



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“CESÁREA ITERATIVA COMO FACTOR DE RIESGO PARA HEMORRAGIA
POSTPARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL – 2018”

Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTORA

Rojas Cavel Gabytere Stefanie

ASESOR

Achata Zevallos Sonia

JURADOS

Poma Celestino, Juan Alberto

Vargas Bocanegra, Francisco

Vera Linarez, Lucy Elena

Veramendi Valenzuela, Ofelia

LIMA – PERÚ

2019

Dedicatoria

Dedico este trabajo en primer lugar a Dios, por permitirme escribir estas líneas y haberme guiado y protegido como hasta ahora lo viene haciendo. En segundo lugar, a mi familia, y por sobre todo a mis padres Rosa y Pedro por darme el soporte que necesito, su apoyo incondicional y creer en mí.

Agradecimientos

A mi alma mater “Universidad Nacional Federico Villarreal”, la institución que me vio crecer y formarme como profesional.

A mis amigas, por su apoyo, con las cuales emprendimos un hermoso reto de estudiar esta carrera “Obstetricia”, y terminamos juntas esta larga etapa.

A mis obstetras y doctores por sus valiosos consejos a lo largo de la realización del presente proyecto.

CONTENIDO

RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
I. Introducción	10
1.1 Descripción y Formulación del Problema.....	10
1.2 Antecedentes	12
1.2.1 Antecedentes internacionales	12
1.2.2 Antecedentes nacionales	14
1.3 Objetivos	16
1.3.1 Objetivo general	16
1.3.2 Objetivos específicos	16
1.4 Justificación.....	16
1.5 Hipótesis	17
1.5.1 Hipótesis alterna.....	17
1.5.2. Hipótesis nula.....	17
II. Marco Teórico	18
2.1 Bases Teóricas.....	18
2.1.1 Cesárea	18
2.1.2 Hemorragia Postparto.....	24
III. Método	32

3.1 Tipo de investigación	32
3.2 Ámbito temporal y espacial	32
3.3 Variables	32
3.3.1 Variable independiente.....	32
3.3.2 Variable dependiente.....	32
3.4 Operacionalización de variables.....	33
3.5 Población y muestra	34
3.5.1 Selección de la muestra.....	34
3.5 Instrumento	37
3.6 Procedimientos.....	37
3.7 Análisis de datos	37
IV. Resultados	38
V. Discusión de resultados.....	43
VI. Conclusiones	46
VII. Recomendaciones	48
VIII. Referencias Bibliográficas	49
IX. Anexos	52
9.1 Anexo 1: Matriz de consistencia.....	52
9.2 Anexo 2: Operacionalización de variables.....	53

9.3 Anexo 3: Carta de permiso de Proyecto de Investigación en el Instituto Nacional Materno Perinatal.....	54
9.4 Anexo 4: Juicio de Expertos: Certificado de validez de contenido de instrumento por la Lic. Gloria Elvira Cruz Cuevas.....	55
9.5 Anexo 5: Juicio de Expertos: Certificado de validez de contenido de instrumento por el Dr. Francisco Hidalgo.....	56
9.6 Anexo 6: Juicio de Expertos: Certificado de validez de contenido de instrumento por la Dra. Cecilia Ibañez Rodríguez.....	57
9.7 Anexo 7: Instrumento: Ficha de recolección de datos	58
9.8 Anexo 8: Aprobación del proyecto de tesis	59

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos en el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.	38
Tabla 2. Características de los pacientes incluidos en el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.	39
Tabla 3. Características de los pacientes incluidos en el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.	40
Tabla 4. Características de los pacientes incluidos en el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.	41
Tabla 5. Comparación cesárea iterativa vs cesárea primaria como factor de riesgo asociado a hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.	42

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que la cesárea iterativa es un factor de riesgo para la hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal - 2018. **Material y Métodos:** Se realizó una investigación de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La muestra fueron 210 puérperas divididas en dos grupos, el primero de 42 madres con cesárea iterativa y el otro grupo conformado por 168 madres con cesárea primaria; aplicando criterios de inclusión y exclusión, se afirma que los dos grupos pueden compararse. **Resultados:** Se aprecia que en el caso de la muestra con cesárea iterativa todas son multigesta, y del total de puérperas con cesárea primara 10 fueron primigestas y 158 multigesta. Se evidencia que del total de puérperas con cesárea iterativa 6 de ellas hicieron hemorragia post parto, y del total de puérperas con cesárea primara 04 hicieron hemorragia post parto. **Conclusiones:** Y al analizar la prueba de monomios podemos observar que la cesárea iterativa es un factor asociado a la hemorragia post parto con un Odds ratio de 6,8 lo cual significa que las puérperas con cesárea iterativa tienen 6 veces la probabilidad de desarrollar una hemorragia post parto.

Palabras Clave: Cesárea iterativa, factor de riesgo, hemorragia postparto.

ABSTRACT

Objective: To demonstrate that the iterative caesarean section is a risk factor for postpartum hemorrhage in patients treated at the National Maternal and Perinatal Institute, 2018. **Material and Methods:** A type, analytical, observational, retrospective, case and control investigation was conducted. The sample consisted of 210 puerperal women divided into two groups, the first of 42 mothers with an iterative cesarean section and the other group consisting of 168 mothers with a primary cesarean section; applying inclusion and exclusion criteria, it is affirmed that the two groups can be compared. **Results:** It can be seen that in the case of the sample with an iterative cesarean section, all are multigesta, and of the total number of puerperal women with a cesarean section, 10 were primigraves and 158 were multigesta. It is evident that of the total number of puerperal women with an iterative caesarean section, 6 of them made postpartum haemorrhage, and of the total number of puerperal women with a cesarean section, 4 they gave postpartum haemorrhage. **Conclusions:** And when analyzing the monomial test we can observe that the iterative cesarean is a factor associated with postpartum haemorrhage with an Odds ratio of 6.8 which means that the puerperal women with an iterative cesarean are 6 times more likely to develop a hemorrhage. postpartum.

