

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

“COMPLICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL JUÁREZ
DE MÉXICO EN LOS AÑOS 2007 Y 2008”

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA.

P R E S E N T A :

DR. EDILBER MARTINEZ SANCHEZ.

DR. JESUS SANCHEZ CONTRERAS.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA Y DIRECTOR DE TESIS.

MÉXICO D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

COMPLICACIONES DE LA OPERACIÓN CESÁREA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO EN LOS AÑOS 2007-2008

AUTORIZACION DE TESIS

Dr. Luis Delgado Reyes

Jefe de la División de Enseñanza_____

Dr. Jesús Sánchez Contreras.

Jefe de la División de Ginecología

Y Obstetricia. _____

Dr. Jesús Sánchez Contreras.

Prof. Titular del Curso Universitario de

Ginecología y Obstetricia y Director de_____

Tesis

DEDICATORIA

A Casita (†) mi señora madre que siempre tuvo una palabra de aliento para seguir adelante y nunca darme por vencido. Te quiero mucho mamá y siempre vas conmigo en mi corazón. Gracias por todo.

A Edilber mi padre, ejemplo de fortaleza, responsabilidad y amor a su familia. Siempre has sido un guía para mí en el camino de la vida. Te quiero mucho y todo lo realizado en mi vida es gracias a ustedes, mis padres de los cuales me siento muy orgulloso.

A Maye, mi esposa y compañera de mi vida. Gracias por tu amor, cariño y comprensión que me has brindado tan generosamente en los años que llevamos juntos. El presente trabajo también te pertenece. Te amo.

A Alejandro, mi hermano ¿Qué decirte mi mejor amigo y confidente? si el amor filial entre nosotros no se puede expresar con palabras. Solamente decirte que estoy muy orgulloso de ser tu hermano.

Finalmente a todos mis Maestros que a lo largo de mi vida académica me dieron una parte de ellos por medio de sus enseñanzas y me ayudaron a ser mejor. Gracias

Edilber Martínez Sánchez.

INDICE

Apartado	No. De página
Resumen.....	5
Introducción.....	6
Marco teórico.....	7
Planteamiento del problema.....	16
Justificación.....	16
Objetivos.....	16
Hipótesis.....	17
Diseño Metodológico.....	18
Tamaño de la muestra.....	18
Resultados.....	18
Discusión.....	28
Conclusiones.....	30
Bibliografía.....	31
Anexos.....	33

RESUMEN.

Existe en la actualidad una tendencia progresiva hacia el aumento de la operación cesárea en México y en todo el mundo, este aumento en el número de cirugías también se ve reflejada en el número de complicaciones derivadas de este procedimiento quirúrgico.

Se hace un ensayo descriptivo, comparativo retrospectivo, longitudinal de los años 2007 y 2008 de operación cesárea en el Hospital Juárez de México y las complicaciones que se presentaron por dicho procedimiento. Siendo tomadas como universo de trabajo solo las pacientes en las que la operación cesárea se realizó dentro de nuestra institución.

Los Resultados nos indican que en nuestro medio, la hemorragia obstétrica sigue siendo la principal complicación de la cesárea y dentro de los tratamientos la histerectomía obstétrica sigue siendo la cirugía más empleada para el manejo de las complicaciones, solo por debajo del tratamiento médico dependiendo de cada caso.

Existen otras complicaciones derivadas de la cesárea como la trombosis venosa profunda o la punción advertida de duramadre que se encuentran por debajo de lo reportado en la literatura médica.

La cesárea es el procedimiento quirúrgico más realizado por el médico ginecoobstetra y la necesidad de saber diagnosticar y manejar las complicaciones que se puedan presentar es muy importante para la disminución de la morbimortalidad materno fetal.

INTRODUCCION

La cesárea es sin duda alguna el desarrollo del procedimiento quirúrgico más significativo y de mayor impacto en la atención obstétrica. Aun cuando al comienzo de su utilización tenía como finalidad salvar la vida del feto, el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y el descubrimiento de la anestesia y antibióticos, la transformó en una cirugía indispensable en la resolución de las complicaciones surgidas durante el embarazo o el parto.

En las últimas décadas ha aumentado la utilización de esta cirugía. Por ejemplo en Estados Unidos de América entre 1965 y 1986 aumentó de 4.5% a 24.1%, pero esto no solo es un fenómeno exclusivo de países desarrollados sino a nivel global a aumentado la incidencia. Para el caso de México la información publicada por la Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud entre 1990 y 1999 la tasa de cesárea en el país aumentó de 13.64% a 25.41% .

Lo anterior no sería un elemento preocupante de no ser que conlleva la posibilidad en si misma de desarrollar complicaciones en el corto y largo plazos y con el consecuente efecto negativo sobre la salud de la madre.

La frecuencia con la que se observan complicaciones asociadas a la cesárea varía dependiendo del tipo de estudio y población o época analizados, sin embargo es notorio el aumento de riesgo en la cesárea comparada con un parto vaginal, riesgos y complicaciones que se analizarán a lo largo del presente trabajo, en la que se indican complicaciones inmediatas y tardías de la operación cesárea y como se encuentra el Hospital Juárez de México con respecto a estadísticas nacionales.

MARCO TEORICO.

Para poder estudiar las complicaciones en la operación cesárea se divide en 2. Complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, estas últimas divididas en inmediatas y tardías.

Complicaciones intraoperatorias.

- Hemorragia obstétrica.
- Accidente anestésico.
- Laceración de víscera hueca.

Complicaciones postoperatorias inmediatas:

- Infección (Endometritis e infección de herida quirúrgica)
- Tromboflebitis.
- Coagulación Intravascular Diseminada
- Embolia pulmonar.
- Embolia de líquido amniótico.

Complicaciones postoperatorias tardías:

- Eventraciones.
- Ruptura Uterina.

HEMORRAGIA OBSTETRICA.

Si bien se han propuesto varias definiciones de la hemorragia obstétrica la más aceptada se define como un sangrado vaginal de 500 ml. tras un parto vaginal o de 1000 ml. tras una cesárea o aquella hemorragia que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta. (1)

Se considera la segunda causa de morbimortalidad en México, En Estados Unidos representa 11 al 13% de mortalidad materna. En una revisión a 5 años del Instituto Nacional de Perinatología fue la segunda causa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos solo después de la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo. (2)

Es indispensable conocer los padecimientos que pueden vincularse con la hemorragia obstétrica y choque hipovolémico con la finalidad de anticiparse a los sucesos y tener medidas preventivas necesarias para tratarlos. De las que nos ocupan en las complicaciones de la cesárea se encuentran la atonía uterina, la rotura uterina y las posibles laceraciones en distintos sitios del tracto genital como la presencia de desgarros y hematomas pélvicos.

La reanimación y tratamiento de mantenimiento de la paciente con choque hipovolémico requiere de la evaluación simultánea de la causa de choque y la restitución del volumen circulante para mantener una adecuada perfusión tisular y corregir el estado ácido-base además de detener la hemorragia y evitar la progresión del daño sistémico.

