



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina

**Prevalencia de cesárea de emergencia y su asociación con la
hemorragia postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso, período
2019. Cuenca 2020**

Proyecto de investigación previo a la
obtención del título de Médico

Autoras:

Angélica María Castro Villa

C.I. 0106695448

Correo electrónico: castro.ang2@gmail.com

Carla Estefanía Sibri Zeas

C.I. 0104754577

Correo electrónico: carla.sibri19@gmail.com

Director:

Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza

C.I. 0101557890

Cuenca – Ecuador

17-mayo-2021



RESUMEN

Antecedentes: a nivel mundial el parto por cesárea se ha establecido como uno de los principales procedimientos quirúrgico-obstétricos. En 2016 en el Ecuador el porcentaje de cesáreas fue de 46,19% según el INEC. Un estudio realizado en 2015 en el Hospital Vicente Corral Moscoso demuestra que el 75,2% de los partos fueron cesárea de emergencia. La hemorragia postparto es una de las complicaciones de la cesárea y constituye una de las principales causas de mortalidad materna en el Ecuador.

Objetivo general: determinar la prevalencia de cesárea de emergencia y su asociación con la hemorragia postparto en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2019.

Metodología: se realizó un estudio analítico, retrospectivo de corte transversal. El universo estuvo constituido por todas las historias clínicas de mujeres que fueron sometidas a cesárea y que presentaron hemorragia posparto en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2019. Los datos fueron recolectados en un formulario diseñado para el estudio, el análisis se realizó en el programa SPSS versión 20, los resultados se presentan en tablas y gráficos de frecuencias utilizando la media, desviación estándar, odds ratio (IC 95%) y el valor de p (0,05) para la significancia estadística.

Resultados: La prevalencia de cesárea de emergencia es de 10,2%, siendo el 2,12% que presentó hemorragia postparto. Predominaron las pacientes con edad de 20-29 años con el 54,3%. El 61,7% son multíparas. Las cesáreas de emergencia fueron por distocias 34,04%, cesárea anterior 22,34% y preeclampsia grave 11,7%. Los dos casos de hemorragia postparto se relacionaron a preeclampsia grave y placenta previa con sangrados de 1300ml y 2000 ml respectivamente; el primero ingresó a UCI para manejo integral con evolución favorable.

Palabras clave: Cesárea de emergencia. Cesárea electiva. Hemorragia posparto.



ABSTRACT

Background: at the global level, caesarean section delivery has been established as one of the main surgical-obstetric procedures. In 2016 in Ecuador, the percentage of caesarean sections was 46.19% according to INEC. A 2015 study at Vicente Corral Moscoso Hospital shows that 75.2% of births were emergency caesarean section. In addition, postpartum haemorrhage is one of the complications of caesarean section and is one of the main causes of maternal mortality in Ecuador.

General objective: to determine the prevalence of emergency caesarean section and its association with postpartum hemorrhage in Vicente Corral Moscoso Hospital during 2019.

Methodology: an analytical, retrospective cross-sectional study was performed. The universe was made up of all the clinical histories of women who underwent caesarean section and who presented postpartum hemorrhage at the Vicente Corral Moscoso Hospital during 2019. The data was collected in a form designed for the study, the analysis was performed in the SPSS version 20 program, the results are presented in tables and frequency graphs using mean, standard deviation, odds ratio (95% CI) and p value (0.05) for statistical significance.

Results: The prevalence of emergency caesarean section is 10.2%, with 2.12% having postpartum hemorrhage. Patients with age of 20-29 years predominated with 54.3%. 61.7% are multiparous. Emergency caesarean sections were for dystocia 34.04%, anterior caesarean section 22.34% and severe preeclampsia 11.7%. The two cases of postpartum hemorrhage were related to severe preeclampsia and placenta praevia with bleeding of 1300ml and 2000 ml respectively; the first one was admitted to the ICU for integral management with favorable evolution.

Key words: Emergency caesarean section. Elective caesarean section. Postpartum hemorrhage.



Índice del Trabajo

CAPÍTULO I	13
1.1. INTRODUCCIÓN	13
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3. JUSTIFICACIÓN	14
CAPÍTULO II	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1. HISTORIA DE LA CESAREA	15
2.2. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS	16
2.3. ANATOMÍA DE LA PARED ABDOMINAL	16
2.4. CESÁREA DE EMERGENCIA	17
2.5. CESÁREA ELECTIVA	19
2.6. HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP)	20
CAPÍTULO III	23
3. OBJETIVOS	23
3.1. OBJETIVO GENERAL	23
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3.3. HIPÓTESIS	23
CAPÍTULO IV	24
4.1. TIPO DE ESTUDIO	24
4.2. ÁREA DE ESTUDIO	24
4.3. UNIVERSO	24
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	24
4.5. VARIABLES	24
4.6. MÉTODOS, TÉCNICA E INSTRUMENTOS	24
4.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	25
4.8. ASPECTOS ÉTICOS	25
CAPÍTULO V	26
5. RESULTADOS	26
CAPÍTULO VI	31
6. DISCUSIÓN	31
CAPÍTULO VII	34
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
7.1. CONCLUSIONES	34
7.2. RECOMENDACIONES	34



CAPÍTULO VIII	35
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
CAPÍTULO IX	41
9. ANEXOS	41
9.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
9.2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Angélica María Castro Villa, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Prevalencia de cesárea de emergencia y su asociación con la hemorragia postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso, período 2019. Cuenca 2020”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 17 de Mayo del 2021

Angélica María Castro Villa
C.I.0106695448



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Carla Estefania Sibri Zeas, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Prevalencia de cesárea de emergencia y su asociación con la hemorragia postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso, período 2019. Cuenca 2020”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 17 de Mayo del 2021

Carla Estefania Sibri Zeas

C.I. 0104754577



Cláusula de Propiedad Intelectual

Angélica María Castro Villa, autora del proyecto de investigación **“Prevalencia de cesárea de emergencia y su asociación con la hemorragia postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso, período 2019. Cuenca 2020”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 17 de Mayo del 2021

Angélica María Castro Villa

C.I.0106695448



Cláusula de Propiedad Intelectual

Carla Estefania Sibri Zeas, autora del proyecto de investigación **“Prevalencia de cesárea de emergencia y su asociación con la hemorragia postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso, período 2019. Cuenca 2020”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 17 de Mayo del 2021

Carla Estefania Sibri Zeas

C.I. 0104754577



AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecemos a nuestras familias por la confianza y el apoyo incondicional, moral y económico que nos brindaron desde que iniciamos nuestro estudio que nos permitió culminar esta etapa de nuestras vidas satisfactoriamente. De igual manera, queremos agradecer con profundo respeto al Doctor Jorge Mejía, tutor de nuestro proyecto de investigación, por su dedicación y paciencia para transmitir sus conocimientos y guiarnos durante el desarrollo de esta investigación.

Las autoras



DEDICATORIA

Este proyecto de investigación va dedicado a Dios y a mis padres Luz María y Germán, quienes estuvieron conmigo desde el inicio de mi vida estudiantil y me acompañaron durante toda mi carrera universitaria, apoyándome y alentándome a seguir en el cumplimiento de mis metas y sueños.

A mis hermanos Andrés y Xavier por haber estado presentes en mis momentos de alegría y tristeza, por enseñarme a ver la vida con un pensamiento más dinámico y haberme demostrado su afecto y apoyo en todo momento.

Angélica Castro Villa



DEDICATORIA

A mis padres, Hugo y Pia, quienes se preocuparon por mí en todo momento, con sus consejos y enseñanzas me guiaron a conseguir cualquier meta propuesta, por esa razón, son los principales protagonistas de este sueño alcanzado.

A mi hermana Katty, porque con su gran actitud y apoyo me motivo a ser mejor cada día, y siempre me dio las fuerzas necesarias para seguir adelante.

Carla Sibri Zeas

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto al incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materno-infantil (1).

