura de membranas (2).

En este sentido, las causas más frecuentes en el diagnóstico de la cesárea electiva son: Placenta previa, desproporción fetal, desproporción cefalopélvica, Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud. Pelvis y feto normales con diámetros fetopélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.

La placenta es el órgano en forma de panqueque normalmente ubicado cerca de la parte de arriba del útero que nutre al bebé a través del cordón umbilical. En general, la placenta previa no es un problema al principio del embarazo. Pero si la placenta está aún cerca del útero más adelante en el embarazo, puede causar hemorragia, así como otras complicaciones, lo cual puede requerir que se adelante el parto (7)

Si la mujer tiene placenta previa cuando va a nacer el bebé, necesitará una cesárea. Si la placenta cubre completamente el cuello uterino, se le denomina placenta previa completa o total. Si se encuentra justo sobre el borde del cuello uterino, se le denomina placenta previa marginal. Es posible que también se utilice el término "placenta previa parcial", que se refiere a una placenta que cubre parte del orificio cervical (7).

La desproporción fetal, condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal. La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias: Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud (8).

El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto. Presentación pelviana. La presentación pélvica ocurre en el 3-4 % del total de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo) (10).

El parto vaginal en presentación pélvica se permitirá únicamente bajo ciertas condiciones: Experiencia del médico en la atención del parto en presentación pélvica, antecedentes de cuando menos un parto vaginal previo, embarazo a término, pelvis clínicamente útil, inicio espontáneo del trabajo de parto, variedad de presentación franca de nalgas, con buena actitud de la cabeza y de los miembros superiores, presentación en un segundo o tercer plano de Hodge, peso fetal estimado entre 2300 y 3600 gramos, bolsa amniótica íntegra, posibilidad de monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones uterinas (11).

Las Indicaciones fetales incluyen: Distrés fetal o alteraciones del trazado de frecuencia cardíaca fetal, distocias de presentación, macrosomía fetal, malformaciones fetales, anomalías fetales como la hidrocefalia, que pueden hacer complicado un parto vaginal. DCP, Retardo de crecimiento intrauterino severo (11).

Indicaciones maternas: Obstrucción del tracto genital inferior (Condilomatosis, tumoraciones, malformaciones), Cerclaje cervical, y cirugía vaginal reconstructiva previa (absoluta), Embarazo múltiple, gemelos siameses (absoluta), cesárea previa, cirugía uterina previa que afecta la porción contráctil del útero (cesárea clásica previa, miomectomía), patología materna previa que indique cesárea, distocias óseas, embarazo de alto riesgo (10).

Indicaciones mixtas: Placenta previa y presencia de vasa previa (absoluta), abrupcio placentae, prolapso y pro cúbito de cordón, insuficiencia placentaria. Complicaciones posoperatorias de la cesárea electiva. “Por su frecuencia, el desarrollo de infecciones constituye una de las principales complicaciones asociadas con la cesárea, y uno de los principales motivos de” (Citado en <http://www.medigraphi>) morbimortalidad materna durante el puerperio. De “estas, la mayoría corresponde a” (Citado en <http://www.medigraphi>) infección “de la herida

quirúrgica; la” (Citado en <http://www.medigraphi>) presencia de celulitis, exudado purulento y congestión con calor local en la herida operatoria diagnostican este tipo de complicación. La “infección de herida no es la única complicación vinculada a la incisión quirúrgica” (Citado en <http://www.medigraphi>), pues existen otras menos comunes, pero mucho más graves que requieren manejo urgente ante su aparición

(11).

Los riesgos para la madre luego de la cesárea son: Infecciones en el útero y otros órganos, causadas por la incisión, hemorragias que pueden requerir transfusión sanguínea, lesiones en la vejiga e intestinos, formación de coágulos en las piernas, pulmones y órganos pélvicos, reacciones adversas a los medicamentos o a la anestesia (10).

El riesgo de infección postoperatoria uterina (endometritis) varía en función de varios factores, tales como si el trabajo de parto había comenzado o si la bolsa amniótica se había roto antes de la realización de la “cesárea. Diversos estudios señalan una frecuencia” (Citado en <http://www.medigraphi>) del “13,24 % en México” (Citado en <http://www.medigraphi>), 14 % “en Canadá y 20 % en Estados Unidos” (Citado en <http://www.medigraphi>) en cesáreas en general y del “16,9 % en mujeres sometidas a cesáreas electivas de repetición. En algunos casos, la” (Citado en <http://www.medigraphi>) endometritis “puede ser” (Citado en <http://www.medigraphi>) muy “severa” (Citado en <http://www.medigraphi>), ocasionando “septicemias fatales” (Citado en <http://www.medigraphi>) (12).

La infección de la herida quirúrgica, si se produce, se desarrolla generalmente entre los cuatro a siete días después de la cirugía, pero a veces aparece en el primer o segundo día. Si la infección se produce cuando la mujer está en el

hospital, se puede aumentar su estancia hasta solucionar la infección. Pero si la infección se produce cuando la mujer se encuentra ya en su domicilio, puede ser necesario un rehospitalización para su tratamiento, aumentando de esta manera la morbilidad materna (12).

Además de los antibióticos, las infecciones de la herida se tratan a veces mediante la apertura de la herida para permitir el drenaje, la limpieza con líquidos y antisépticos y la eliminación de tejido infectado si es necesario, existiendo el riesgo de una nueva intervención (12).

La incidencia de esta infección es muy variable en todo el mundo y oscila entre 3,97 % y el 25,3 % (13). “Entre los” (Citado en <http://www.medigraphi>) agentes “que” (Citado en <http://www.medigraphi>) se “han sido señalados como” (Citado en <http://www.medigraphi>) factores de riesgo “para el desarrollo de infección postcesárea están” (Citado en <http://www.medigraphi>) la rotura de membranas de más de seis horas de evolución, “las condiciones socioeconómicas” (Citado en <http://www.medigraphi>) bajas, “el número de revisiones vaginales, la corioamnionitis, el volumen de pérdida sanguínea” (Citado en <http://www.medigraphi>) tras “la” (Citado en <http://www.medigraphi>) cirugía, la “presencia de infección en otro sitio” (Citado en <http://www.medigraphi>), la “duración de la cirugía” (Citado en <http://www.medigraphi>) y “el grosor del tejido subcutáneo”. (Citado en <http://www.medigraphi>). En cuanto a la morbilidad febril, la cirugía constituye un riesgo para la aparición de fiebre con una frecuencia del 7,2 % en comparación con el 6,5 % en el caso del parto vaginal (11).