Dentro de los factores de riesgo para desencadenar la atonía uterina y desgarros uterinos se encuentran un útero sobredistendido como en los casos de polihidramnios, gestación múltiple o macrosomía; la alteración anatómica o funcional del útero por presencia de miomas, placenta previa y anomalías uterinas. Y por último el factor traumático por desgarros durante la cesárea por mal posición o gran encajamiento de la presentación del producto produciendo laceraciones. (3)

Dentro del tratamiento de la hemorragia uterina en relación a control del sangrado se encuentran varios esquemas de tratamiento médico y quirúrgico que a continuación se enumeran:

Tratamiento médico: Es el manejo en el cual los médicos intervienen en el proceso para el manejo o la prevención de la hemorragia como el uso de uterotónicos como la oxitocina que reduce la hemorragia hasta en un 40% teniendo como ventajas su rápido mecanismo de acción además de que no produce hipertensión arterial ni contracciones tetánicas en el útero. Con relación a las prostaglandinas la Federación Internacional de Obstetras y Ginecólogos recomiendan el uso de misoprostol cuando otros oxitócicos no estén disponibles, en un estudio realizado en 2006 se realizó un estudio comparando el misoprostol frente a placebo encontrándose una disminución significativa del porcentaje de hemorragia por lo que se recomienda en lugares con pocos recursos.

En relación al tratamiento quirúrgico para la hemorragia uterina se encuentran tratamientos conservadores por que se plantea la disyuntiva de que una mujer termine con su fertilidad con la histerectomía obstétrica y que la ligadura de las arterias hipogástricas exigen capacitación del cirujano y que no siempre se cumple por lo que existen técnicas quirúrgicas conservadoras de la fertilidad materna fáciles de realizar que consiste en ligar ambas arterias uterinas con vycril del No.1; ligadura de arterias útero ováricas , ligadura con vycril a manera de cinturón a nivel del cuello uterino y en el cuerpo uterino con puntos transfixivos con catgut crómico del No.2 desde la cara anterior a la posterior en forma de U. (4)

Sin embargo al agotarse los métodos convencionales de control de hemorragia, la ligadura bilateral de las Arterias ilíacas internas o hipogástricas pueden salvar la vida de la paciente y de acuerdo a un estudio publicado en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología es necesario que el Ginecólogo-Obstetra maneje adecuadamente la técnica de ligadura de Iliacas internas la cual si se conoce su técnica no existen complicaciones después de la ligadura ya que existe una circulación colateral previa a la ligadura y que se hace funcional, inmediatamente

después de realizar la ligadura de las Arterias, demostrándose en este estudio el éxito de la cirugía y sobre todo que es necesario que todo ginecólogo-obstetra esté familiarizado con las técnicas y las indicaciones para dicho procedimiento.

Finalmente, la histerectomía obstétrica, es la última alternativa en situaciones donde las medidas conservadoras no logran controlar la hemorragia postparto, habitualmente es una cirugía urgente en la que se pone a prueba las habilidades del equipo para la resolución de esta grave complicación.

Se denomina histerectomía obstétrica a la resección parcial o total del útero que se realiza con urgencia por indicación médica debida a una complicación del embarazo, del parto o del puerperio o por agravamiento de una enfermedad que preexistía y que debe de ser solucionada en este periodo, si bien los textos clásico indican la hemorragia postparto como una de las principales causas, en diferentes experiencias publicadas se indica el acretismo placentario entre otras causas.

Dentro de las estadísticas publicadas en relación a la incidencia de histerectomías obstétricas es amplia. En un estudio publicado por parte del hospital "Julio Trigo López" de La Habana, Cuba. Reportan en un periodo comprendido de 1989 a 2002 un total de 99 histerectomías con una incidencia de 21.8 por 100 000 nacimientos encontrándose la cesárea como un proceder del riesgo en el 55.7% y las principales causas fueron la atonía y la infección, presentado como tasa de mortalidad de 1.1 por cada 10 000 nacimientos. (5)

En otras estadísticas publicadas como en la revista chilena de obstetricia y ginecología en un periodo de 6 años comprendido entre el año 2000 y 2005 en el Hospital de Puerto Montt en Chile, se reportan a 25 pacientes con histerectomía, y con riesgo de 56 veces mayor en pacientes con cesárea pero reportando como primera causa de la histerectomía el acretismo placentario en un 48%; seguido de atonía uterina con solo un 32% siendo la principal complicación la lesión vesical sin registrar muertes maternas. (6)

En relación a literatura europea, en el Hospital Universitario Joan XXIII en Cataluña España realizan un estudio retrospectivo en un periodo de 7 años comprendido entre 1999 y 2005 reportando 18 casos de un total de 11 134 nacimientos con una frecuencia de 1.5% siendo la causa más frecuente la atonía uterina en 13 pacientes y en segundo lugar la placenta acreta con 3 pacientes, reportando 2 muertes maternas, 1 por sospecha de embolismo pulmonar y otra por traumatismo craneoencefálico, además de lesiones vesicales y Abscesos pélvicos. (7)

Es por eso en cierta medida, la importancia de prevenir y poder dar el manejo adecuado a esta complicación transoperatoria y que se debe tener al personal y los insumos necesarios, para evitar muertes maternas.

ACCIDENTES ANESTESICOS

Existen tres elecciones anestésicas para la operación cesárea que van a depender de los deseos de la paciente, su estado medico y la urgencia de la operación que son la anestesia epidural, el bloqueo subaracnoideo y la anestesia general, reportándose complicaciones en cada tipo de anestesia.

En los casos de las anestias regionales, no existen suficientes estudios que reporten casos de los efectos adversos. En un estudio prospectivo en que se realizó anestesia epidural o subaracnoideo de un universo de 122 989 pacientes, se reportaron 128 complicaciones no estando recogida entre ellas la cefalea postpunción. Entre estas complicaciones se encontraron:

- a) Neuropatías 46 pacientes (3.7 por cada 10 000).
- b) Bloqueo alto brusco 26 pacientes (2.6 por cada 10 000)
- c) Dolor de espalda 21 pacientes (2.1 por cada 10 000)
- d) Retención urinaria 8 pacientes (0.8 por cada 10 000)
- e) Paro cardiaco 2 pacientes (0.2 por cada 10 000)

La cefalea puncional es una complicación frecuente debido a la perdida de liquido cefalorraquídeo reportándose una incidencia de 1.5% de las pacientes presentan cefalea. (8)

En relación a la anestesia general la complicación más temida es la neumonitis secundaria a aspiración de contenido gástrico se reportan bajas incidencia de aspiración, de las cuales el 64% no presento ninguna secuela y solo 3 murieron con antecedentes pre disponentes como obstrucción intestinal.

LASCERACION DE VISCERA HUECA

Aunque el daño accidental a vejiga o ureteros durante la operación cesárea o como consecuencia de ruptura uterina puede derivar en fistula vesico uterina se puede considerar como una complicación rara durante dicho procedimiento. Se considera que la mayoría de estas lesiones se tiene como principal riesgo las de origen iatrogénico ya que el riesgo aumenta conforme se realizan cesáreas de repetición.

Dentro de la literatura mundial, son pocos los casos reportados de fistulas vesico uterinas secundaria a una cesárea ya que en estudios reportados se considera que de todos los tipos de fistula urogenital, los producidos por cesárea se encuentran dentro del rango del 1 al 4%, teniendo como principal factor de riesgo el antecedentes de 2 o más cesáreas previas. (9)

ENDOMETRITIS E INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA.