En Ecuador, desde el año 2001 el número de nacimientos por cesárea aumentó más de 50%, con una tasa de crecimiento anual de 4,03% (2) esta situación llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a recomendar que las cesáreas deben realizarse sólo cuando son necesarias por razones médicas (3).

A nivel global, el incremento de las cesáreas se relaciona con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna, y un alto costo de la atención médica en comparación con los partos vaginales por lo tanto, es importante evaluar las morbilidades asociadas con un parto por cesárea (4).

Existen varios estudios en donde se ha demostrado que las complicaciones postoperatorias se asociaron más con la cesárea de emergencia que con la cesárea electiva (4) (5) (6). Y de éstas un tercio de todas las muertes después de una cesárea se atribuyeron a hemorragias posparto 32%, preeclampsia 19%, sepsis 22%, y causas relacionadas con la anestesia 14% (7).

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años el parto por cesárea se ha establecido como uno de los principales procedimientos quirúrgicos realizados a nivel mundial. En el Ecuador, en el año 2016, el porcentaje de cesáreas realizadas fue de 46,19% según datos del INEC; cifra que sobrepasa la recomendada por la OMS que no justifica tasas mayores al 15%. En la provincia del Azuay en el mismo año, el porcentaje fue de 42,88% (3).

En nuestra ciudad un estudio realizado por Vega y Villota en 2015 en el Hospital Vicente Corral Moscoso demuestra que el 75,2% de los partos fueron cesárea de emergencia, mientras que el 24,8% fueron programadas (8).

La cesárea cuando se realiza bajo justificación médica permite reducir daños al binomio madre-hijo; sin embargo, el incremento desmesurado se ha relacionado con mayor morbilidad y mortalidad materna asociadas a complicaciones a corto y a largo plazo que pueden afectar incluso el futuro obstétrico de la paciente.



Dentro de las complicaciones a corto plazo, la hemorragia postparto con pérdida sanguínea mayor a 1000 ml, constituye la principal preocupación, ya que predispone al deterioro rápido de la condición hemodinámica y puede ocasionar la muerte de la paciente (9).

En nuestro país en el 2018, la hemorragia postparto fue la tercera causa más importante de mortalidad materna, siendo consecuencia del parto por cesárea en un 45,45% (10).

Por lo tanto, al ser la hemorragia postparto una emergencia obstétrica y ante la falta de datos en nuestro medio que estimen que la cesárea de emergencia sea un factor de riesgo mayor para la misma; la presente investigación busca determinar ¿Cuál es la prevalencia de cesárea de emergencia y su asociación con la hemorragia postparto en pacientes obstétricas del Hospital Vicente Corral Moscoso?

1.3. JUSTIFICACIÓN

La hemorragia postparto (HPP) es una de las complicaciones obstétricas más temidas que puede ocurrir en el puerperio. Actualmente continúa siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna a nivel mundial, en especial en países en vías de desarrollo (11).

Algunos estudios demuestran que la hemorragia posparto ocurre en aproximadamente 4% de los partos vaginales y 6% de los partos por cesárea (12); de las cuales, las cesáreas de emergencia se asociaron con casi 3 veces más HPP en comparación con las cesáreas electivas o con los partos vaginales (13).

Desde la perspectiva de la investigación, este estudio se encuentra dentro de las prioridades de investigación en salud 2013-2017 del Ecuador, ubicándose dentro del área 5 de maternas en la línea de investigación de hemorragia materna, sublínea perfil epidemiológico, y en el área 4 de salud sexual y reproductiva de las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas, contribuyendo con información valiosa a la investigación nacional.

Este estudio busca informar acerca de la relación de la cesárea de emergencia como factor de riesgo más frecuente para hemorragia postparto y servir como un precedente que podrá ser aprovechado en investigaciones futuras, que permitan continuar multiplicando el conocimiento en esta área y ofrecer una visión más integral.

La principal población beneficiaria de la investigación serán las pacientes del HVCM, el personal del área de la salud y la comunidad científica en general que pueden servirse de los resultados obtenidos en este estudio como fuente bibliográfica y los resultados serán



publicados a través de la plataforma del repositorio de la Universidad de Cuenca para el conocimiento de la comunidad universitaria local y nacional.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. HISTORIA DE LA CESAREA

La cesárea es un procedimiento quirúrgico practicado a nivel mundial que consiste en la extracción del feto a través de la pared abdominal bajo indicaciones justificadas, que representan peligro para el bienestar materno-fetal. Este procedimiento registra datos de sus inicios hacia el año 1500 a.C en las civilizaciones egipcias y judías, en donde se encontraron registros de las primeras prácticas de cesárea post mortem (14).

En la antigua Grecia, y posteriormente en Roma ya se practicaba de forma habitual la cesárea, incluso se creó la "Ley Regia o Ley César" en la cual se obligaba a extraer al feto a toda mujer que falleciera durante su periodo de gestación o incluso durante el parto para su correspondiente sepultura; hasta el siglo XVI la cesárea se practicó solamente en maternas fallecidas (14).

Actualmente, la mayoría de los autores coinciden que el verdadero creador del nombre de la operación cesárea fue el médico francés Francois Rousset, mediante la publicación de su tratado titulado *Traite Nouveau de L' hysterotomotokie ou enfantement cesarien* (Nuevo tratado de la histerotomía o parto por cesárea), en el que se menciona por primera vez la ejecución de este procedimiento quirúrgico en una materna viva (15).

A través del tiempo, la técnica quirúrgica y el manejo clínico ha ido evolucionando y la incorporación de técnicas quirúrgicas, procedimientos anestésicos y la administración de antibióticos han hecho de la cesárea uno de los procedimientos quirúrgicos de mayor impacto dentro del área obstétrica, convirtiéndola en una herramienta indispensable en la resolución de complicaciones durante el embarazo y/o parto (16).

2.2. TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Las técnicas quirúrgicas utilizadas en cesárea tienen el propósito de garantizar y facilitar una extracción fetal exitosa y atraumática. Existen dos grandes grupos de acceso a la pared abdominal en la paciente gestante, estas son las incisiones mediales infraumbilicales y las incisiones transversales suprapúbicas y de esta última se subdividen en diferentes tipos: Pfannenstiel, Joel-Cohen, o transrectal con (Morley) o sin ligadura de los vasos epigástricos (Mouchel) (17).

El tipo de incisión a realizar depende de varios factores y criterios que se modifican de acuerdo a las características de la paciente, antecedentes de procedimientos quirúrgicos previos, presentación fetal, consideraciones estéticas, entre otras. Generalmente, se prefiere la incisión transversa debido a la menor incidencia en formación de hernias y dolor postoperatorio, además por su apariencia estética (18). Sin embargo, se prefiere la incisión vertical en situaciones en las que se requiere de un acceso rápido a la cavidad abdominal, sobre todo cuando representa un beneficio significativo para la vida del neonato, aunque el tiempo de duración del procedimiento quirúrgico sea prolongado.

A pesar de que la intervención va dirigida a recibir un neonato en las mejores condiciones posibles, en el 1% casos se han registrado trauma fetal, entre ellos, los más frecuentes corresponden a fracturas de fémur, del húmero y parálisis del plexo braquial (17).

2.3. ANATOMÍA DE LA PARED ABDOMINAL

La pared abdominal tiene diferentes estructuras de afuera hacia adentro está compuesta por la piel cuyas líneas de Langer describen la orientación de las fibras de la dermis, seguida por el plano subcutáneo que contiene de forma predominante tejido graso, adyacente se encuentra la aponeurosis de Camper y más profundo por la de Scarpa. Las aponeurosis fibrosas de los músculos oblicuos mayor, menor, y el transversal abdominal se unen en la línea media para formar la vaina de los rectos (19).

La irrigación de la pared abdominal está comprendida por las arterias epigástricas superficiales, circunfleja iliaca y pudenda externa que se originan de la arteria femoral, proporcionando sangre a la piel y planos subcutáneos. La pared abdominal anterior es inervada por las extensiones abdominales de los nervios intercostales (T7-11), el nervio subcostal (T12) y los nervios abdominogenitales (L1) mayor y menor (19).