La “valoración de la efectividad de los esquemas antibióticos requiere el seguimiento” (Citado en <http://www.medigraphi>) extra hospitalario “de la paciente,

toda vez que una proporción importante de infecciones de la herida en mujeres bajo tratamientos antibióticos es detectada después de que las pacientes han egresado de las unidades médicas”. (Citado en <http://www.medigraphi>).

“En Nueva Zelanda, 36% del total de infecciones de la herida fue diagnosticado en el periodo posthospitalario. Otro elemento a considerar es un mayor uso de transfusiones en mujeres sometidas a cesárea”. (Citado en <http://www.medigraphi>). Las principales indicaciones y responsables del 85% de los partos por cesárea en Estados Unidos son el parto por cesárea anterior, presentación de nalgas, distocia y sufrimiento fetal (12).

Las complicaciones que se presentan en la “cesárea, a pesar de su alta seguridad, no está exenta de complicaciones, algunas impuestas por la propia indicación para realizar el procedimiento (situaciones maternas de extrema urgencia), y otras derivadas de la técnica en sí. No es correcto ignorar el incremento de morbilidad neonatal y materna que se deriva de su práctica, por no mencionar el aumento de riesgo, de 2,8 a 6 veces más de muerte materna” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) (13).

“Las infecciones son más frecuentes que en el parto vaginal y en ocasiones fuerzan a terapéuticas muy agresivas (histerectomía). La necesidad de transfusión, con sus particulares complicaciones, se requiere del 1 al 6% de las ocasiones. Hay posibilidad de daño en órganos vecinos y en ocasiones se presentan cuadros de íleo paralítico que son muy raros en el parto vaginal. El hecho de requerir anestesia constituye otra fuente de eventuales complicaciones. El postoperatorio es mucho más molesto y prolongado, con mucho alto riesgo de tener que abandonar la lactancia materna. Su costo es también superior al del parto vaginal, llegando una cesárea sin

complicaciones, a costar más del doble de los gastos generados por el primero” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) (13).

Las “complicaciones intraoperatorias” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>): Laceraciones uterinas, de los uréteres, lesiones de la vejiga, lesiones intestinales se producen en menos del 0,1% de todos los partos por cesárea. El factor de riesgo más común de las lesiones del intestino durante la cesárea se asocia a las adherencias que se pueden haber generado por cesárea o cirugía previa a las que haya sido sometida la paciente. La atonía uterina es una complicación intraoperatoria que se presenta en pacientes con gestación múltiple, polihidramnios, o un intento fallido de un parto vaginal en el que la gestante se encontraba en la estimulación con Oxitocina durante un período prolongado. Cuando el útero está cerrado, se debe prestar atención a su tono general (13).

“Se producen complicaciones” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) infecciosas “relevantes en el 1-2% de los casos” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>), que “son la principal causa de morbilidad asociada a la cesárea, siendo esta última el factor de riesgo más importante de infección materna” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) postparto. Después de un parto “por cesárea, el riesgo de una infección” (Citado en <http://www.medigraphi>) de la herida oscila entre 2,5% al 15% (12).

“La cesárea tiene entre 5 y 20 veces más riesgo de infección que el parto vaginal”. (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>). Por otro lado “las complicaciones infecciosas” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) inmediatas “después de una cesárea incluyen: Fiebre, infección de la herida quirúrgica y del tracto urinario, endometritis, bacteriemia e infecciones severas (absceso pélvico, tromboflebitis pélvica séptica y shock séptico)”. (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>).

Otros “factores como la cesárea emergente” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) ocurre con la “duración” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) prolongada “del parto, rotura de membranas, estado socioeconómico, número de 33 exploraciones vaginales, monitorización interna, infecciones del tracto urinario, anemia, pérdida hemática severa, obesidad, diabetes, técnica quirúrgica y experiencia del cirujano están involucradas en la incidencia de tal complicación” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>). (13).

“Endometritis, es la complicación infecciosa” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) mediata “más frecuente de la cesárea. Su incidencia sin la administración de antibióticos es de 20-40%. El uso de antibióticos profilácticos ha disminuido estas cifras en un 5%. Es una infección polimicrobiana causada generalmente por bacterias presentes en el tracto genital inferior, las manifestaciones clínicas suelen aparecer a las 24-48 horas de la intervención”. (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>). “Mujeres que han sido sometidas a” (Citado en <http://www.medigraphi>) parto por “cesárea” (Citado en <http://www.medigraphi>) tienen un riesgo “de” (Citado en <http://www.medigraphi>) hasta 20 veces mayor que con el parto vaginal de endometritis. La tasa de endometritis pos cesárea puede ser disminuido a aproximadamente el 5% con el uso profiláctico de antibiótico (14).

“Tromboflebitis pélvica séptica: La incidencia de tromboflebitis pélvica séptica es en algunas series 10 veces más alta después de una cesárea. Es más frecuente en pacientes con anemia, rotura prematura de membranas, presencia de meconio y prolapso de cordón, siendo menos común en las cesáreas electivas. Para su prevención se aconseja una correcta preparación quirúrgica de la piel y una técnica quirúrgica cuidadosa”. (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>). (14).

La “enfermedad tromboembólica” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) es “poco frecuente durante el embarazo, la tromboembolia venosa es una de las principales causas de muerte materna en el mundo desarrollado, el riesgo de trombosis venosa profunda es entre 3 y 5 veces superior después de una cesárea que después de un parto vaginal. Además, el parto por cesárea particularmente si es emergente, incrementa el riesgo de embolia pulmonar letal más de 10 veces en relación con el parto vaginal. Sin embargo, el riesgo de trombosis puede atenuarse con la administración profiláctica de heparina, sobre todo en pacientes de riesgo por historia familiar, personal o predisposición genética. Es necesario mencionar que no está justificada la administración sistémica profiláctica de 34 Heparina por el incremento de morbilidad que ello condiciona, sin embargo en los casos antes mencionados, su utilización es más que razonable, por no decir imperativa” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) (13).

Entre otras complicaciones posoperatorias más frecuente se tiene: Anemia, es la disminución en la cantidad de glóbulos rojos de la sangre o por la disminución de la cantidad de hemoglobina en sangre. El indicador es la Hemoglobina < 11 g/dL o hematocrito < 33% luego de la operación cesárea e infección de la herida operatoria es aquella que ocurre a partir de la contaminación bacteriana causada por un procedimiento quirúrgico (13, 14).

La infección del tracto urinario (ITU) se define como la presencia de síntomas y signos sugerentes asociado a invasión y multiplicación en la vía urinaria de organismos patógenos (especialmente bacterias) Es una de las causas de morbilidad febril pos cesárea es la (ITU). La incidencia oscila entre el 2-16%, y se asocia con el proceso de la colocación de sonda vesical para la cirugía (14).