Las complicaciones infecciosas continúan entre las primeras causas de morbilidad de las pacientes sometidas a esta intervención y constituye una seria amenaza para la vida. Entre estas complicaciones se encuentran la endometritis, las infecciones de herida quirúrgica con formación de abscesos o sin estos, la infección de vías urinarias, entre otras.

A la infección uterina se le ha denominado endometritis, endometriometritis y endoparametritis, en realidad la infección no solo compromete la decidua sino también los tejidos del miometrio y del parametrio y son un problema importante en las cesáreas.

La endometritis es la complicación séptica más frecuente en las cesáreas varía entre el 5 y el 85% según la población investigada de acuerdo a los factores de riesgo como lo reporta el Hospital Materno de Cienfuegos en La Habana Cuba. ⁽¹⁰⁾ En México se señala una frecuencia de 13.24% de acuerdo a un estudio realizado en el Hospital Central Militar. ⁽¹¹⁾ y en Los Estados Unidos de Norteamérica se reporta del 20%.

Los factores de riesgo más frecuentes son la adolescencia, el sobrepeso, el estado socioeconómico bajo, la ruptura de membranas de más de 6 horas de evolución, cesárea de emergencia, el número de revisiones vaginales, nuliparidad, corioamnioitis, el volumen de pérdida sanguínea transquirúrgica, la presencia de infección en otro sitio y la preeclampsia.

Las infecciones puerperales comprometen en especial el sitio de implantación de la placenta y el endometrio o más exactamente la decidua y el endometrio adyacente, en algunos casos hay secreción maloliente, profusa, sanguinolenta, puede estar retrasada la involución uterina y se debe de sospechar siempre que aparezca fiebre después de la cesárea, por lo general rebasa los 38° c acompañado de dolor abdominal y dolor parametrial al examen bimanual.

En la gran mayoría de los casos las bacterias responsables de las infecciones pelvianas son las que residen normalmente en los intestinos y los que colonizan la vagina siendo los más frecuentes los anaerobios cocos gram positivos, Bacteroides y Clostridium. También fueron comunes los cocos gram positivos aerobios como *enterococcus* y también es frecuente *Escherichia coli*.

La antibioticoterapia inicial es empírica, normalmente está dirigida a la flora mixta polimicrobiana y por fortuna la elección de uno o más agentes efectivos contra los agentes causales son efectivos en casi el 90% de los casos en los que la paciente responde a regímenes como ampicilina y gentamicina. Y actualmente se sigue utilizando este régimen antibiótico como se publica en la literatura médica como

primera opción en un estudio en que se incluyó a 4221 pacientes con dicha patología y presentándose como el mejor esquema terapéutico para la endometritis.

En relación a la infección de la herida quirúrgica se encuentra la obesidad, la diabetes, inmunosupresión anemia y deficiencia de la hemostasia con formación de edema. Por lo general se comienza con fiebre hacia el cuarto día postoperatorio, se puede observar eritema y drenaje y el tratamiento incluye administración de agentes antimicrobianos y drenaje quirúrgico además de asegurarse que la aponeurosis está intacta, en caso contrario debe de llevarse a cabo un cierre secundario.

La incidencia de esta patología es muy variable, ya que en La Facultad de Ciencias Médicas de La Habana Cuba se reporta una incidencia de infección de herida quirúrgica del 5% de un total de 320 pacientes. (12), En Estados Unidos varía entre el 2.8% y el 7.8%

Según la Organización Mundial de la Salud en un estudio publicado en 2008 indica que la incapacidad de los servicios de salud de ofrecer la intervención cesárea en lugares de escasos recursos se considera un problema, el cual es más acentuado en países en vías de desarrollo como América Latina que llega a incidencia de cesáreas hasta del 30% del total de nacimientos, por lo que es importante la prevención de infecciones, por lo que recomienda el uso de ampicilina o de cefalosporinas de primera generación para la profilaxis antibiótica de la cesárea. De hecho son los antibióticos más utilizados en países en vías de desarrollo.

TROMBOFLEBITIS

Cuando existe una infección puerperal, esta se puede extender a lo largo de las vías venosas y producir tromboflebitis, la cual fue descrita por primera vez en 1909 por Williams que reportó la trombosis venosa asociada a una mujer que se encontraba en “puerperio infectado” y cuyo tratamiento consistía en la escisión de las venas pélvicas trombosadas.

La incidencia de este padecimiento depende de la realización o no de cesárea, el uso de antibióticos profilácticos y el uso adecuado de los métodos diagnósticos, se tiene una incidencia en estudios realizados a 5 años con 45,000 pacientes en el Parkland Hospital Brown de una incidencia de 1 por cada 800 nacimientos realizados por cesárea.

Dentro de los hallazgos clínicos, el síntoma cardinal es el dolor que aparece típicamente al segundo o tercer día de puerperio con fiebre o sin ella. El diagnóstico se da por tomografía computarizada o por resonancia magnética nuclear, antes de que existieran estos métodos se realizaba la prueba de provocación con heparina y esta formación de trombos fue descrito clínicamente

por hipercoagulación y daño tisular, el puerperio junto con otros dos procesos como son la inflamación y la invasión bacteriana contribuyen al daño tisular.

En el tratamiento de la trombosis se limita la infección con antibióticos dentro de las primeras 24 a 48 horas, el papel de la heparina no está muy claro, de hecho el tratamiento antimicrobiano es el de elección. Y la terapia antimicrobiana hace que la incidencia de tromboflebitis disminuya y por lo tanto disminuye la tasa de mortalidad asociada a esta patología. (13)

COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA

Es el término usado para designar un síndrome de etiología múltiple y de presentación aguda o crónica en el cual una coagulación generalizada es inducida por procoagulantes que son inducidos o producidos en la circulación sanguínea y que llega a superar los mecanismos anticoagulantes naturales.

La coagulación Intravascular en el embarazo está asociada a entidades bien definidas como: Embolia de líquido amniótico, abrupcio de placenta, preeclampsia e infecciones en las que están presentes 3 condiciones: Esta asociado a bajos niveles de proteínas, la actividad fibrinolítica esta disminuida y existe un estado de hipercoagulabilidad.

No existe un examen único de laboratorio que pueda establecer con certeza el diagnóstico de CID sin embargo la combinación de exámenes junto con la condición clínica de la paciente puede ser útil para diagnosticar de acuerdo a los siguientes hallazgos: Purpura o petequias, bulas hemorrágicas, cianosis distal y sangrados en sitios de venopunción, junto con conteo de plaquetas por debajo de 100,000 por ml; disminución del conteo plaquetario y prolongación del tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina.

El manejo debe de ser enfocado a tratar la enfermedad que origina la CID y se inician maniobras de soporte de las funciones vitales por medio de reemplazo de volumen, corrección de la hipotensión, oxigenación y monitoreo de las funciones pulmonar cardiaca y renal mediante el uso del ventilador para mejorar el gasto cardiaco. (14)

EMBOLIA PULMONAR

Es una causa importante de morbimortalidad en la mujer gestante y es 5 veces más frecuente que en la no embarazada de la misma edad y su falta de diagnóstico a tiempo conduce a graves complicaciones y muerte materno fetal.