El útero es un órgano de forma piriforme triangular en su parte superior y cilíndrica en la inferior, está conformado por un cuerpo, cuello y el istmo, el riego vascular del útero se deriva



principalmente de las arterias uterinas y ováricas. La arteria uterina, proveniente de la iliaca interna, la arteria cervicovaginal, más pequeña, resultante, provee sangre a las partes inferior del cuello y superior de la vagina (19).

En consideración de los aspectos expuestos se considera que en las pacientes que presentan una pared gruesa se puede considerar la ejecución de puntos de aproximación de la fascia superficial para evitar la dehiscencia por otra parte, la sutura uterina debe asegurar la unión de los bordes musculares para garantizar una buena estabilidad para embarazos futuros (17).

2.4. CESÁREA DE EMERGENCIA

DEFINICIÓN

A través de la historia la cesárea de emergencia no ha podido ser definida de una manera precisa y es así que en muchos estudios se la define a partir de ciertas variables y criterios.

En 2000 Lucas et al., intentaron estandarizar las definiciones de cesárea de emergencia mediante encuestas a varios obstetras y anestesiólogos en Reino Unido, la mayoría coincidió que es una cesárea realizada por amenaza inmediata a la vida de la mujer o el feto (20).

Actualmente el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos de Australia y Nueva Zelanda recomienda el uso de un sistema de clasificación de cuatro grados para una cesárea de emergencia. Las cuatro categorías son (21):

- Categoría 1: amenaza urgente para la vida o la salud de una mujer o el feto.
- Categoría 2: compromiso materno o fetal, pero no pone en peligro la vida de inmediato.
- Categoría 3: necesidad de un parto antes de lo planeado, pero sin un compromiso materno o fetal evidente.
- Categoría 4: en un momento aceptable tanto para la mujer como para el equipo quirúrgico, entendiendo que esto puede verse afectado por una serie de factores.

INDICACIONES

Es posible que se recurra a una cesárea de emergencia en los siguientes casos (22):

- Distocia por fase latente prolongada cuando la mujer no ha entrado en la fase activa después de 8 horas de infusión de oxitocina; o por fase activa prolongada debido a desproporción cefalopélvica.



- Presentación pelviana el trabajo de parto prolongado es una indicación urgente de cesárea, siendo más frecuente en el trabajo de parto pretérmino.
- Preeclampsia grave y eclampsia con cuello uterino desfavorable, la cesárea debe tener lugar tan pronto se haya estabilizado el estado de la mujer, ya que su retraso significa un riesgo para la vida tanto de la mujer como del feto. Debe producirse independientemente de la edad gestacional. En la preeclampsia grave, la cesárea debe producirse dentro de las 24 horas que siguen a la aparición de los síntomas. En la eclampsia, debe producirse dentro de las 12 horas que siguen a la aparición de las convulsiones.
- Polihidramnios cuando hay prolapso de cordón y el parto no es inminente.
- La macrosomía fetal supone un trabajo de parto prolongado y obstruido, una distocia de hombro y una hemorragia postparto.

En 2016 un estudio realizado en Marruecos por Benzouina et al., demostró que las indicaciones más frecuentes de cesárea de emergencia fueron sufrimiento fetal (30.49%), cesárea previa en trabajo de parto (29.82%), ruptura de membranas previa al trabajo de parto mayor de 48 horas (15.02%), desproporción cefalopélvica (14,35%) (23).

Otro estudio realizado en la India por Chakrabart (2018) se tomaron en cuenta 2 grupos de estudio uno de admisión directa al hospital y un grupo referido y las indicaciones más importantes fueron cesárea anterior (31.8% y 18.5%), sufrimiento fetal (19.0% y 13.3%) y desproporción cefalopélvica (13.0% y 8.9%) en ambos grupos (24).

Es decir que, las indicaciones para realizar una cesárea de emergencia pueden ser múltiples y no siempre son las mismas y dependen mucho del hospital o país en el cual se realice y la caracterización de cada paciente.

RIESGOS

En India un estudio revela que la incidencia general de complicaciones fue significativamente mayor en cesárea de emergencia (28.5%) que en la electiva (16,7%). La hemorragia posparto fue la principal complicación intraparto en cesárea de emergencia (17,9%). Las probabilidades de ocurrencia de esta complicación fueron 3 veces mayor en casos de emergencia que en electivo, además el 25.8% tenía distensión abdominal, el 13.2% infección del tracto respiratorio inferior y el 4% un APGAR por debajo de 6 (25).

Un estudio retrospectivo en Australia demostró que el riesgo es más severo para los recién nacidos por cesárea de emergencia con mayor número de ingresos en la Unidad de Cuidados



Intensivos Neonatales, acidosis severa, APGAR score <3 a los 5 minutos y muerte tanto muerte fetal intraparto como muerte neonatal (26).

2.5. CESÁREA ELECTIVA

DEFINICIÓN

La cesárea electiva es una intervención que se programa durante el control prenatal a gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal y que se realiza antes del comienzo del trabajo de parto (27) (28).

INDICACIONES

En los últimos años la tasa de cesáreas ha aumentado a nivel global, siendo Latinoamérica una de las regiones con las cifras más altas, llegando a considerarse un problema de salud pública (29).

Según la OMS las principales indicaciones son: antecedente de cesárea, desproporción cefalopélvica, presentación pélvica, embarazo gemelar y falta de progreso en el trabajo de parto, entre las más frecuentes.

Además, este incremento podría deberse a razones innecesarias y no justificadas relacionadas con la seguridad que ofrece la operación cesárea, que ocasiona complacencia del médico y la paciente, falta de experiencia en los obstetras jóvenes, temor a problemas médico legales y presión de la paciente al médico.

Otras causas que influyen son: la edad, índice de masa corporal, enfermedades concomitantes con el embarazo, y mala práctica obstétrica (30).

RIESGOS

La cesárea al ser un procedimiento quirúrgico presenta riesgos y complicaciones que exponen a la paciente a morbilidad inmediata, dentro de las cuales, la hemorragia merece especial atención ya que ante pérdidas masivas que comprometan la vida de la paciente puede ser necesario una histerectomía y/o transfusión sanguínea; además pueden existir complicaciones asociadas a la anestesia, choque obstétrico, paro cardiaco, daño renal agudo, necesidad de ventilación o intubación, tromboembolismo venoso puerperal, infecciones, y hematomas (31).



Este procedimiento también aumenta el riesgo de ciertas morbilidades en las siguientes gestaciones, siendo más frecuentes las anomalías de la implantación de la placenta y la rotura uterina, que pueden desencadenar en muerte materna durante el nacimiento (31).

2.6. HEMORRAGIA POSTPARTO (HPP)

DEFINICIÓN

Definida como una pérdida sanguínea superior o igual a 500 ml o 1000 ml dentro de las 24 horas siguientes a un parto por vía vaginal o por cesárea, respectivamente.

La hemorragia postparto primaria es aquella que se presenta en las primeras 24 horas después del parto, y es secundaria cuando ocurre después de las 24 horas hasta los 42 días postparto. También se considera HPP a la pérdida sanguínea de cualquier volumen que produzca alteraciones hemodinámicas importantes en la paciente (32).

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA GRAVEDAD DE LA HEMORRAGIA

- Hemorragia posparto primaria menor: pérdida de 500-1000 ml de sangre del tracto genital en las primeras 24 horas del nacimiento de un bebé.
- Hemorragia posparto primaria mayor: pérdida de más de 1000 ml de sangre del tracto genital en 24 horas del nacimiento de un bebé
- Hemorragia posparto primaria masiva: pérdida de sangre > 2000 ml o tasa de pérdida de sangre de 150 ml / min, o la pérdida del 50% del volumen de sangre en 3 horas. Puede provocar una disminución de la hemoglobina (Hb) > 40 g / l, o un requerimiento de transfusión aguda de > 4 unidades (33).