También es otra complicación postoperatoria de la cesárea electiva la Hemorragia por atonía uterina. Es el trastorno en el cual se produce una salida de sangre por la vagina fuera del período menstrual. La atonía se puede deber a anomalías del útero y es de alto riesgo cuando esta se presenta después de la operación de cesaría electiva (15).

Por otro lado los factores de riesgo para desarrollar complicaciones postoperatorias, luego de la cesárea pueden ser endógenos como la diabetes mellitus, los trastornos hipertensivos del embarazo y la anemia; y exógenos por ejemplo, el trabajo de parto mayor de 6 horas de duración, la ruptura prematura de membranas ovulares mayor de 6 horas o el número de tactos vaginales (14).

“Entre los factores” (Citado en <http://www.medigraphi>) de riesgo “que han sido señalados como propicios para el desarrollo de infección postcesárea están el sobrepeso” (Citado en <http://www.medigraphi>), el trabajo de parto mayor de 6 horas, la ruptura prematura de membranas ovulares mayor de seis horas de evolución; la cesárea de emergencia; la condición socioeconómica; el número de tactos vaginales; la nuliparidad, corioamnionitis, la anemia, la diabetes mellitus, el “volumen de pérdida sanguínea transquirúrgica, la presencia de infección en otro sitio y preeclampsia. Sin embargo, únicamente el grosor del tejido subcutáneo se ha visto asociado con el desarrollo de infección de la herida quirúrgica” (Citado en <http://www.medigraphi>). (15).

La endometritis puerperal “también ha sido asociada con la práctica de cesárea. Diversos estudios señalan una frecuencia de” (Citado en <http://www.medigraphi>) 18% “en” (Citado en <http://www.medigraphi>) Estados Unidos de Norteamérica, en “algunos casos, la endometritis puede ser tan severa que ocasiona septicemias fatales” (Citado en <http://www.medigraphi>), se “ha

encontrado que el desarrollo de ésta se relaciona con el momento de la gestación en el cual se lleva a cabo la cesárea, siendo más probable cuando se realiza antes de las 28 semanas” (Citado en <http://www.medigraphi>), además la cesárea de emergencia guarda más riesgo de presentar esta complicación, con 25%, frente a un 15% de las cesáreas electivas. “Adicionalmente, la edad parece ser un factor determinante en su presentación, se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de endometritis entre adolescentes” (Citado en <http://www.medigraphi>), con 23%, y mujeres adultas, con 11% (15).

En los cuidados maternos en el postoperatorio, se debe tener en cuenta el postoperatorio inmediato y postoperatorio en sala de hospitalización. En el “postoperatorio inmediato, una vez finalizada la cesárea, la paciente pasará al área de reanimación postoperatoria donde estará unas 2 horas para seguir control y tratamiento postoperatorio. Se deberán controlar los siguientes parámetros” (Citado en <http://docplayer.es>). (15, 16).

“Las pérdidas uterinas y la altura uterina (existencia del globo de seguridad). Valoración hemodinámica y respiratoria: con monitorización continua de ECG y saturación de oxígeno (pulsioximetría). Anotación de constantes cada” (Citado en <http://docplayer.es>) 15-30 “minutos: temperatura, frecuencia cardíaca y tensión arterial. Control de la regresión del bloqueo neurológico” (Citado en <http://docplayer.es>) en la “anestesia” (Citado en <http://docplayer.es>) local o regional. “Control del estado de consciencia, sangrado vaginal, diuresis horaria y Control de la intensidad del dolor: EVA horario” (Citado en <http://docplayer.es>) las 24 horas del día (16).

“Siempre que sea posible, el neonato permanecerá con la puérpera durante estas dos horas de reanimación inmediata, para iniciar el contacto madre-hijo y la

lactancia materna. En los casos en los que el estado materno no permita un contacto adecuado madre-hijo, el neonato permanecerá con el acompañante o se trasladará al nido en su defecto. A las 2 horas, si el estado hemodinámico, el sangrado vaginal está dentro de la normalidad y se ha recuperado la movilidad EEII, la puérpera será trasladada a la planta de hospitalización correspondiente”. (Citado en <http://docplayer.es>). (16).

“En” (Citado en <http://docplayer.es>) el postoperatorio en “sala de hospitalización” (Citado en <http://docplayer.es>), se tiene un “control de constantes rutinario, analgesia según las órdenes médicas se” (Citado en <http://docplayer.es>) ofrecerán “tratamiento pautado del dolor, no a demanda, con opiodes durante las primeras 24 horas tras la cesárea. Iniciar la ingesta hídrica a las 6 horas de la cirugía, y progresar la dieta si la paciente la tolera. Retirar la sonda vesical permanente a partir de las 6 horas de la cirugía, y controlar la primera micción espontánea. Respecto a la herida quirúrgica, mantener el apósito compresivo durante 24 horas, y realizar la cura diaria de la herida. Evaluar diariamente el sangrado, aumento del dolor, y posibles signos inflamatorios o dehiscencia de la herida. Ante signos o síntomas de alarma: cefalea, dolor lumbar intenso, déficit neurológico (motor o sensitivo), depresión respiratoria” (Citado en <http://docplayer.es>) (12 x “minuto” (Citado en <http://docplayer.es>)) avisar al anestesiólogo (17).

La “estancia hospitalaria recomendada tras una cesárea es entre 3 y 4 días. Si la paciente lo solicita y el estado materno lo permite, se podrá considerar un alta más temprana. Se recomienda retirar los puntos de sutura o grapas de una incisión de Pfannenstiel a partir de los 5-6 días postcesárea. En caso de laparotomía media, mantener durante 7 días”. (Citado en <http://docplayer.es>)

2.2. Antecedentes

Shuguli M. (18), Ecuador 2013, en su estudio “Protocolo de atención de enfermería en complicaciones Trans y Post Quirúrgico, en pacientes sometidas a cesáreas en el servicio de quirófano en el periodo Julio-septiembre 2013, en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, Ambato – Ecuador presentada en la Universidad Regional Autónoma de los Andes Uniandes, concluye que:

El periodo de estudio es del julio a septiembre del año 2013 fueron 229 cesáreas de acuerdo al grupo de edad 20 a 35 años y 36 años y más la cual corresponde a un porcentaje del 7,5% de las cuales las causas principales fueron las siguientes, desproporción cefalopélvica, cesárea previa, sufrimiento fetal, ruptura prematura de membranas, presentación pélvica, eclampsia o preclampsia y semestral en un total de 449 que corresponde a un 15 % (18).