El embolismo pulmonar no es común durante el embarazo pero es potencialmente fatal y el 66% de los eventos ocurren durante el postparto y se incrementa con las maniobras invasivas obstétricas. De acuerdo a un estudio publicado en 2008 por el American Journal of Obstetrics & Gynecology de un estudio retrospectivo de 6

años en que se analizaron 1.5 millones de nacimientos demostraron que existía riesgo de muerte con antecedente de cesárea de 2 por cada 100,000 procedimientos y se vería reducido con la profilaxis para tromboembolia a 0.9 por cada 100,000 nacimientos eliminándose la diferencia estadística entre cesárea y parto vaginal. (15)

Los cambios corporales inherentes a la gestación se presentan como edema de miembros inferiores, disnea y molestia torácica así como la taquipnea, enmascaran las manifestaciones del embolismo pulmonar, el enfoque diagnóstico se inicia con la sospecha clínica y el electrocardiograma, la radiografía de tórax y gases arteriales pueden sugerir el diagnóstico.

La profilaxis tromboembólica se indica en paciente con riesgo o antecedentes de historia de trombosis venosa previa se recomienda el uso de heparina no fraccionada 5,000 UI subcutáneas cada 8 horas o Enoxaparina 40 mg./día.

EMBOLIA DE LIQUIDO AMNIOTICO

El embolismo de líquido amniótico fue descrito por primera vez en 1941 por Steiner y Luschbaugh en un accidente que aparece durante o inmediatamente después del parto con la penetración brusca de líquido amniótico y los elementos que contienen a la circulación sanguínea provocando cor pulmonar, hipoxia, colapso circulatorio y coagulación intravascular diseminada.

Sigue apareciendo con una mortalidad elevada. Tiene una incidencia de 1 por cada 30,000 partos y la tasa de mortalidad es mayor al 80%. En Estados Unidos de Norteamérica tiene una tasa de mortalidad de 50 a 60%. (16) La etiología aun no está perfectamente definida, las propiedades tóxicas del líquido amniótico han sido estudiadas y se observa gran cantidad de tromboplastina en el líquido amniótico provocando la CID.

El tratamiento a la paciente con embolia de líquido amniótico y choque hipovolémico es de soporte y está encargado de asegurar una adecuada oxigenación, estabilización hemodinámica y control de sangrado, es recomendable la colocación de catéter en arteria pulmonar, más de la mitad de las pacientes que superan esta fase desarrollan una CID o presentan falla cardíaca por lo que se inicia RCP.

EVENTRACIONES

Llama la atención la poca importancia que se le ha dado a las consecuencias tardías, especialmente a las eventraciones o hernias “incisionales” comentando que la operación que más producía eventraciones era la cesárea. De hecho son pocos los estudios que se ocupan de esta complicación tardía y sobre todo cuál es la mejor incisión a realizar para disminuir la posibilidad de eventraciones. En un estudio publicado por la Revista Venezolana de Ginecología y Obstetricia en un

reporte de 471 eventraciones de diferentes procedimientos quirúrgicos, el 23% de estas correspondían a cesáreas, desconociendo el universo del total de las intervenciones.

En dicho estudio se revisaron a 752 mujeres sometidas a 1069 cesáreas en un periodo de 1946 a 1999 en segundas y hasta quintas gestaciones mostrándose la presencia de eventraciones en 14 ocasiones que en 752 mujeres dan una frecuencia de 1.86% y sobre 1069 cesáreas la frecuencia es de 1.33% y reportando que con mas eventos quirúrgicos, el riesgo de eventraciones aumentaba, el tipo de incisión no tuvo valor estadístico. (17)

RUPTURA UTERINA

La complicación más importante del nacimiento vaginal después de cesárea es la rotura de la cicatriz uterina que puede poner en peligro tanto a la madre como al niño y cuyo mejor indicador después de una cesárea anterior es la localización de la cicatriz uterina previa.

Las roturas espontáneas antes del trabajo de parto se relacionan más a menudo con incisiones típicas, los factores contribuyentes incluyen hiperestimulación con oxitocina, trabajo de parto disfuncional, alta paridad y miomectomía.

En relación a la atención de parto vaginal después de una cesárea, en algunos estudios se indican que tiene posibilidad de hasta el 70% de intentar un parto vaginal posterior a un cesárea, considerado seguro y sin complicaciones sin embargo cuando estas ocurren pueden ser fatales para la madre y para el feto reportándose en un estudio chileno el riesgo del 1% de ruptura uterina el cuál se disminuye con ciertos criterios dados por la ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Y teniendo siempre un anesthesiólogo y un neonatólogo disponibles. (18)

Debido a que es difícil diagnosticar una ruptura uterina se requiere de vigilancia médica y sospecha clínica, el signo más común de esta patología es el sufrimiento fetal con un patrón de frecuencia cardiaca con desaceleraciones variables, con gran frecuencia hay dolor abdominal en el área de incisión previa.

El tratamiento es mediante una laparotomía exploradora inmediata, el estado del feto dependerá de la gravedad de la ruptura y de su relación con la placenta, en la mayoría de los casos es posible reparar el útero, en los casos en que la ruptura se extienda hacia los vasos del ligamento ancho o un daño extenso al miometrio uterino tal vez se requiera de una histerectomía.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La operación cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos que más ha aumentado su frecuencia en los últimos años; y esto conlleva a la posibilidad de desarrollar complicaciones a corto y largo plazo.

¿Cuáles son las complicaciones inmediatas y tardías para la operación cesárea en el Hospital Juárez de México?

JUSTIFICACION

La operación cesárea es uno de los procedimientos que en los últimos años han presentado un aumento en su incidencia convirtiéndose en un procedimiento indispensable para el obstetra en la resolución de las complicaciones que se derivan del embarazo y por ende también un aumento de las complicaciones derivadas de este procedimiento.

Si conocemos estas complicaciones derivadas de la operación cesárea y tenemos conocimiento del manejo para cada una de estas complicaciones la morbimortalidad materno fetal disminuirán y se optimizara el pronóstico del binomio, principalmente del lado materno.

OBJETIVO GENERAL

Conocer las complicaciones reportadas de la cesárea en los años 2007 y 2008 en el Hospital Juárez de México.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Investigar las complicaciones de la operación cesárea en orden de frecuencia en los años 2007 y 2008.

Reportar la incidencia de operación cesárea con respecto a partos vaginales en los años descritos.

Encontrar si el aumento de la incidencia de cesáreas reportada en la literatura es similar en el Hospital Juárez de México.

HIPOTESIS

Si la operación cesárea ha aumentado su incidencia en los últimos años, entonces también la incidencia de las complicaciones se verá aumentada y por lo tanto también la morbimortalidad materna.

TIPO DE ESTUDIO

Ensayo descriptivo comparativo retrospectivo longitudinal.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes embarazadas que fueron sometidas a operación cesárea en el Hospital Juárez de México en los años 2007 y 2008.

AREA DE ESTUDIO.

Quirófanos de la unidad tocoquirúrgica del Hospital Juárez de México.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Pacientes que se le realizó operación cesárea en el Hospital Juárez de México en los años 2007 y 2008.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Pacientes que no fueron operadas en el Hospital Juárez de México.