CAUSAS

Más del 90% de las HPP se deben a tres causas: atonía uterina (60%), retención placentaria (30%) y lesiones cervicales o vaginales (8%). La ruptura uterina, la inversión uterina, la embolia amniótica y la placenta previa o acreta son generalmente las causas más infrecuentes (32).

La atonía uterina consiste en la falta de contracción uterina posterior al parto, a pesar del manejo activo de la tercera etapa del trabajo. Esta afectación puede ser focal o difusa, en la cual, la pérdida sanguínea puede ser mayor ya que un útero flácido y dilatado puede contener mayor cantidad de sangre, afortunadamente responde bien a la administración de drogas uterotónicas. Algunos factores predisponentes son: manipulación excesiva del útero, la anestesia general, sobre distensión uterina, trabajo de parto prolongado,



gran multiparidad, leiomiomas uterinos, parto instrumental y manipulación intrauterina, inducción o aceleración del trabajo de parto con oxitocina, hemorragia anterior en la tercera etapa (34).

La retención de tejido placentario es la segunda causa más frecuente, por la ausencia de expulsión placentaria dentro de los primeros treinta minutos posterior al parto. Este periodo puede extenderse a 90-120 minutos en partos en el segundo trimestre y el principal factor de riesgo para retención de placenta es edad gestacional menor a 26 semanas (34).

El trauma debido a laceraciones o incisiones quirúrgicas que afectan al útero, cuello de la matriz, vagina o vulva y además, pueden ser completas (transmiométriales) o incompletas (parte interna del miometrio) en caso de ser uterinas. Generalmente, estos daños son resultado de un parto precipitado o descontrolado o del parto instrumental de un lactante de gran tamaño; sin embargo, pueden suceder después de cualquier parto (34).

Otro factor que puede predisponer a HPP son los defectos de la coagulación o coagulopatías hereditarias o adquiridas. La enfermedad de Von Willebrand es la coagulopatía hereditaria más común con una prevalencia de 1.3%. Las mujeres con dicha enfermedad están especialmente en riesgo ya que los niveles de factor von Willebrand, que generalmente aumentan durante el embarazo, disminuyen muy rápidamente después del parto. Las coagulopatías adquiridas en el embarazo pueden ser por diversos trastornos obstétricos, incluyendo desprendimiento de la placenta, exceso de tromboplastina por un óbito fetal retenido, embolia de líquido amniótico, preeclampsia grave, eclampsia y sepsis (34).

Las hemorragias son más frecuentes después de cesárea que de un parto por vía vaginal. El riesgo aumenta si la cesárea se realiza durante el trabajo de parto y en función del número de cesáreas anteriores. Siendo la causa principal la atonía uterina, y apareciendo con mayor frecuencia las anomalías de la implantación (35).

Un estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso (2015), demuestra que las principales causas de HPP fueron atonía uterina (70,2 %), traumatismos (17,3%) y retención de tejidos (12,5%) (36).

Otra de las patologías que se considera como causa de hemorragia postparto es la placenta previa, la cual se define como la implantación de la placenta en el segmento uterino bajo, cerca del orificio cervical interno, debido a la migración placentaria y trofotropismo de las



células trofoblásticas que buscan zonas de mayor irrigación sanguínea. Existen factores de riesgo asociados como la edad materna, paridad, cesáreas o cicatrices uterinas previas entre otras; y como consecuencia las embarazadas son más propensas a presentar sangrado durante el segundo trimestre (37). Se debe sospechar en aquellas pacientes con sangrado transvaginal indoloro o sangrado poscoital posterior a las 20 semanas, pero el diagnóstico confirmatorio se basa en el estudio ultrasonográfico transvaginal que ha demostrado ser un procedimiento seguro y más exacto en la localización del segmento placentario (37).

Generalmente con el diagnóstico de placenta previa se programa un parto por cesárea desde las 36 a 37 semanas; sin embargo, algunas pacientes presentan complicaciones y requieren de cesáreas de emergencia en edades gestacionales más tempranas. El manejo hospitalario en contraste con el ambulatorio depende directamente de la estabilidad de la paciente, y las medidas de reposo en cama, evitar las relaciones sexuales y disminución de las actividades físicas suelen ser obligatorias dependiendo del caso (38).

La placenta previa que no se diagnostica a tiempo o no se maneja de manera adecuada puede provocar morbilidad y mortalidad materno-fetal, en muchos de los casos está asociada a bajo peso al nacer, puntuaciones de APGAR bajos, estancia hospitalaria prolongada, aumento en las tasas de transfusión sanguínea, hemorragia postparto (38).

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta es otra alteración poco frecuente; se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, previo a la expulsión fetal en gestaciones de más de 20 semanas. Ésta puede tener consecuencias inmediatas, potencialmente mortales, para la madre como: hemorragia masiva posparto, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal y, finalmente, la muerte (39).

Los principales factores de riesgo incluyen: hipertensión arterial crónica pregestacional, preeclampsia – eclampsia, rotura prematura de membranas, incluso el antecedente de síndromes placentarios en gestaciones previas. Otros factores de riesgo a tener en cuenta son: edad mayor de 35 años, paridad y tabaquismo (39).



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de cesárea de emergencia y su asociación con la hemorragia postparto en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2019.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar el grupo de estudio según edad, procedencia, nivel de instrucción y estado civil.
2. Relacionar las cesáreas de emergencia con hemorragia postparto.
3. Identificar los factores asociados a hemorragia postparto (distocia, preeclampsia grave, cesárea anterior, estado fetal no tranquilizador, ruptura prematura de membranas, otros).
4. Establecer el tipo de incisión quirúrgica, datos antropométricos del recién nacido y evolución de las pacientes sometidas a cesárea de emergencia con HPP.

3.3. HIPÓTESIS

H1: la cesárea de emergencia constituye un factor de riesgo para la presentación de hemorragia postparto en las pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso.

H0: la cesárea de emergencia no se considera un factor de riesgo para la presentación de hemorragia postparto en las pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso.

CAPÍTULO IV

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio analítico, retrospectivo de corte transversal en el cual se trata de determinar si la cesárea de emergencia representa un factor de riesgo importante para la hemorragia postparto.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

Se consideró como área de estudio el servicio de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado en la ciudad de Cuenca y se recolectaron los datos de las historias clínicas del departamento de estadística de esta casa de salud.

4.3. UNIVERSO

El universo y muestra estuvo constituido por todas las historias clínicas de pacientes sometidas a cesárea de emergencia que presentaron hemorragia postparto durante el año 2019.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de mujeres que fueron sometidas a cesárea y que presentaron hemorragia postparto en el Hospital Vicente Corral Moscoso.
- Historias clínicas completas

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas y que carezcan de datos útiles para el estudio.

4.5. VARIABLES

Variable dependiente: hemorragia posparto

Variable independiente: cesárea de emergencia y electiva

Variables intervinientes: edad, procedencia, nivel de instrucción, estado civil, paridad, causa de la cesárea, tipo de incisión, datos del RN, evolución clínica de la paciente.

4.6. MÉTODOS, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

Método: para lograr los objetivos de la investigación se utilizó el método observacional, analítico y transversal que permitió recabar datos acerca de nuestra realidad.



Técnica: para cumplir lo planteado en la investigación se tomaron los datos retrospectivos de las historias clínicas y se consignaron en las variables establecidas en el formulario.

Instrumentos: para la recolección de la información se aplicó un formulario diseñado por las autoras.

4.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez obtenidos los datos para la presente investigación, fueron ingresados y analizados en el paquete estadístico Microsoft Office Excel 2010 y el SPSS versión 20, los resultados se presentan en tablas y gráficos de frecuencias utilizando la media, desviación estándar y odds ratio como medidas estadísticas de análisis.