También se señalan las Complicaciones que se presentaron en pacientes sometidas a cesáreas en el transoperatorio entre las más frecuentes que se han presentado, hemorragia, lesiones intestinales, lesiones del tracto urinario, lesión uretral, histerectomía e incluso la mortalidad fetal y neonatal. Estas complicaciones no solo afectan la salud materna sino que puede llegar a ser un obstáculo para establecer un vínculo madre-hijo debido a un mayor tiempo de hospitalización de la madre (18).

Cárdenas R. (1), México 2012, en su tesis titulada “Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso medicamente justificado” presentada en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, concluye que aunando “a las complicaciones directamente asociadas a la cesárea, las acciones diseñadas para prevenir algunas de éstas pueden derivar en otro tipo de riesgos para la salud. Tal es el caso del uso profiláctico de antibióticos. Dada la alta probabilidad

de infección de la herida quirúrgica, algunos autores plantean la conveniencia de usar antibióticos para todo tipo de cesáreas”. (Citado en <http://www.medigraphi>).

“Los estudios indican que, efectivamente, la prescripción de antibióticos es el elemento que confiere la mayor protección en contra del desarrollo de infecciones de la herida quirúrgica. Sin embargo, si bien es cierto que es un conjunto de cesáreas efectivas de bajo riesgo, la ausencia de prescripción de antibióticos no solo se asoció con infección de la herida sino también con endometritis, también lo es que el microorganismo frecuentemente aislado de infecciones postcesárea (*Mycoplasma genital*) es resistente a penicilina” (Citado en <http://www.medigraphi>) y cefalosporinas “y que la aplicación de esquemas antibióticos profilácticos no garantiza la ausencia de infección asociada con la cesárea. Adicionalmente, se ha observado que el uso de algunos antibióticos reduce la flora anaeróbica del endocérvix, favoreciendo la proliferación de enterococos” (Citado en <http://www.medigraphi>). (1).

Pucha A. (19), Ecuador 2014, en su tesis titulada “Factores asociados a complicaciones Postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea atendidas en el Hospital Isidro Ayora durante el periodo Julio 2013 – Julio 2014” presentada en la Universidad Nacional de Loja Ecuador, concluye que: La incidencia de cesáreas realizadas en el Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja fue de 47,05%. Del total de las pacientes sometidas a cesárea el 4,79% presentaron complicaciones. De las pacientes sometidas a cesáreas que presentaron complicaciones el 63,2%, tenían edades comprendidas entre 21 a 30 años, el 23,5% edades de 15 a 20 años y el 13,2% restante tenían edades de 31 a 35 años.

Del 100% de pacientes con complicaciones post cesárea, el 69,1% presentó antecedente de infección de vías urinarias, el 14,1 % Índice de masa corporal mayor

a 25, y el 14,7 % no tenía antecedente. El 45,5% de pacientes presento como factor de riesgo asociado a complicaciones post cesárea el antecedente de dos cesáreas anteriores, mientras, que el 35,2% tuvo una cesárea anterior, y el 19,1% no presentaban el antecedente. El 70,5% de pacientes presento menos de 3 controles prenatales durante su embarazo, el 19,1 % se realizaron de 3 a 5 controles, y solamente el 10% más de 5 controles prenatales. Las principales complicaciones post cesárea encontradas fueron: hemorragia uterina en un 32,3%, endometritis en un 26,4%, infección de herida en un 25% y sepsis en 1.14% (19).

Galvez E. (20), Callao 2016, en su tesis titulada “Tasa de incidencia de cesárea en el hospital” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) “San José” “del callao, periodo enero-diciembre 2013” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) presentada en la “Universidad Nacional Mayor de San Marcos facultad de medicina E.A.P. de Medicina Humana” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>), concluye que “a pesar que la tasa de incidencia de cesáreas en” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) el “país muestra un valor estadístico de 15%, esta situación epidemiológica varía mucho entre cada región”. (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>). Se debe “suponer que este promedio probablemente esconde cifras muy altas, de la zonas urbanas - hospitales y clínicas - y cifras muy bajas de las zonas rurales, con poco acceso a los centros de salud”. (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>).

“La conclusión principal consiste en que: el Hospital” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) “San José” “del Callao durante el periodo Enero a Diciembre del 2013 la tasa de incidencia de cesárea, representa un 42% del total de nacimientos registrados en ese periodo de tiempo; claramente se evidencia un valor por encima de lo estipulado a nivel mundial y a nivel nacional; además se aprecia que esta tendencia se viene presentando en los últimos años, como se puede apreciar en el año

2012, donde la tasa de incidencia de cesárea alcanzó un valor de 40% del total de nacimientos registrados”. (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>).

Mozo E. (21), Madrid 2014, en su tesis titulada “Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea electiva” presentada en Universidad Complutense de Madrid Facultad de enfermería, Fisioterapia y Podología departamento de enfermería, 2014, el estudio se realizó con 110 mujeres con el antecedente de cesárea, los resultados son: la probabilidad de aparición de complicaciones hemorrágicas tras una cesárea anterior es del 1,8 % para la rotura uterina, del 1,8 % para el desgarro uterino y del 2,7 % para la atonía uterina ($p>0,014$), las mujeres que optan por una cesárea tienen una estancia hospitalaria más larga que las mujeres que eligen un parto vaginal. Las mujeres con el antecedente de una cesárea anterior y que optan por un parto vaginal tienen una calidad de vida y un nivel de salud percibida más elevado que las mujeres con una cesárea electiva ($p>0,05$). Los niños nacidos con una cesárea tras iniciarse el trabajo de parto tienen más posibilidades de tener una cifra de pH inferior a 7,20 al nacimiento ($p>0,03$).

2.3. Bases teóricas relacionadas con el estudio.

Definición y origen de la cesárea. Se puede definir hoy en día a la cesárea como la “intervención quirúrgica que tiene” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) por objeto “extraer el producto de la concepción” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>), vivo o muerto, “a través de” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) una incisión en “la” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) pared “abdominal” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>) (laparotomía) y “en la pared uterina (histerotomía)” (Citado en <http://cybertesis.edu.pe>). (22).

El origen del término cesárea es indefinido y se han sugerido tres explicaciones. En la primera, según la leyenda Julio César nació de esa forma, por lo que la operación se llamó cesárea. La segunda es que el nombre de la operación proviene de una ley romana supuestamente creada en el siglo VIII a. C. por Numa Pompilio, que ordenaba que hicieran el procedimiento en mujeres que morirían en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño. La tercera explicación es que la palabra cesárea se originó en algún momento de la edad media a partir del verbo latino caedere, que significa cortar (22)

Esta investigación se basará en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, en Marriner(23), sobre la acción razonada, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta y se identifica en la persona factores cognitivos-perceptuales como mecanismos principales de motivación para la adquisición y mantenimiento de conductas para la salud preventiva.