Pacientes con complicaciones derivadas de la operación cesárea que fueron referidas al Hospital Juárez por otra unidad médica.

Pacientes operadas en años diferentes al 2007 y 2008.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

Se obtuvo el consentimiento del comité de investigación y de ética del Hospital Juárez de México.

Se revisaron en la división de Ginecología y Obstetricia la hoja de concentrado mensual de productividad por servicio de los años 2007 y 2008.

En el Departamento de Estadística del hospital, se corroboraron los datos obtenidos de las hojas mensuales para obtener el total de procedimientos por partos vaginales, cesáreas y complicaciones en el lapso de los 2 años que abarca el presente estudio.

Se acudió nuevamente al departamento de Estadística para encontrar los números de expedientes que reportaran complicaciones del embarazo según la clasificación internacional de enfermedades.

Al contar con los números de expedientes se acudió al archivo a revisar los expedientes y clasificarlos de acuerdo a las complicaciones que se encontraron en orden de frecuencia y su resolución.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se tomó la población total que fue atendida por parto o Cesárea en el Hospital Juárez en los años 2007 y 2008 dando un total de 5885 pacientes.

RESULTADOS.

En el periodo comprendido de enero del 2007 a diciembre de 2008 se atendieron a 5885 pacientes para resolución del embarazo el cual fue por vía vaginal o por cesárea como se muestra en la tabla 1.

DISTRIBUCION DE PARTOS Y CESAREAS

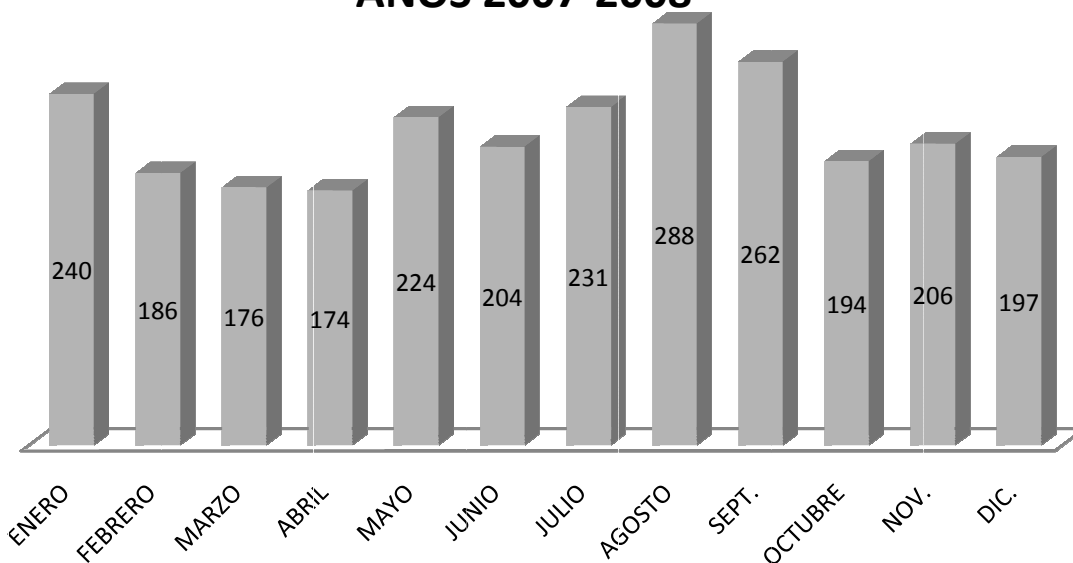
2007 - 2008

MES	PARTOS EUTOCICOS	PARTOS DISTOCICOS	CESAREAS	TOTAL	NACIMIENTOS	VIVOS	OBITOS	GEMELAR
ENERO	352	2	240	594	599	586	13	5
FEBRERO	280	1	186	467	470	451	19	2
MARZO	227	1	176	404	410	399	11	6
ABRIL	300	2	174	476	479	470	9	3
MAYO	277	0	224	501	509	496	13	8
JUNIO	281	1	204	486	490	478	12	4
JULIO	266	1	231	498	505	501	4	7
AGOSTO	303	3	288	594	603	594	9	9
SEPT.	343	1	262	606	614	601	13	8
OCTUBRE	166	0	194	360	369	361	8	9
NOV.	249	2	206	457	463	449	14	6
DIC.	245	0	197	442	449	434	15	7
TOTAL	3289	14	2582	5885	5960	5820	140	75

Tabla No. 1. Resolución de embarazo en Hospital Juárez de México.

De todos los procedimientos obstétricos realizados se clasificó la operación cesárea

NUMERO DE CESAREAS POR MESES EN LOS AÑOS 2007-2008



TOTAL: 2582

CESAREAS

de acuerdo a los meses en el curso de los 2 años Figura 1.

De toda la población atendida se dividieron en pacientes que fueron atendidas por parto vaginal eutócico o distócico dando un total de 3303 y de pacientes que fueron sometidas a operación cesárea con un total de 2582 en el Hospital Juárez de México en los años 2007 y 2008. Tabla 2.

PACIENTES ATENDIDAS POR PARTO O CESÁREA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

	2007	2008	TOTAL
PARTO	1716	1587	3303
CESÁREA	1221	1361	2582
TOTAL	2937	2848	5885
PORCENTAJE DE CESAREAS	43.93%	45.72%	44.36%

Tabla No. 2. Concentrado de pacientes de 2007-2008.

Del total de pacientes atendidas por parto o cesárea en el lapso de 2 años se encontró un índice de cesáreas del 44.36% con respecto a nacimientos por vía vaginal eutócicos o distócico el cuál es de un porcentaje de 55.64% y se ilustra en la figura No 2.

Posteriormente se dividió de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (Anexo 1) las complicaciones encontradas para la operación cesárea, siendo la atonía uterina la más frecuente y posteriormente el desgarro uterino. Cabe resaltar que los casos de hemorragia obstétrica se incluyeron dentro de las indicaciones de cesárea como el Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta (DPPNI), retención de Placenta y anomalías uterinas las cuales provocaron Hemorragias uterinas *per se*.

De igual manera se incluyeron casos como la trombosis venosa profunda y solamente una punción advertida de duramadre que nada más fue reportada en los expedientes médicos que fueron revisados. Tabla 3.