Para la determinación de la relación de la cesárea de emergencia como mayor factor de riesgo para HPP se usó el valor de Odds ratio con intervalo de confianza del 95% y el valor de p de 0,05 para la significancia estadística.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS

La información obtenida a través de esta investigación se utilizó con absoluta confidencialidad a través de código numérico, no se incluyeron datos de identificación como cédula, número de historia clínica o nombres, su uso fue sólo con fines investigativos y únicamente en la presente investigación. Una vez concluida la investigación y obtenida la calificación del trabajo de titulación, los datos fueron eliminados y destruidos, por lo que no se encontrarán disponibles para ningún otro fin.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Una vez obtenidos los datos para la presente investigación fueron ingresados y analizados en el paquete estadístico Microsoft Office Excel 2010 y el SPSS versión 20, los resultados se presentan en tablas y gráficos de frecuencias utilizando la media, desviación estándar y odds ratio como medidas estadísticas de análisis los mismos que se presentan a continuación.

Tabla 1.

Prevalencia de la cesárea de emergencia en HVCM, periodo 2019.

Cuenca - Ecuador 2021

Cesáreas	Frecuencia	Porcentaje	Prevalencia
Emergencia	94	10,2	0,1020
Electiva	827	89,8	
Total	921	100	

Fuente: base de datos

Elaboración: las autoras

Análisis: La tabla 1 nos presenta la prevalencia de cesáreas de emergencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2019, la misma que fue de 0,1020 x 100, lo que indica que de cada 100 cesáreas realizadas en esta unidad operativa, 10,20 son emergentes.

Tabla 2.

Distribución de las 94 pacientes realizadas cesárea de emergencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. Según características sociodemográficas.

Cuenca-Ecuador 2021

		Frecuencia n= 94	Porcentaje 100%
Edad	11 - 19	10	10,6
	20 - 29	51	54,3
	30 - 39	30	31,9
	≥40	3	3,2
	Media	27	
	DS	6,19	
Procedencia	Urbana	52	55,3
	Rural	42	44,7
Nivel de instrucción	Básica	27	28,7
	Bachillerato	57	60,6
	Tercer nivel	10	10,6
Estado civil	Casada	29	30,9
	Soltera	12	12,8
	Divorciada	1	1,1
	Unión libre	52	55,3

Fuente: base de datos
Elaboración: las autoras

Análisis: La tabla 2 nos muestra que el 54,3% de las pacientes tienen entre 20 a 29 años, con una media de 27 años y desviación estándar de 6,19; el 60,6% han cursado sus estudios de bachillerato. La mayoría son procedentes de la zona urbana en un 55,3%, y el estado civil que predomina es unión libre con un 52%.

Tabla 3.

Distribución de las 94 pacientes realizadas cesárea de emergencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. Según presencia o no de hemorragia postparto.

Cuenca-Ecuador 2021

HPP	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	2,12
No	92	97,88
Total	94	100

Fuente: base de datos
Elaboración: las autoras

Análisis: La tabla 3 nos muestra la presencia de pacientes con HPP después de una cesárea de emergencia con el 2,12% (2) de un total de 94 pacientes con cesárea de emergencia. Estas hemorragias correspondieron a preeclampsia grave y placenta previa.

Tabla 4.

Tabla de contingencia para medir asociación entre cesárea de emergencia y hemorragia postparto en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019.

Cuenca-Ecuador 2021

	Cesárea de emergencia		Total
	+	-	
HPP			
Si	2	0	2
No	92	827	919
Total	94	827	921

Fuente: base de datos

Elaboración: las autoras

Análisis: Después de aplicada la fórmula de Odds Ratio se obtuvo un valor infinito, el valor de P encontrado es 0.005159, el cual si es estadísticamente significativo, por lo tanto en este estudio la cesárea de emergencia es un factor de riesgo para la hemorragia postparto.

Tabla 5.

Distribución de las 94 pacientes realizadas cesárea de emergencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. Según paridad.

Cuenca – Ecuador 2021

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Primípara	31	32,9
Múltipara	58	61,7
Gran múltipara	5	5,4
Total	94	100

Fuente: base de datos

Elaboración: las autoras

Análisis: La tabla 5 nos muestra que el 61,7% de las pacientes realizadas cesárea de emergencia fueron multíparas, de estas una presentó HPP, el otro caso corresponde a una primípara.

Tabla 6.

Distribución de las 94 pacientes realizadas cesárea de emergencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. Según volumen de sangrado.

Cuenca – Ecuador 2021

Sangrado	Frecuencia	Porcentaje
≤500	66	70,2
501 - 1000	26	27,6
1001 - 1500	1	1,1
1501 - 2000	1	1,1
Total	94	100

Fuente: base de datos

Elaboración: las autoras

Análisis: La tabla 6 nos muestra que de las cesáreas de emergencia que presentaron hemorragia postparto, se reportó un caso de hemorragia posparto primaria mayor y uno de hemorragia posparto primaria masiva.

Tabla 7.

Distribución de las 94 pacientes realizadas cesárea de emergencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. Según causa de la cesárea.

Cuenca – Ecuador 2021

Causa de cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Distocias	32	34,04
Cesárea anterior	21	22,34
Preeclampsia grave	11	11,7
Estado fetal no tranquilizador	11	11,7
RPM	5	5,42
Otros	14	14,8
Total	94	100

Fuente: base de datos

Elaboración: las autoras

Análisis: La tabla 7 nos muestra que las causas más frecuentes por las que se realizó cesárea de emergencia son las distocias con un 34,04%, la cesárea anterior con el 22,34% y otras causas con un 14,8%. De las causas analizadas presentaron hemorragia postparto las asociadas a preeclampsia grave y a placenta previa.

Tabla 8.

Distribución de las 94 pacientes realizadas cesárea de emergencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. Según incisión quirúrgica.

Cuenca – Ecuador 2021

Incisión quirúrgica	Frecuencia	Porcentaje
Vertical	4	4,3
Transversa	90	95,7
Total	94	100

Fuente: base de datos

Elaboración: las autoras

Análisis: La tabla 8 nos muestra que la incisión quirúrgica realizada con mayor frecuencia en las cesáreas de emergencia es la transversa con un 95,7%, presentando 2 casos de hemorragia postparto.

Tabla 9.

Distribución de las 94 pacientes realizadas cesárea de emergencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. Según evolución de la paciente.

Cuenca – Ecuador 2021

Evolución de la paciente	Frecuencia	Porcentaje
Alta médica	90	95,7
Ingreso a UCI	4	4,3
Total	100	100

Fuente: base de datos

Elaboración: las autoras

Análisis: La tabla 9 nos muestra que la mayoría de las pacientes realizadas cesárea de emergencia recibieron el alta médica sin complicaciones correspondiendo a un 95,7%. De los

casos relacionados a HPP, un caso recibió el alta médica y el otro relacionado a preeclampsia severa ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos para el manejo de esta afección.

Tabla 10.

Distribución de las 2 pacientes realizadas cesárea de emergencia que presentaron hemorragia postparto en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo 2019. Según datos antropométricos del recién nacido.

Cuenca – Ecuador 2021

Datos antropométricos del RN		Frecuencia
Peso	≤2500	0
	2501 - 3500	2
	≥3501	0
Talla	≤ 50	2
	>51	0
Perímetro cefálico	≤35	2
	>36	0
Apgar 1 minuto	≤6	0
	>7	2
Apgar 5 minutos	≤6	0
	>7	2
Total		2

Fuente: base de datos

Elaboración: las autoras

Análisis: La tabla 10 nos muestra que de los 2 casos de cesárea de emergencia con HPP se obtuvieron recién nacidos en buenas condiciones y vitalidad, con peso, talla y perímetro cefálico dentro de los parámetros normales.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

La cesárea representa una de las cirugías obstétricas más realizadas a nivel mundial, por lo tanto, con este proyecto de investigación se pretendía comprobar si la cesárea de emergencia constituye un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones como la hemorragia postparto en las pacientes del Hospital Vicente Corral Moscoso, debido a que esta patología es una de las principales causas de muerte materna en el Ecuador.