El Modelo de Promoción de la Salud de Pender identifica siete factores cognitivos-perceptuales que influyen en la adquisición de conductas promotoras de salud, de los cuales se hará uso de tres de estos factores los que mejor se adaptan a la investigación y se describen a continuación:

Importancia de la salud: Las personas que le conceden gran importancia a su salud, es más probable que traten de conservarla, este modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida sana en el caso de una cesárea electiva y sus complicaciones las pacientes deben cumplir con sus controles Prenatales y posnatales ,acudir a charlas educativas del Personal de Salud quienes informan sobre los factores de riesgos y su cuidados.

Autoeficacia Percibida: Adoptar una conducta para el cuidado de la salud.

Beneficio Percibido de las conductas Promotoras de salud: Iniciar o

mantener conductas promotoras de salud

2.4. Hipótesis

H1. Las complicaciones posoperatorias de la cesárea electiva se relacionan significativamente con el diagnóstico de la cesárea electiva en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo Huarney durante el primer trimestre del 2016.

H0. Las complicaciones posoperatorias de la cesárea electiva no se relacionan significativamente con el diagnóstico de la cesárea electiva en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo Huarney durante el primer trimestre del 2016.

2.5. Variables

Variable independiente: Diagnóstico de cesárea electiva.

Variable dependiente: Complicaciones posoperatorias de la cesárea electiva

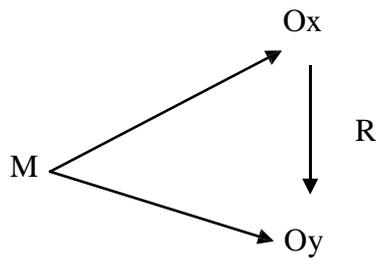
III. METODOLOGÍA

3.1. El tipo y nivel de la investigación.

La investigación fue de tipo cuantitativo de nivel descriptivo, retrospectivo.

3.2. Diseño de la investigación.

El diseño de la investigación fue descriptiva correlacionar (24)



Dónde: M = Muestra

Ox = diagnóstico cesárea electiva

R = relación

Oy = Complicaciones de las cesáreas electiva

3.3. Población muestra.

La población muestral de estudio estuvo conformada por 50 mujeres sometidas a operación cesárea electiva en el pre y posoperatorio inmediato y mediano atendida en el Hospital de Apoyo Huarney, durante el primer trimestre del año 2016.

Unidad de Análisis:

La mujer con historia clínica que ha sido cesareada en forma electiva en el Hospital de Apoyo Huarney en el primer trimestre del año 2016.

Criterios de inclusión:

La mujer sometida a operación cesárea electiva y control del puerperio por 7 días del primer trimestre del año 2016

La mujer que tenga historia clínica donde se registró la presencia de complicaciones maternas durante la estancia hospitalaria.

Criterios de exclusión:

Mujer que presentó parto normal y estuvo programada para cesárea electiva.

La gestante sometida a operación cesárea que no tuvo ningún control del puerperio.

3.4. Definición y operacionalización de las variables y los indicadores

Variable independiente: Diagnóstico de la cesárea electiva.

Definición conceptual

Análisis que se realiza en la mujer gestante para determinar la aplicación de cesárea electiva a partir de la identificación de: Desproporción cefalopélvica, Sufrimiento fetal, ruptura prematura de membranas o presentación pelviana (24).

Definición Operacional

Placenta previa

Desproporción fetal

Presentación pelviana

Variable dependiente: Complicaciones postoperatorias en cesárea electiva.

Definición conceptual

Las complicaciones posoperatorias en mujeres con cesárea electivas son: La anemia, infección de la herida operatoria, infección del tracto urinario, hemorragia (atonía uterina) (25).

Definición operacional

Anemia

Infección de la herida operatoria.

Infección del tracto urinario.

Hemorragia (atonía uterina)

3.5. Técnicas, instrumentos y procedimientos

Técnica

La técnica para la recolección de datos fue el análisis documental utilizando la historia clínica: Hoja para el diagnóstico de la cesárea electiva y hoja para la identificación de las complicaciones postoperatorias de la paciente con cesárea electiva que se atendió en el Hospital de Apoyo Huarmey en el primer trimestre 2016.

Instrumento

El Instrumento fue elaborado por la autora de la presente investigación en base al marco teórico, que consta de un registro , la primera es el diagnóstico para la cesárea electiva (Anexo 1) y la segunda parte sobre las complicaciones postoperatorias más frecuentes de la cesárea electiva que presentaron las pacientes en el Hospital de Apoyo Huarmey en el primer trimestre 2016 (Anexo 2).

Los datos fueron recogidos por la autora utilizando las historias clínicas de mujeres con cesárea electiva atendidas en la institución de salud en estudio.

Validez:

Para la validez del instrumento de investigación se solicitó la participación de 3 profesionales de la salud, médicos de la especialidad de gineco obstetricia para que brinden su opinión y sugerencias a fin de mejorar el instrumento.

Confiabilidad:

Los Instrumentos sobre diagnósticos para cesárea electiva (Anexo 1) y complicaciones en la cesárea electiva (Anexo 2), es propio del autor y no tiene aprobación por la OMS.

Procedimiento:

Se solicitó la autorización del director del Hospital de Apoyo de Huarney y al médico del servicio de Ginecología para el uso de historias clínicas, se informó de la investigación indicando los objetivos, luego se procedió a la identificación de las historias clínicas de los pacientes con cesárea electiva en el primer trimestre del año 2016. El Jefe del servicio de Estadística, recibió la autorización de la dirección para permitir consultar las historias clínicas, los datos fueron registrados en los cuestionarios previamente elaborados y aprobados.

3.6. Plan de análisis

Luego de recopilado los datos de las Historias clínicas, se analizaron utilizando el SPSS versión 20.0 presentando los resultados en tablas simples, dobles y gráficos estadísticos. A los resultados se aplicó la prueba estadística X² considerando un 95% de grado de confianza y 5% de error.

3.7. Principios éticos

Los principios éticos considerados en esta investigación son de Polit, D., Hungler, B (25).

Principio de Beneficencia:

Es uno de los principios éticos de la investigación cuyo lema es “Por sobre todas las cosas no dañar. Este principio encierra múltiples dimensiones como: Garantía que no sufrirán daño: Esto se refiere a que los datos obtenidos de las

historias clínicas no fueron utilizados para molestar ni calificar a la paciente, la persona que recogió los datos fue la investigadora.

Garantía de no explotación: Los datos obtenidos no fueron usados para poner en desventaja a la paciente, la información obtenida fue solo con fines de investigación.