RESOLUCION DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO 2007-2008

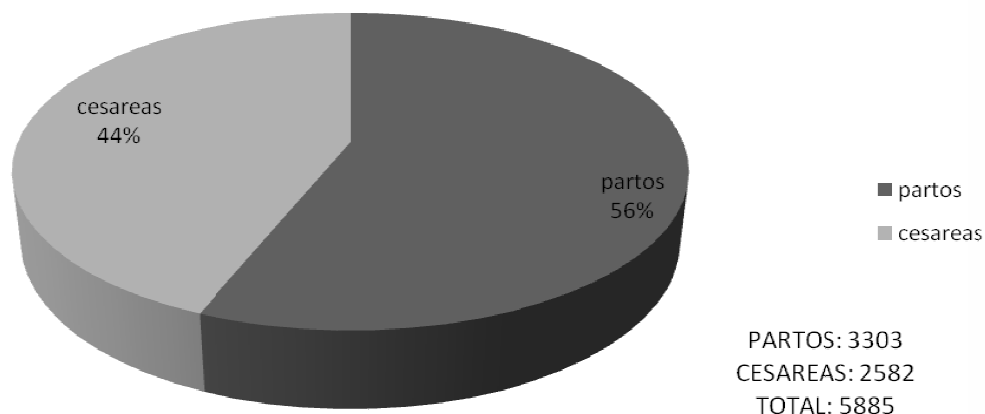


Figura 2. Resolución del embarazo en el Hospital

CONCENTRADO DE LAS COMPLICACIONES REPORTADAS SEGÚN LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES

ATONIA UTERINA	45
DESGARRO UTERINO	36
PLACENTA PREVIA	12
DPPNI	7
ANOMALIAS UTERINAS	7
PLACENTA ACRETA	4
RETENCION DE PLACENTA	3
RUPTURA UTERINA	2
TROMBOSIS VENOSA	2
PUNCION ADVERTIDA DE DURAMADRE	1
TOTAL	119

Tabla No. 3 Clasificación de acuerdo a las complicaciones de operación cesárea.

En orden de frecuencia se encuentra la atonía uterina, en segundo lugar el desgarro uterino o ampliación de la histerotomía, posteriormente las que provocan hemorragias obstétricas como la placenta previa con 12 casos, el DPPNI con 7 reportes, en las anomalías uterinas se originan los sangrados por cambios en la anatomía del útero, y causas tardías como la ruptura uterina y la trombosis venosa con 2 casos. Figura 3.

COMPLICACIONES DE LA CESAREA EN LOS AÑOS 2007 Y 2008

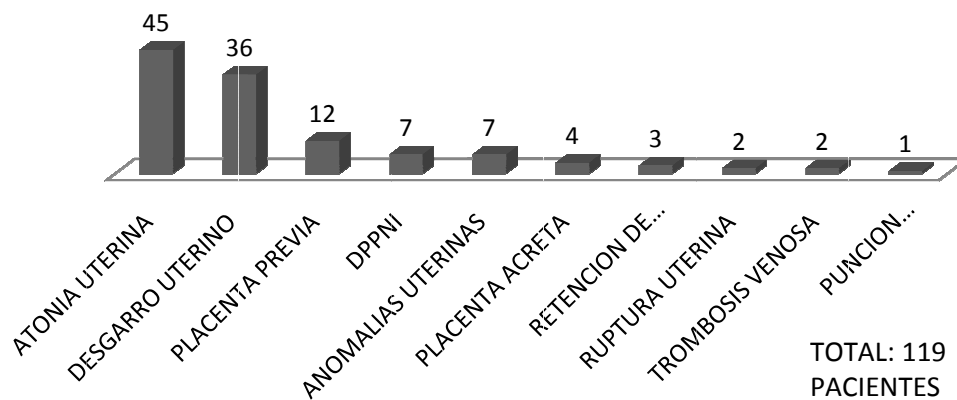


Figura 3. Orden de frecuencia de las complicaciones de la cesárea.

Al presentarse las complicaciones durante la operación cesárea el tratamiento se dividió en tratamiento médico y quirúrgico de acuerdo a las necesidades de cada caso, siendo el manejo médico el más utilizado para todas las complicaciones y dentro del tratamiento quirúrgico se incluyó la histerectomía obstétrica, la ligadura de arterias hipogástricas y la reparación de desgarro uterino. Tabla No. 4.

CONCENTRADO DEL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES EN LA OPERACIÓN CESÁREA DE ACUERDO A LA INDICACION REPORTADA EN LA DIVISION DE GINECO OBSTETRICIA.

	TRATAMIENTO MEDICO	HISTERECTOMIA OBSTETRICA	LIGADURA DE HIPOGASTRICAS	REPARACION DE DESGARRO
ATONIA UTERINA	28	13	4	0
DESGARRO UTERINO	14	10	4	8
PLACENTA PREVIA	11	1	0	0
DPPNI	6	1	0	0
ANOMALIAS UTERINAS	0	3	0	4
PLACENTA ACRETA	0	4	0	0
RETENCION PLACENTA	2	1	0	0
RUPTURA UTERINA	0	2	0	0
TROMBOSIS VENOSA	2	0	0	0
PUNCION DURAMADRE	1	0	0	0
TOTAL	64	35	8	12

Tabla No. 4. Tratamientos realizados de acuerdo a la causa de la complicación en la operación cesárea.

Dentro del tratamiento médico que se reporto en 64 de los casos se incluyó desde manejo de uterotónicos por atonía uterina, masaje uterino, para hemorragia obstétrica hasta el uso de antibióticos y anticoagulantes para el manejo de la trombosis venosa profunda.

En los casos que se requirió el tratamiento quirúrgico se dividieron en tres grandes grupos siendo la histerectomía obstétrica la que más se utilizó para corregir estas complicaciones, seguidas de la reparación de desgarro y la ligadura de arterias hipogástricas. Figura 4.

Cabe destacar que no se encontró reportes de infecciones de herida quirúrgica así como casos de eventraciones o hernias “postincisionales”.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LA OPERACION CESAREA

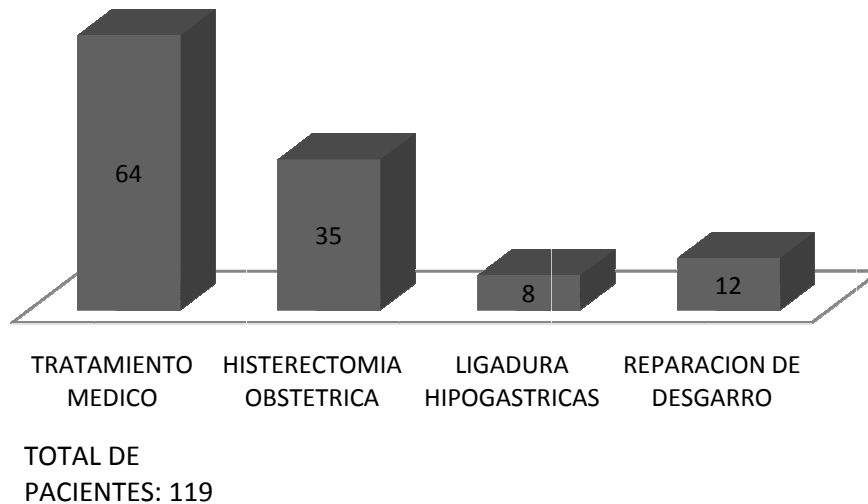


Figura No. 4 Frecuencia de los tratamientos de las complicaciones en la operación cesárea.

El total de complicaciones fue de 119 casos los cuáles fueron diagnosticados y tratados de acuerdo a las tablas previas, el porcentaje de complicaciones en los 2 años con respecto al número total de cesáreas fue de 4.60% con un 2.13% de resolución quirúrgica. Tabla No. 5.

CONCENTRADO DEL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES EN LA OPERACIÓN CESÁREA POR AÑO REPORTADAS EN LA DIVISION DE GINECO OBSTETRICIA.