En el presente proyecto de investigación, se encontró que durante el 2019 se realizaron 921 cesáreas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, representando las cesáreas de emergencia un 10,2%; de este grupo 2 pacientes presentaron hemorragia postparto lo que representa un 2,12%. Estos datos se asemejan a un estudio realizado dentro del mismo hospital en el año 2014, el cual fue de 2,07%, lo que indica una prevalencia constante de esta patología en nuestro medio. Según un estudio realizado en Bogotá se identificó que el 23,1% de pacientes sometidas a cesárea de emergencia presentaron hemorragia posparto (40), en comparación a nuestro estudio este porcentaje es mucho mayor.

De acuerdo a las características sociodemográficas de las pacientes del estudio, el 54,3% de las pacientes tienen entre 20 a 29 años, con una media de 27 años y desviación estándar de 6,19, siendo adultas que han cursado sus estudios de bachillerato en un 60,6%. La mayoría son procedentes de la zona urbana en un 55,3%, y el estado civil que predomina es unión libre con un 52%. Estos datos contribuyen a la baja incidencia de hemorragia postparto en el hospital de estudio, ya que se podría predecir que las pacientes acuden a los controles prenatales necesarios para evitar el desarrollo de complicaciones durante parto y postparto. Estos hallazgos son similares a varios estudios realizados en nuestro país; así lo demuestra una investigación realizada en el Hospital General Ambato, en el cual se identifica un rango de edad comprendida entre los 20 y 39 años de edad representando un 83% y las cesáreas se presentan en pacientes que han culminado sus estudios en la secundaria representan el 33%, datos que son similares a los encontrados en este estudio (41).

El 61,7% de las pacientes fue representado por pacientes multíparas y un 32,9% por pacientes primíparas. En un estudio realizado en Ambato las primigestas representan un porcentaje superior de cesáreas de emergencia con un 47% (31), mientras que en un estudio realizado en el Hospital Regional Manuel Núñez en Perú, se registraron cesáreas de emergencia en el 53.36% de nulíparas y un 34.39% de multíparas (42). En este estudio se evidencia que en pacientes multíparas se realizó con mayor frecuencia la cesárea de emergencia y de estas se asoció a hemorragia postparto un caso en una paciente primípara y otro caso a una paciente multípara.

En esta investigación las causas de cesárea relacionadas a cesárea de emergencia correspondieron a distocias (34,04%), cesárea anterior (22,34%), estado fetal no tranquilizador (11,7%), preeclampsia grave (11,7%), ruptura prematura de membranas (5,4%), y otras causas representadas por un 14,8 % entre las cuales se incluyen casos aislados de: aneurisma cerebral (materna), anhidramnios, corioamnionitis, desprendimiento prematuro placenta, eclampsia, macrosomía fetal, malformación fetal, síndrome adherencial, procubito de cordón y embarazo gemelar.



En un estudio realizado por Rojas y Urrego dentro de las indicaciones para cesárea de emergencia la de cesárea previa fue la más frecuente (20.36%), seguido de preeclampsia-eclampsia (19,91%), restricción de crecimiento intrauterino (11,57%), desproporción materno-fetal (9,79%) y bienestar fetal no tranquilizador (9,45%) (40).

En 2016 un estudio por Benzouina et al., demostró que las indicaciones más frecuentes de cesárea de emergencia fueron sufrimiento fetal (30.49%), cesárea previa en trabajo de parto (29,82%), ruptura de membranas previa al trabajo de parto mayor de 48 horas (15,02%), desproporción cefalopélvica (14,35%) (23). En comparación con estos estudios las causas registradas en este estudio son afines a las encontradas en estos estudios siendo las más comunes para cesárea de emergencia las distocias, cesárea anterior y estado fetal no tranquilizador.

Durante la ejecución de este estudio se encontró que dentro de las cesáreas de emergencia relacionadas a hemorragia postparto se presentaron 2 casos, uno por preeclampsia grave y otro por placenta previa con sangrados de 1300ml y 2000ml respectivamente, representando el 1.1 % correspondiente a hemorragia postparto primaria mayor y hemorragia postparto primaria masiva. Dentro de las cesáreas de emergencia el 70,2% se registraron volúmenes de sangrado menores a 500 ml. En cuanto a la evolución de la paciente el 95,7% de las cesáreas de emergencia recibieron el alta médica y mientras que el 4,3% ingresó a UCI para manejo integral.

El tipo de incisión más usado fue el transversal en un 95,7 %, de estas 2 casos se asociaron a hemorragia postparto, en un estudio realizado en Perú se encontraron datos similares en el que el tipo de incisión más realizada fue supra púbrica o transversal con un 96,20% mientras que el vertical un 3,80% (43).

En Australia, un estudio retrospectivo demostró que el riesgo es más severo para los recién nacidos por cesárea de emergencia con mayor número de ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por acidosis severa, APGAR score <3 a los 5 minutos y por muerte fetal intraparto o neonatal (26). Sin embargo, en nuestro estudio se registró un APGAR mayor de 7 en un 82% al minuto de nacido y 86% a los 5 minutos, incluyendo a las cesáreas de emergencia que presentaron hemorragia postparto, lo que indica que se recibe al recién nacido en buenas condiciones.

Los datos antropométricos de los productos recibidos en las cesáreas de emergencia registran valores dentro de la normalidad, incluyendo aquellos en los que la hemorragia postparto estuvo presente. En un estudio realizado en el Hospital San José Del Callao en Perú se identificaron datos de recién nacidos similares a los encontrados en este estudio (43).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

El objetivo principal de este proyecto de investigación fue determinar la prevalencia de cesárea de emergencia y su asociación con la hemorragia postparto en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2019, por lo tanto después del análisis de los datos obtenidos de historias clínicas podemos concluir lo siguiente:

- De las 921 cesáreas realizadas durante el año 2019 en el Hospital Vicente Corral Moscoso, el 10,2 % correspondieron a cesáreas de emergencia, cifra superior a la comparada con los estudios revisados.
- La cesárea de emergencia representa un factor de riesgo para la presentación de hemorragia posparto, con un valor de p de 0.005159, siendo estadísticamente significativo.
- En cuanto a las características sociodemográficas, el 54,3% de las pacientes son adultos jóvenes, con una media de 27 años, en su mayoría cursado sus estudios de bachillerato, procedentes de zonas urbanas y en unión libre.
- La técnica quirúrgica utilizada en la cesárea tiene un alto porcentaje de seguridad para la paciente, debido a que la incisión más realizada (transversal) presentó los 2 casos de hemorragia postparto.
- La multiparidad con un valor de p de 0.3684, no influyó en la presentación de hemorragia postparto, se registró hemorragia postparto en una paciente primípara y en una paciente múltipara.
- La indicación más frecuente de cesárea de emergencia se relaciona con distocias.
- Dentro de las cesáreas de emergencia que presentaron hemorragia postparto se presentaron 2 casos relacionados a preeclampsia grave y a placenta previa con sangrados de 1300 ml y 2000 ml, respectivamente.
- Los productos recibidos en las cesáreas de emergencia fueron recién nacidos adecuados para la edad gestacional, en buenas condiciones.
- El pronóstico de las pacientes realizadas cesárea de emergencia fue favorable para el 98% de las cesareadas.

7.2. RECOMENDACIONES

- Establecer el uso de normativas y/o guías de manejo institucional, con el fin de justificar los diagnósticos operatorios y disminuir el número de cesáreas.



- Identificar mensualmente las tasas de incidencia de cesáreas socializando las principales causas para la ejecución de la operación.
- Se recomienda a la comunidad científica estudiar la prevalencia y la caracterización de los factores de riesgo a nivel nacional para poder comparar las hipótesis planteadas con los otros estudios.
- Esta tesis servirá de base para realizar otros proyectos de investigación correlacionados con el tema desarrollado.

CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Internet]. 2015. [Citado 2019 Ago 20]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161444>
2. Ortiz-Prado, Esteban et al. Cesarean section rates in Ecuador: a 13-year comparative analysis between public and private health systems. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 41 [citado 2019 Ago 20], e15. Disponible en: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.15>>. Epub 26 June 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.15>.)
3. MSP. Boletín Nacimientos por Cesáreas 2013-2016. [Internet]. 2016. [citado 2019 Ago 20]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2015/01/Boletin-Nacimientos-por-Ces%C3%A1reas-2012-2016.pdf>)
4. (Gayathry, Guthi, Bele, Vivekannada. A study of maternal morbidity associated with caesarean delivery in tertiary care hospital. [Online]. 2017. [citado 2019 Ago 20]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328530163_A_study_of_maternal_morbidity_associated_with_caesarean_delivery_in_tertiary_care_hospital .)
5. (Gupta M, Saini V. Caesarean Section: Mortality and Morbidity. [Internet]. 2018. [citado 2019 Ago 20]. Disponible en: [https://www.jcdr.net/articles/PDF/11994/37034_CE\[Ra1\]_F\(SHU\)_PF1\(SH_SS\)_PN\(SS\).pdf](https://www.jcdr.net/articles/PDF/11994/37034_CE[Ra1]_F(SHU)_PF1(SH_SS)_PN(SS).pdf))



6. (Gupta S, et al. Evaluation of decision-to-delivery interval in emergency cesarean section: A 1-year prospective audit in a tertiary care hospital. [Internet]. 2017. [citado 2019 Ago 20]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28413274>)
7. (WHO. Deaths from caesarean sections 100 times higher in developing countries: global study. [Internet]. March 2019. [Citado 2019 Ago 20]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/death-from-caesarean-sections/en/>).
8. Vega B, Villota L. Prevalencia y causas de cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso, período julio a diciembre de 2014. Cuenca 2015 [Internet]. Cuenca; 2016 [citado 6 August 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25812/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de práctica clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. [Internet]. 2013. [citado 05 Ago 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Gaceta de muerte materna Se 52. [Internet]. 2018. [citado 05 Ago 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/07/Gaceta-SE-52-MM.pdf>
11. OPS Paraguay. La OPS actualizará sus manuales sobre el manejo de las emergencias obstétricas [Internet]. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. 2015 [cited 5 August 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1487:la-ops-actualizara-sus-manuales-sobre-el-manejo-de-las-emergencias-obstetricas&Itemid=255
12. Lugo, A. Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 Jun [citado 2019 Ago 05]; 40(2): 145-154. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200002&lng=es.
13. Papponetti M. Hemorragia posparto Revisión de las causas, el diagnóstico y el tratamiento de la hemorragia posparto dirigida a la atención médica obstétrica y posnatal [Internet]. Intramed.net. 2019 [citado 5 Ago 2019]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoid=91590>



14. Nápoles, M. R. S., Peñate, L. L. M., Llody, G. T., Arencibia, C. M., & Hernández, D. D. L. C. C. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. [Internet]. 2018 [citado 2021 Feb 23]. 44(2), 1-19. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2018/cog182a.pdf>
15. Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña GG, et al. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. [Internet]. 2015 [citado 2021 Feb 23]. 53(5):608-615 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=62837#>
16. Iser, O, Romero, M. Factors of risk associated to the Caesarean operation primitive National Hospital Simao Mendes. Guinea Bissau. 2017. *Multimed* [Internet]. 2019 Jun [citado 2021 Feb 23]; 23(3): 447-459. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000300447&lng=es
17. G. Kayem, C. Raiffort, Técnicas quirúrgicas de la cesárea. [Internet]. 2019 [citado 2021 Feb 23]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(19\)41702-5](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(19)41702-5). (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X19417025>)
18. Vincenzo B. Parto por cesárea: técnica quirúrgica. [Internet]. 2017 [citado 2021 Feb 23]. Disponible en https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55482403/CESAREA__UP_TO_DATE.pdf?1515464157=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DParto_por_cesarea_tecnica_quirurgica_Aut.pdf&Expires=1614138382&Signature=AP7SicFD4HnBcXZDRmqaOntPTGmVBtMD765DZFktLSJFKuPKV6-jzoZfXOHKSIhVvm9la6vw52F9wyzdMci~oQxqFD45qvgXNxG9fEoZZAcfcV13vMGBXb8BTw-hyZPopEgM0Qq58DGwEzFn~Vcg1f3rgF-9rWPWMYwEXx7DhwGlkV8~zlvcrwz0nbmk-e817Ohdm9muqXOGbXSxinxpdF97mhf58B3cd4OltByLfwyW1lixn~EJn5eAz0Ezcbxj5C~6OhYYC4S0iwcJ34uPwuJeDEWyLkyxtGAokqhyQZo0BMk8IUHvrpuQjZq472r1s7NmbXKk48HcAqXt37HQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
19. Cunningham F, Leveno K, Bloom S. Williams. *Obstetricia* (25a. ed.). 25th ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2019.
20. Lucas, D N, S M Yentis, S M Kinsella, A Holdcroft, A E May, M Wee, and P N Robinson. Urgency of Caesarean Section: A New Classification. *Journal of the Royal Society of Medicine* 93, no. 7. July 2000 [citado 2019 Ago 10] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1298057/>



21. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Categorisation of urgency for caesarean section. RANZCOG Statement No. C-obs 14. Melbourne, Australia: RANZCOG, 2015. [Citado 2019 Ago 10] Disponible en www.ranzcog.edu.au/Open/statements/Html/Cobs14.htm
22. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetras y médicos [Internet]. 2002 [citado 13 Ago 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_RHR_00.7_spa.pdf?ua=1
23. Benzouina S, Boubkraoui Mel-M, Mrabet M, et al. Fetal outcome in emergency versus elective cesarean sections at Souissi Maternity Hospital, Rabat, Morocco. *Pan Afr Med J*. [online]. 2016 Apr 15. [Citado 2019 Ago 11] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4907743/>
24. Chakrabarti S. Frequency and Indication of Emergency Caesarean Section in a Tertiary Care Hospital in Kolkata: Analysis of Secondary Data. *Natl J Community Med* [online]. 2018. [Citado 2019 Ago 11]. Disponible en: http://njcmindia.org/uploads/9-1_5-9.pdf
25. Diana V, Tipandjan A. Emergency and elective caesarean sections: comparison of maternal and fetal outcomes in a suburban tertiary care hospital in Puducherry: *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* [online]. 2016. [citado 2019 Ago 12] Disponible en: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/1595>
26. Pires-Menard, A, Flatley, C & Kumar,S. Severe neonatal outcomes associated with emergency caesarean section at term. *The Journal of MaternalFetal & Neonatal Medicine*. [Online]. 2018 [Citado 2019 Ago 12] Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2019.1611770?af=R&journalCode=ijmf20>
27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de práctica clínica: Atención del parto por cesárea. [Internet]. 2015. [citado 15 Ago 2019]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/GPC_guias_practica_clinica_msp/GPC_atencion_parto_por_cesarea_2015.pdf
28. Ministerio de Salud de Chile. Protocolo: criterios de indicación cesárea. [Internet]. 2013. [citado 13 Ago 2019]. Disponible en: http://200.72.129.100/calidad/archivo1/Indicacion%20Cesarea%20-%20GCL%201.6_v.2.pdf



29. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. [Internet]. 2016. [citado 13 Ago 2019]. doi:10.1371/journal.pone.0148343
30. Bernal García C, Escobedo Campos C. Cesárea: situación actual y factores asociados en México. [Internet]. 2018. [citado 13 Ago 2019]. Disponible en: <https://salud.qroo.gob.mx/revista/images/revista40/4.%20CES%C3%81REA%20SITUACI%C3%93N%20ACTUAL.pdf>
31. Tabakman R. Epidemia mundial de cesáreas: Etiología y tratamiento. [Internet]. Medscape 2018. [Citado 13 Ago 2019]. Disponible en: https://espanol.medscape.com/verarticulo/5903292#vp_4
32. Ossé, L., Nebout, S., Filippov, J., & Keita, H. Hemorragias obstétricas. EMC - Anestesia-Reanimación, 43(3), 1–8. 2017. [Citado 14 Ago 2019]. doi: 10.1016/s1280-4703(17)85629-2
33. Royal Cornwall Hospitals Trust. Obstetric Haemorrhage Clinical Guideline. [Internet]. 2018. [citado 16 Ago 2019]. Disponible en: <https://doclibrary-rcht.cornwall.nhs.uk/DocumentsLibrary/RoyalCornwallHospitalsTrust/Clinical/MidwiferyAndObstetrics/PostPartumHaemorrhagePPHClinicalGuidelineForManagement.pdf>
34. Vargas Chaves S, Duarte Jeremías M. Hemorragia postparto. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 22 de noviembre de 2020 [citado 26 de febrero de 2021]; 5(11):e603. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/603>
35. Bernaud-Bourrelie, L., Ishaque, U., & Gabriel, R. Alumbramiento normal, alumbramiento dirigido, hemorragias posparto. EMC - Ginecología-Obstetricia, 53(4), 1–14. 2017. [citado 14 Ago 2019]. doi:10.1016/s1283-081x(17)86888-0
36. Calle J, Espinoza D. Prevalencia, causas y factores de riesgo asociados a la hemorragia postparto (HPP) en las pacientes del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo Enero – Diciembre 2014. [Internet]. 2015. [citado 16 Ago 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23071/1/TESIS.pdf>
37. 1. Ávila DS, Alfaro MT, Olmedo SJ. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Rev Clin Esc Med. [Internet]. 2016 [citado 2021 Feb 23]. 2016;6(3):11-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163c.pdf>



38. Anderson-Bagga FM, Sze A. Placenta Previa. [Internet]. 2020 [citado 2021 Feb 23]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539818/>
39. Liñayo-Chouza J, Álvarez-Silvares E, Domínguez-Vigo P, et al. Morbilidad y mortalidad a largo plazo en mujeres con antecedente de desprendimiento prematuro de placenta normoinserata. *Ginecol Obstet Mex.* 2019 [citado 2021 Feb 23]; 87(03):167-176. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2019/gom193c.pdf>
40. Rojas Z, Urrego M. Prevalencia y caracterización de los factores de riesgo en pacientes obstétricas con hemorragia postparto atendidas en el Hospital Del Tunal de Bogotá D.C. entre enero de 2015 y enero de 2016. [Internet]. 2016. [citado 20 feb 2021]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/751/1/rojaszambrano.pdf>
41. Quiquintuña C, Quispe C. Causas y prevalencia de cesárea de emergencia. Hospital General Ambato. Enero – agosto, 2019. [Internet]. 2019. [citado 20 Feb 2021]. Disponible en:
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6160/1/Causas%20y%20prevalencia%20de%20cesarea%20de%20emergencia.%20Hospital%20General%20Ambato.%20Enero%20-%20agosto%2c%202019.pdf>
42. Ortiz, R, Moreno, E, Mambuscay, J, Muñoz, J. Prevalence of complications in patients undergoing caesarean section in the period from January to December 2016 at the San José de Popayán University Hospital, Colombia 2016. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Feb 21]; 84(6): 435-448. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600435&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000600435.1>
43. Andia, M. Factores determinantes de la cesárea en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno periodo enero-diciembre 2017. [Internet]. 2017. [citado 20 feb 2021]. Disponible en:
http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6392/And%c3%ada_Mamani_Albert.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Luri I. Aspectos Ginecoobstétricos y Quirúrgicos de las Cesáreas de Emergencia en el Hospital Santa Rosa II-2 – Piura 2018. [Internet]. 2020. [citado 20 feb 2021]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40844/Libia_ALI.pdf?sequence=1&isAllowed=y

45. Diaz R. Cesárea electiva: factor de riesgo de morbilidad respiratoria en recién nacidos a término en el Hospital San José del callao 2013. [Internet]. 2015. [citado 20 feb 2021]. Disponible en: http://repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2260/diaz_Impdf?squence=1&isAllowed=y

CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

9.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad materna	Periodo de tiempo comprendido entre el nacimiento y la fecha de atención médica (parto o cesárea).	Tiempo	Años cumplidos	1. 11-29 2. 20-29 3. 30-39 4. ≥ 40
Procedencia materna	Lugar sociodemográfico del cual proviene la paciente.	Geográfica	Procedencia	1. Urbana 2. Rural
Nivel de instrucción materna	Grado de educación alcanzado o en curso.	Académica	Años aprobados	1. Ninguna 2. Básica 3. Bachillerato 4. Tercer nivel 5. Cuarto nivel
Estado civil	Condición legal de una persona en relación a otra y reconocida por las leyes ecuatorianas.	Jurídica	Tipo de estado civil	1. Casada 2. Soltera 3. Divorciado 4. Unión libre 5. Viuda
Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.	Antecedentes gineco-obstetras	escala numérica	1. Primípara(1) 2. Multípara (2 o más) 3. Gran multípara (6 o más)

Cesárea	Operación quirúrgica que consiste en la incisión de la pared abdominal para la extracción del feto.	Intervención quirúrgica	Tipo de intervención	1. Electiva 2. Emergencia
Hemorragia postparto en la cesárea	Sangrado uterino posterior a una cesárea.	Volumen	Mayor a 1000ml	1. Si 2. No
Causa de cesárea de emergencia	Factores que determinan la finalización del embarazo por cesárea de emergencia.	Nominal	Presencia	1. Distocia 2. Preeclampsia grave 3. Cesárea anterior 4. Estado fetal no tranquilizador 5. Ruptura prematura de membranas 6. Otros
Incisión quirúrgica uterina en cesárea	Técnica de corte del tejido uterino con bisturí durante la operación cesárea.	Quirúrgica	Tipo de incisión	1. Vertical (clásica) 2. Transversal
Datos del RN	Variables que indican el crecimiento y desarrollo del recién nacido.	Datos antropométricos	Centímetros Gramos Minutos	1. Longitud 2. Peso 3. Perímetro cefálico
APGAR	Sistema de puntuación que ayuda a calcular el estado general de su bebé al nacimiento.	Numérico	Minutos	1. 1 min 2. 5 min
Evolución clínica de la paciente	Agravamiento o mejoría del estado de salud que puede medirse por signos o síntomas observables y diagnosticables.	Monitorización clínica	Progreso clínico favorable o desfavorable	1. Alta 2. UCI 3. Fallecimiento



9.2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

PREVALENCIA DE CESÁREA DE EMERGENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON LA
HEMORRAGIA POSTPARTO. HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERÍODO
2019. CUENCA 2020

Número de formulario

Número de HC:	Edad:
---------------	-------

CESÁREA ELECTIVA HEMORRAGIA POSTPARTO

CESÁREA DE EMERGENCIA

Procedencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urbana 2. Rural
Nivel de instrucción	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. Básica 3. Bachillerato 4. Tercer nivel 5. Cuarto nivel
Estado civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casada 2. Soltera 3. Divorciado 4. Unión 5. Libre 6. Viuda



Paridad	<ol style="list-style-type: none">1. Primípara(1)2. Multípara (2 o más)3. Gran multípara (6 o más)
Causa de cesárea	<ol style="list-style-type: none">1. Distocia2. Preeclampsia grave3. Cesárea anterior4. Estado fetal no tranquilizador5. Ruptura prematura de membranas6. Otros
Incisión quirúrgica	<ol style="list-style-type: none">1. Vertical2. Transversal
Datos del RN	Longitud(cm)_____ Peso(kg)_____ PC(cm) _____ APGAR(1´/5´)____ / ____
Evolución de la paciente:	<ol style="list-style-type: none">1. Alta2. UCI3. Fallecimiento

Responsables	Firma
Angélica Castro	
Carla Sibri	