Respeto y anonimato a la persona: Los datos obtenidos no fueron publicados, ni identificados con la paciente, son anónimos sin identificar sus nombres:

Derecho a la privacidad: Utilizadas las historias clínicas y se vaciaron los datos al cuestionario previamente preparado, se aseguró que los datos obtenidos sean anónimos no se tomó el nombre de la paciente, los resultados solo fueron utilizados con fines de investigación.

Respeto y Dignidad Humana: La información obtenida por ningún motivo fue utilizada para otros fines que no sea el propósito de la investigación, conocer la realidad del diagnóstico previo a la cesárea electiva y su consecuencia postoperatoria.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

TABLA 1

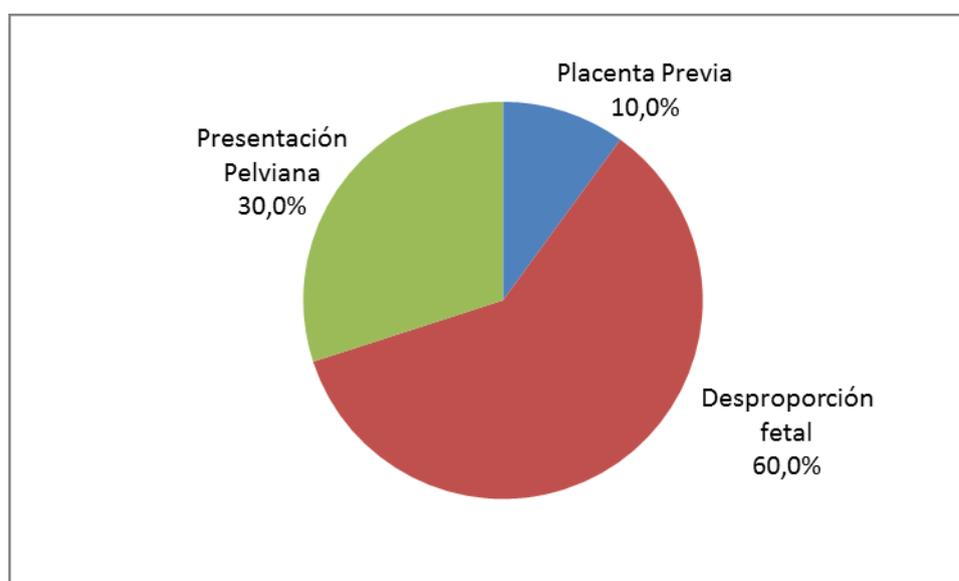
DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE LA CESÁREA ELECTIVA EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE APOYO HUARMEY EN EL PRIMER TRIMESTRE 2016

Diagnóstico de Cesárea electiva	N°	%
Placenta Previa	5	10,0
Desproporción fetal	30	60,0
Presentación Pelviana	15	30,0
Total	50	100,0

Fuente: Cuestionario de los diagnósticos de las Cesáreas Electiva HAHy 2016 (anexo 1)

GRAFICA 1

DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE LA CESÁREA ELECTIVA EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE APOYO HUARMEY EN EL PRIMER TRIMESTRE 2016



Fuente: Tabla 1

TABLA 2

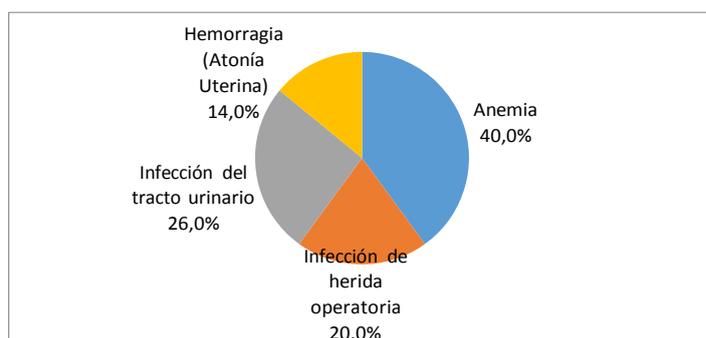
DISTRIBUCIÓN DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MÁS FRECUENTES EN LA CESÁREA ELECTIVA EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE APOYO HUARMEY EN EL PRIMER TRIMESTRE 2016

Complicaciones en Cesárea Electiva	N°	%
Anemia	20	40,0
Infección de herida operatoria	10	20,0
Infección del tracto urinario	13	26,0
Hemorragia (Atonía Uterina)	7	14,0
Total	50	100,0

Fuente: Cuestionario de complicaciones postoperatorias de las Cesáreas electiva I Semestre 2016 HAHY.(anexo 3)

GRAFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MÁS FRECUENTES EN LA CESÁREA ELECTIVA EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE APOYO HUARMEY EN EL PRIMER TRIMESTRE 2016



Fuente: Tabla 2

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE CESÁREA ELECTIVA EN RELACIÓN A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MAS FRECUENTES EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE APOYO HUARMEY EN EL PRIMER TRIMESTRE 2016

Diagnóstico de Cesárea Electiva	Complicaciones Postoperatorias									
	Anemia		Infección de herida operatoria		Infección del tracto urinario		Hemorragia (atonía uterina)		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Placenta Previa	5	35,7	3	21,4	3	21,4	3	21,4	14	100,0
esproporción Fetal	10	45,5	5	22,7	5	22,7	2	9,1	22	100,0
Presentación Pelviana	5	35,7	2	14,3	5	35,7	2	14,3	14	100,0
Total	20	40,0	10	20,0	13	26,0	7	14,0	50	100,0

Fuente: cuestionario (Anexo 1,2)