	2007	2008	TOTAL
TRATAMIENTO MEDICO	38	26	64
HISTERECTOMIA OBSTETRICA	23	12	35
LIGADURA HIPOGASTRICAS	6	2	8
REPARACION DESGARRO	9	3	12
TOTAL	76	43	119

Tabla No.5. Número de complicaciones por año de la cesárea.

En este lapso de 2 años se reportaron 7 defunciones maternas de las cuales ninguna se asocio a complicaciones propias de la operación cesárea. Tabla No.6

	2007	2008	TOTAL
DEFUNCIONES MATERNAS	4	3	7
PORCENTAJE DE DEFUNCION	0.13%	0.10%	0.11%

Tabla No. 6. Número de muertes maternas en el servicio de Obstetricia en 2007 y 2008.

En los 2 años que se estudiaron las complicaciones, se encuentra que en el año 2007 se reportó el 64% de todas las complicaciones siendo 76 las reportadas contra 43 obtenidas durante el 2008. Figura No. 5.

COMPLICACIONES POR AÑO DE LA OPERACION CESAREA

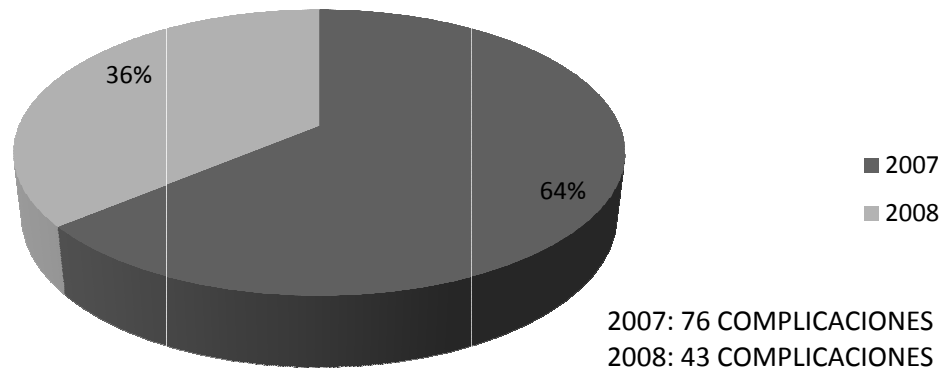


Figura No. 5. Porcentaje de complicaciones en los 2 años de la operación cesárea.

En relación a las defunciones fetales, se incluyeron también en este periodo de tiempo las presentadas en el servicio de pediatría así como su porcentaje. Tabla No.7

	2007	2008	TOTAL
DEFUNCIONES FETALES	78	62	140
PORCENTAJE DE DEFUNCION	2.61%	2.08%	2.34%

Tabla No.7 Numero y porcentaje de defunciones fetales.

DISCUSION.

Sin duda alguna, la operación cesárea es una de las cirugías más practicadas en el mundo entero, con un aumento de la incidencia de esta práctica tanto en países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo y que aunque han mejorado las técnicas quirúrgicas y procedimientos anestésicos, se siguen presentado complicaciones inmediatas y tardías.

De acuerdo a la literatura, la hemorragia obstétrica es la principal complicación de la cesárea, siendo la segunda causa de morbilidad materna solo precedida por la enfermedad hipertensiva del embarazo lo cual concuerda con los resultados de este estudio siendo la causa más frecuente de hemorragia obstétrica la hipotonía uterina, la cual fue tratada con procedimientos médicos y quirúrgicos.

El manejo conservador para preservar la fecundidad en la paciente en estudios publicados, se refiere desde la ligadura de hipogástricas, hasta la ligadura de arterias uterinas reportándose a la ligadura de hipogástricas como el segundo procedimiento quirúrgico más utilizado solo por debajo de la histerectomía obstétrica.

En la histerectomía obstétrica su incidencia varía mucho de un estudio a otro, en el estudio publicado del Hospital "Julio Trigo López" de La Habana Cuba se reporta una incidencia de 2.1%⁽⁵⁾ contra un 1.3% encontrado en nuestro estudio acercándose más a nuestros resultados lo publicado en el Hospital Joan XXIII de Cataluña España con un 1.5%⁽⁷⁾ En todos los casos, la atonía fue la causa más frecuente de histerectomía.

En relación a los 2 casos encontrados de trombosis venosa profunda se dio tratamiento antibiótico y manejado conjuntamente con el servicio de cirugía vascular, se reporta una incidencia de 0.12% en el Parkland Hospital Brown,⁽¹³⁾ en nuestro medio se encontró del total de cesáreas con un 0.77%.

Para el rubro de accidentes anestésicos, no existen en la literatura estudios confiables que reporten complicaciones, dentro de los proporcionados por el servicio de estadística e informática de nuestro hospital solo se encontró un solo caso siendo claro que existe un subregistro en lo que respecta a esta complicación ya que al ser éste un hospital escuela, la incidencia de punciones de duramadre deben de ser mayores a las encontradas. En relación a complicación por anestesia general no se encontró ninguna, la literatura indica que es muy rara. ⁽⁸⁾

Con respecto a las demás complicaciones que se enumeran dentro del marco teórico como la embolia de líquido amniótico, embolia pulmonar, lesión a víscera hueca y la coagulación Intravascular diseminada, la literatura reporta baja incidencia y en nuestro medio no se reportó ninguna.

Existen también las complicaciones tardías como las endometritis e infección de herida quirúrgica que en este hospital al ser hospital de enseñanza deberían de estar presentes, en la literatura se reportan incidencias muy variables de entre el 5 al 20%, sin embargo no se encontró ninguna de éstas en el presente estudio.

Por último en lo referente a la incidencia de operación cesárea en la interrupción del embarazo, las estadísticas nacionales indican un porcentaje del 24 al 25% de operación cesárea en la resolución del mismo en la década pasada. Actualmente en nuestro hospital el porcentaje de cesáreas en el lapso a 2 años es del 44.36% encontrándose por arriba de lo esperado.

CONCLUSIONES.

Las complicaciones encontradas por operación cesárea en el lapso de los 2 años que incluye el presente estudio se observa que las complicaciones por hemorragia uterina sigue siendo la causa más importante de morbilidad materna y que se encuentra a la par que lo descrito en diversas publicaciones, tanto de Países desarrollados como los que se encuentran en vías de desarrollo.

Es importante el conocer las causas que provocan estas complicaciones así como su diagnóstico oportuno y su tratamiento adecuado ya que de la rapidez de todos estos factores contribuirán a disminuir estas tasas de morbilidad materno-fetal y que el médico se encuentre familiarizado con los procedimientos conservadores quirúrgicos como lo es la ligadura de arterias hipogástricas ya que el conocer y poder realizar dicho procedimiento podría ofrecer un mejor futuro reproductivo a la paciente.

En lo referente a la punción advertida de duramadre, consideramos que estamos ante un subregistro de casos con dicha complicación, proponemos una mejor comunicación entre los servicios de anestesiología y el de ginecología y obstetricia para poder dar un tratamiento conjunto en busca de la solución de este problema.

Las tasas de incidencia de operación cesárea se encuentran por arriba del 44% del total de embarazos resueltos proponiendo una valoración más completa por parte del obstetra para determinar los casos en los cuales es necesaria la operación cesárea y poder consultar una segunda opinión con respecto a la paciente en cuestión. Cabe resaltar que muchas pacientes fueron referidas de otras unidades médicas para su atención en nuestro hospital que es de tercer nivel y que en la mayoría de los casos son pacientes con patologías previas y la frecuencia de operación cesárea aumenta por ser hospital de concentración.

BIBLIOGRAFIA

1. ACOG Practice Bulletin. POSTPARTUM HEMORRHAGE CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIANS. Gynecologists 2006; 76:271-275.
2. Hernández P. Estrada A: MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA EN OBSTETRICIA 1ª ed. México D.F. Intersistemas editores, 2007; 281
3. Cárdenas R. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA CESÁREA: LA IMPORTANCIA DE UN USO MODICAMENTE JUSTIFICADO. Gac Med Mex 2002; 138(4):357-362.
4. Mitelman MG y col. ALTERNATIVA QUIRURGICA EN LA HEMORRAGIA GRAVE DELPUERPERIO. Rev Chil Obstet Ginecol 2004; 69(4): 316-318.
5. Fuentes GL Enriquez DB. "HISTERECTOMIA PUERPERAL. ESTUDIO DE 14 AÑOS. Rev Cub Obstet Ginecol 2005; 58: 218-225.
6. Caro MJ y col. HISTERECTOMIA OBSTETRICA EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT. Rev Chil Obstet Ginecol 2006; 71(5): 313-320.
7. Torres S. y col. ATONIA UTERINA COMO CAUSA MAS FRECUENTE DE HISTERECTOMIAS POSTPARTO. Ginecol Obstet Clin 2006; 7(1):10-15.
8. Rufino RJ: ACTUALIZACION EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 2ª ed. Distribuna editorial, 2006; 109-121.
9. Rai L Ramgopal S. POST-CAESAREAN VESICO-UTERINE FISTULA: A RARE ENTITY. Inter Jour Gynecol and Obstet 2009; 10(2): 56-59.
10. Lujan HM. ENDOMETRITIS POSCESAREAS EN EL HOSPITAL MATERNO DE CIENFUEGOS. Rev Cubana Hig Epidemiol 2001; 39(2):120-125.
11. Olivares MAS. Y col. FRECUENCIA E INDICACIONES DE LA CESÁREA EN EL HOSPITAL CENTRAL MILITAR. Ginecol Obstet Mex 1996; 64:79-84.
12. Carballo LS y col. COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN LA OPERACIÓN CESÁREA: CLASIFICACION PREVIA Y USO DE ANTIBIOTICOS Rev Cub Med Trop 2001; 53(2): 106-110.
13. Sheffield JS. Cunningham FG. DETECTING AND TREATING SEPTIC PELVIC THROMBOPHLEBITIS. Contemporary OB/GYN 2001; 12:70-76.
14. Cifuentes BR: URGENCIAS EN OBSTETRICIA 1ª Ed. Bogotá. Distribuna editorial, 2007; 131-138.
15. Clark SL. MATERNAL DEATHS FOLLOWING CESAREAN DELIVERY CAN BE REDUCED. Am Journal Obstet & Gynecol 2008;
16. Almaguer AJ y col. EMBOLISMO DE LIQUIDO AMNIOTICO VS HIPERTENSION PULMONAR PRIMARIA. PRESENTACION DE UN CASO Rev Cubana Obstet Ginecol 2007; 33(3): 1-10.
17. Agüero O. EVENTRACIONES POSCESAREAS. Rev Obstet Ginecol Venez 2005; 65(3):115-120.

18. Ricci AP. Perucca PE. NACIMIENTO PORPARTO VAGINALDESPUES DE UNA CESÁREA. PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO VERSUS CESÁREA ELECTIVA A REPETICION. RUPTURA UTERINA,UNA COMPLICACION POSIBLE Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68(6): 523-528.

Clasificación internacional de enfermedades 10ª revisión.**Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto**

- O30 Embarazo múltiple
- O31 Complicaciones específicas del embarazo múltiple
- O32 Atención materna por presentación anormal del feto, conocida o presunta
- O33 Atención materna por desproporción conocida o presunta
- O34 Atención materna por anomalías conocidas o presuntas de los órganos pélvicos de la madre
- O35 Atención materna por anomalía o lesión fetal, conocida o presunta
- O36 Atención materna por otros problemas fetales conocidos o presuntos
- O40 Polihidramnios
- O41 Otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas
- O42 Ruptura prematura de las membranas
- O43 Trastornos placentarios
- O44 Placenta previa
- O45 Desprendimiento prematuro de la placenta [abruptio placentae]
- O46 Hemorragia anteparto, no clasificada en otra parte
- O47 Falso trabajo de parto
- O48 Embarazo prolongado

Complicaciones del trabajo de parto y del parto

- O60 Parto prematuro
- O61 Fracaso de la inducción del trabajo de parto
- O62 Anomalías de la dinámica del trabajo de parto
- O63 Trabajo de parto prolongado
- O64 Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto
- O65 Trabajo de parto obstruido debido a normalidad de la pelvis materna
- O66 Otras obstrucciones del trabajo de parto
- O67 Trabajo de parto y parto complicados por hemorragia intraparto, no clasificados en otra parte
- O68 Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal
- O69 Trabajo de parto y parto complicados por problemas del cordón umbilical
- O70 Desgarro perineal durante el parto
- O71 Otro trauma obstétrico
- O72 Hemorragia postparto
- O73 Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia
- O74 Complicaciones de la anestesia administrada durante el trabajo de parto y el parto
- O75 Otras complicaciones del trabajo de parto y del parto, no clasificadas en otra parte

Parto

- O80 Parto único espontáneo
- O81 Parto único con fórceps y ventosa extractora
- O82 Parto único por cesárea
- O83 Otros partos únicos asistidos
- O84 Parto múltiple

Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio

- O85 Sepsis puerperal

31

- O86 Otras infecciones puerperales
- O87 Complicaciones venosas en el puerperio
- O88 Embolia obstétrica
- O89 Complicaciones de la anestesia administrada durante el puerperio
- O90 Complicaciones del puerperio, no clasificadas en otra parte
- O91 Infecciones de la mama asociadas con el parto
- O92 Otros trastornos de la mama y de la lactancia asociados con el parto

Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte

- O95 Muerte obstétrica de causa no especificada
- O96 Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días pero antes de un año del parto
- O97 Muerte por secuelas de causas obstétricas directas

**HOJA DE CONCENTRADO MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD DE LA DIVISION
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

DIA	PARTOS EUTOCICOS	PARTOS DISTOCICOS	CESAREAS	TOTAL	NACIMIENTOS	VIVOS	OBITOS	GEMELAR
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								

La información se obtuvo por medio de paloteo.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS POR COMPLICACIONES EN LA
CESAREA

CAUSA	
HEMORRAGIA OBSTETRICA	
ACCIDENTES ANESTESICOS	
INFECCIONES	
TROMBOFLEBITIS	
COAGULACION INTRAVASCULAR	
EMBOLIA PULMONAR	
EMBOLIA LIQUIDO AMNIOTICO	
EVENTRACIONES	
RUPTURA UTERINA	
OTROS	

Los resultados se obtuvieron por paloteo.