$X^2 = 2,26$

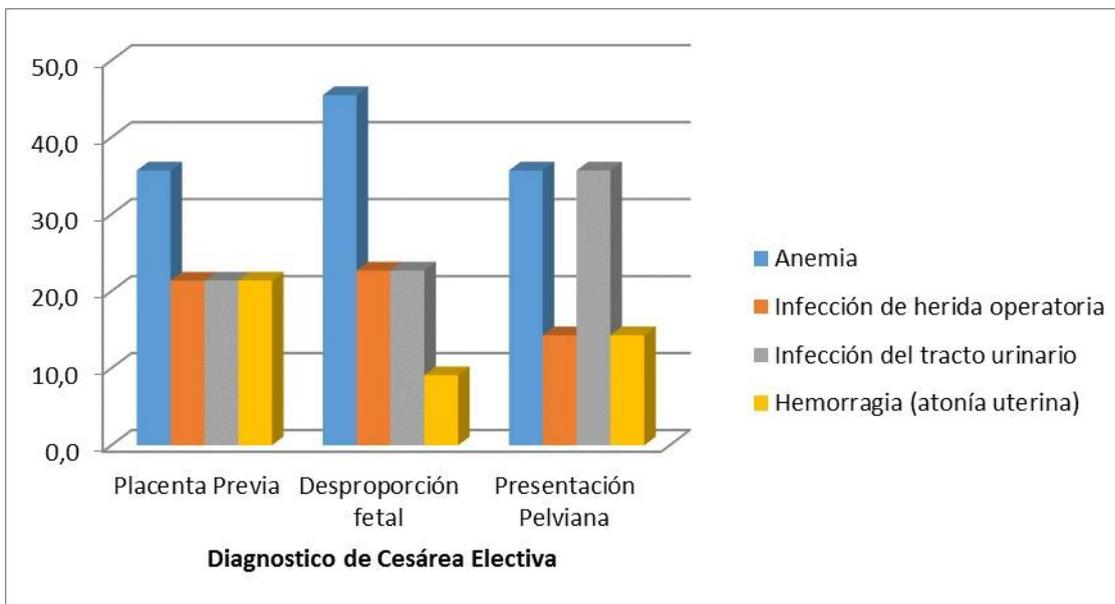
gl = 6

$p = 0,89 > 0,05$

Aplicando el análisis estadístico inferencial a los datos, a través de la prueba Chi cuadrado (X^2), con un nivel de significancia del 5% para contrastar la hipótesis planteada, los resultados muestran que no hay suficiente evidencia estadística para afirmar que exista relación entre las complicaciones postoperatorias de la cesárea electiva con el diagnóstico de la cesárea electiva ($X^2 = 2,26$; $p > 0,05$).

GRAFICO 3

**DISTRIBUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE CESÁREA ELECTIVA EN
RELACIÓN A LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MAS
FRECUENTES EN LAS PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL DE
APOYO HUARMEY EN EL PRIMER TRIMESTRE
2016**



Fuente: Tabla 3

4.2. Análisis de resultados.

En la Tabla 1. Distribución del diagnóstico de la cesárea electiva en las pacientes que acuden al hospital de apoyo Huarmey en el primer trimestre 2016 se observa que el 60 % presentaron diagnóstico de desproporción fetal, 30 % presentación pelviana y 10 % placenta previa.

El resultado de desproporción fetal es superior al encontrado por Pucha (19) en su estudio titulado: Factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cesáreas atendidas en el Hospital Isidro Ayora durante el período 2013-2014, Ecuador, donde encontró que el 14,1 % presentó índice de masa corporal mayor a 25, lo que indica desproporción fetal.

Actualmente en el Hospital de Apoyo de Huarmey son mayores las cesáreas Electivas por desproporción cefalopelvico (Macrosomia fetal), resultado que guarda relación con la investigación según Pucha. (19)

En el Hospital ginecobstetricia “Ramón Gonzales Coro “realizaron un estudio retrospectivo sometido a cesárea done la principal indicación para la cesárea fue la Desproporción cefalopelvica con un 34.1% seguido de la cesárea anterior con un 34,1% resultados que guardan relación con el estudio de investigación. (27)

En la actualidad el índice de cesáreas Electivas se ha incrementado significativamente en el mundo durante las últimas décadas y los resultados demuestran que ha mayor numero. Aunque las razones para este incremento son complejas, casi todas se justifican en el supuesto beneficio del feto y no de la madre lo que se traduce en mayores riesgos.

En la Tabla 2. Distribución de complicaciones postoperatoria más frecuentes en la cesárea electiva en las pacientes que acuden al Hospital de Apoyo Huarmey en el primer trimestres 2016 se observa que el 40% presentaron Anemia ,26% Infección de tracto urinario, 20% Infección herida operatoria ,14% Hemorragia (Atonía Uterina) según Alcántara G. et al .(8) la complicación más frecuentes después de una cesárea son las anemia seguido de las infecciones urinarias donde existe semejanza con el estudio de investigación y se comprueba que son 2 complicaciones muy frecuentes en las pacientes cesareadas .

Para la cesárea electiva es importante el diagnóstico previo Cuando existe el antecedente de dos cesáreas anteriores o cicatrices de ciertas intervenciones sobre el útero en las que éste se abrió completamente, la placenta se sitúa sobre el orificio de salida del útero impidiendo con ello el parto vaginal del niño. Esto se denomina placenta previa. La cesaría electiva se programa cuando coexiste con el embarazo una enfermedad materna de tal naturaleza que el esfuerzo que le demanda el parto pueda descompensar u empeorar su salud (por ejemplo: insuficiencia cardiaca moderada o grave)

Según mi apreciación personal la anemia es muy frecuente en pacientes posoperada debido a que muchas veces las gestantes no toman su medicamento para la anemia el sulfato ferroso algunos por creencias mitos y religiones otros porque sufren de estreñimiento o porque no les gusta por los sabores, otros se evidencia que el nivel de hemoglobina en las gestantes son menores en gestantes residentes en zonas alto andinas

En la Tabla3. Distribución del diagnóstico de cesárea electiva en relación a las complicaciones postoperatorias más frecuentes en las pacientes que acuden al Hospital de apoyo Huarmey en el primer trimestre 2016, se observa que de las pacientes con diagnóstico con cesárea electiva que presentan desproporción fetal fue el 45,5 % con complicación postoperatoria por anemia y 9,1 % con complicación de hemorragia por atonía uterina. El 35,7 % de placenta previa presentó anemia; el 21,4 % tuvo complicación de infección de herida operatoria, infección del tracto urinario y hemorragia por atonía uterina el mismo porcentaje 35,7 % presentación pélvica con complicación de infección del tracto urinario.

De acuerdo al análisis comparativo no se evidencian descriptivamente diferencias notables al comparar las frecuencias relativas en cada categoría de las pacientes con diagnóstico de cesárea electiva según tipo de complicación postoperatoria.

Aplicando el análisis estadístico inferencial a los datos, a través de la prueba Chi cuadrado (X^2), con un nivel de significancia del 5% para contrastar la hipótesis planteada, los resultados muestran que no hay suficiente evidencia estadística para afirmar que exista relación entre las complicaciones postoperatorias de la cesárea electiva con el diagnóstico de la cesárea electiva ($X^2 = 2,26$; $p > 0,05$), probándose la Hipótesis nula H_0 , significa que los resultados no se pueden generalizar solo se aplican a la muestra de estudio.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

El presente estudio de investigación sobre Diagnóstico de la cesárea electiva y complicaciones posoperatorias en las pacientes que acuden al hospital de apoyo Huarmey-Primer trimestres 2016.se obtiene las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de las pacientes con cesárea electiva presentaron diagnóstico de desproporción fetal y la minoría placenta previa.
2. La complicación posoperatorias más frecuentes en las pacientes con cesárea electiva fue la anemia, seguida de la infección del tracto urinario y la minoría hemorragia por atonía uterina.
3. Aplicándose el análisis estadístico inferencial de X^2 para afirmar que existe relación entre las complicaciones posoperatorias y el diagnóstico de la cesárea electiva el resultado fue $X^2 = 2,26$; $p > 0,05$, probándose la hipótesis nula H_0

5.2 Recomendaciones

De los resultados obtenidos se sugiere las siguientes recomendaciones:

1. Exigir mayor participación del personal de salud en la educación a las mujeres gestantes para que cumplan todos sus controles prenatales y así evitar complicaciones que puedan conllevar a una cesárea.
2. Realizar nuevos estudios en poblaciones mayores por lo menos en un año y con otras variables.
3. Difundir los resultados obtenidos en la institución de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Cárdenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco; 2012. *Gac Méd Méx Vol. 138 No. 4, 2012.*
<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2002/gm024g.pdf>
2. O. P. S. Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, 2012
3. Tisné, L. Cesárea, técnica quirúrgica basada en la evidencia. *Revista de Revistas* 10 (2). Santiago de Chile, 2015.
4. Cunningham F, Gary F. *Tratado de Obstetricia*. 21ª ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2002.
5. Danforth F. Scott A. *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. 8ª ed. México DF, México. Editorial McGraw-Hill Interamericana. 2000.
6. Caraballo S, García Y, & Núñez A. Complicaciones infecciosas en la operación cesárea: clasificación previa y uso de antibióticos. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 53(2), 106-110. Cuba, 2001,
7. Pacheco J. *Tratado de Ginecología y Obstetricia*. 5ª ed. Lima, Perú. Editorial MAD; 2009.
8. Alcántara G.Rafael, Alcántara A. Renzo .Operación Cesárea: Frecuencia, indicaciones y morbimortalidad materna y perinatal. Estudio prospectivo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*,41(1),86-93,Lima,1995
9. Hoyos L. Fermín. Operación cesárea: frecuencia, indicación y complicaciones maternas en el Hospital de Apoyo N° 1 Tumbes “Dr. José Alfredo Mendoza

Olavarría” 1989-1993. Trujillo, Perú. 1994. Trabajo para optar el grado de Bachiller en Medicina. Escuela de Medicina. Universidad Nacional de Trujillo, Peru.1994.Trabajo para optar el Grado de Bachiller en Medicina Escuela de Medicina. Universidad Nacional de Trujillo

10. Menacho I. Cesárea electiva. Universidad, Ciencia y Sociedad *versión impresa* ISSN 8888-888. Univ. Cienc. Soc. v.1 n.2 Santa Cruz de la Sierra 2010.

11. Herane A, Driggers R. “Parto normal, parto quirúrgico y anomalías de la presentación fetal” Hopkins, J (ed), *Ginecología y Obstetricia*. Madrid. Marbán. 5: 88,89, 2005

12. Caraballo S,Garcia Y.Complicaciones infecciosas en la operación cesárea clasificación previa y uso de antibióticos.Rev Cub de Med Trop 2001;53(2)

13. Villanueva E. Luis A. Operación cesárea, una perspectiva integral. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 47 (6), 56-62. México, 2010.

14. Romero A. Carlos H. Parto por cesarea:frecuencia,indicaciones y complicaciones maternas.Hospital II Essalud-Chocope 2000.Trujillo,Peru.2009 Trabajo para optar el grado de Bachiller en Medicina.Escuela de Medicina.Universidad Nacional de Trujillo.

15.Sardiñas A. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Revista de Ginecología y Obstetricia de México 73 (5), 155-9, México, 2009.

16.Serquén G. Operación cesárea: Frecuencia, Indicaciones y Complicaciones Maternas. Trujillo, Perú. 2008. Trabajo para optar el grado de Bachiller en Medicina. Escuela de Medicina. Universidad Nacional de Trujillo

17. MINSA. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Dirección General de Salud de las Personas.. Lima, Perú. Editorial del MINSA. 2009.

18. Shuguli M. Protocolo de atención de enfermería en complicaciones Trans y Post Quirúrgico, en pacientes sometidas a cesáreas en el servicio de quirófano en el periodo Julio-septiembre 2013, en el hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, Ambato - Ecuador. Tesis de maestría. Universidad Regional Autónoma de los Andes Uniandes; 2015.

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/234/1/TUAMEQ003-2015.pdf>

19. Pucha A. Factores asociados a complicaciones Postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea atendidas en el Hospital Isidro Ayora durante el periodo Julio 2013 – Julio 2014; 2015.

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/11494/1/TESIS%20ALFREDO%20PUCHA.pdf>

20. Galvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del Callao, periodo enero-diciembre 2013; 2014. Tesis de maestría.

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3507/1/TUAMED008-2016.pdf>

21. Mozo E. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa; 2014. Tesis de maestría.

<http://eprints.ucm.es/29014/1/T35877.pdf>

22. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. “Parto por cesárea”. Washington, American College of Obstetricians and Gynecologists. 2011
23. Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería HARCOUT Madrid, España 2003
24. La organización Mundial de la Salud (OMS) Datos de la cesárea y complicaciones posoperatorias. Washington, 2012
25. .Polit, D.m Hungler, B. Investigación científica en Ciencias de la Salud. 6ª edic. McGraw Hill Interamericana. México, 2002.
26. Arauzo G. Incidencia e indicación de la cesárea en el hospital de Tingo María. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 39 (17), 31-9, Lima, 2011.
27. Berghella V. La Informacion del Paciente: Hospital ginecoobstetrico “Ramon Gonzales Coro” 2013,1-9
28. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: McGraw Hill. 2014
29. La organización Mundial de la Salud (OMS) Datos de la cesárea y complicaciones posoperatorias. Washington, 2012

ANEXOS

ANEXO N° 1

REGISTRO DE LOS DIAGNÓSTICOS DE LA CESÁREA ELECTIVA EN EL HOSPITAL DE APOYO HUARMEY. PRIMER SEMESTRE 2016.

PARTE I

Autora: Karlota Hermoza Servat.

MES: _____

1) HISTORIA CLÍNICA N° _____

2) TIPO DE CESÁREA: Electiva ()

	Diagnóstico	Sí	No	Descripción del caso
1.	Placenta previa			
2.	Desproporción fetal			
3.	Presentación pelviana			

PARTE II

REGISTRO DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA CESÁREA ELECTIVA EN EL HOSPITAL DE APOYO HUARMEY PRIMER SEMESTRE. 2016.

	Complicaciones	Sí	No	Descripción del caso
1.	Anemia			
2.	Infección de herida operatoria			
3.	Infección del tracto urinario			
4.	Hemorragia (atonía uterina			