Keywords: Iterative section, risk factor, postpartum hemorrhage.

I. Introducción

1.1 Descripción y Formulación del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud (2008), publica que la hemorragia postparto “es una de las primeras causas de mortalidad materna en el mundo”. La OMS (2008), indica que estas muertes tienen mayor incidencia en los países pobres o subdesarrollados, siendo que, en África y Asia, tienen el 34% y el 31% respectivamente, de muertes maternas por esta causa. Asimismo, en países desarrollados, la hemorragia después del alumbramiento, es la tercera causa de muerte. Anualmente, se producen 14 millones de casos de hemorragias post parto y aproximadamente 128.000 madres mueren antes de las 4 horas de producido el alumbramiento, por causas de complicaciones. En nuestro país, la hemorragia después del alumbramiento se produce en el 4% de mujeres que han tenido un parto normal y en el 6% de mujeres que han tenido parto por cesárea. A nivel mundial, especialmente en países en vías de desarrollo, es 1 x 1000 alumbramientos (Schwarcz, Fescina, Duverges, 2010).

En Perú, la mortalidad de parturientas, está en descenso, siendo 93 x 100 000 nacimientos, la hemorragia postparto, es una de las complicaciones asociadas a estas muertes. El 64% de fallecimientos es por esta causa. En la sierra del Perú, se encuentra la mayor incidencia con 48% (Calle, Barrera y Guerrero, 2010).

Con respecto a la etiología, la causa frecuente de hemorragia es la atonía uterina (70%), que a su vez tiene muchas consecuencias por circunstancias más profundas; como la retención de restos de placenta y/o coagulaciones, causadas por una placenta adherente, por una implantación fuera de lo normal, por acretismo placentario o por episiotomías y desgarros cervicales, perineales, vaginales producidas por partos instrumentales. Se analizan también

causas excepcionales como la rotura del útero y la dehiscencia uterina (Ajenifuja, Adepiti y Ogunniyi, 2011).

Se diagnostica de forma clínica, en la que se evidencia gran pérdida hemática antes del parto o después. También se debe valorar las repercusiones hemodinámicas en el estado de la paciente, como la presión arterial sistólica, para evaluar el grado (leve, moderada o grave). Si es leve, indica debilidad, taquicardia; si es moderada, indica oliguria y palidez; si es grave, indica disnea, síndrome de Seehan, shock y fallo renal con anuria y puerperio inmediato (Oyelese y Ananth, 2011).

Se conocen que los factores de riesgos más frecuentes que se asocian a la hemorragia post parto son los siguiente: Edad avanzada de la madre, multiparidad, antecedente de atonía uterina, intervalo intergenésico corto, antecedentes de varios legrados uterinos, obesidad de la parturienta, madre primeriza, macrosomía fetal, hemorragia antes del parto, trabajo de parto prolongado y anemia. La hemorragia que ocurre post parto, se realiza de forma impredecible, por lo tanto, los profesionales encargados deben estar preparados y atentos a que esta situación pueda ocurrir y saber manejarlo (Martinez, 2009).

En base a lo descrito anteriormente, realizamos la siguiente formulación del problema: ¿Es la cesárea iterativa un factor de riesgo para la hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes internacionales

Chica (2013) en su investigación titulada “Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en el hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013” tuvo como objetivo, determinar cual ha sido la frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea, identificar los factores de riesgo, determinar la causa más frecuente. El tipo de estudio que se desarrolló fue descriptivo y observacional, teniendo como muestra 30 pacientes con diagnóstico de hemorragia postparto y post cesárea, los cuales estuvieron entre las edades de 15 a 40 años, teniendo como incidencia mayor en pacientes de entre 15 a 20 años, siendo el 37% de casos. El universo lo constituyeron 1149 madres, de las cuales se tomaron a 30 pacientes quienes reunían los criterios de inclusión. Según la paridad, el porcentaje más alto se concentraba en las nulíparas, que representaban el 60% de pacientes, se puede señalar también, que la atonía uterina fue la causa principal que desencadenó la hemorragia post parto, y se presentó en el 43% de parturientas (Chica, 2013).

Centro Cochrane Iberoamericano. Dodd, Crowther, Huertas, Guise, Horey (2013) “Cesárea repetida electiva planificada versus parto vaginal planificado en pacientes con un parto anterior por cesárea”. Tiene por objetivo una evaluación a través de mejores pruebas disponibles, de los beneficios y desventajas de una política de cesárea repetida planeada vs una política de partos naturales después de tener una cesárea planeada en madres con cesárea anterior. Se realizaron búsquedas en el registro de “ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto” (30 de septiembre de 2013) y en las referencias de investigaciones recuperadas. El criterio de selección son que los ensayos aleatorios comparativos sobre resultados de madres y

recien nacidos que tuvieron cesarea repetida electiva planificada, y los resultados de madres con parto vaginal y que tenian parto por cesarea. Se realizó una revision independiente, donde los revisores evaluaron cada ensayo y se extrajeros los datos mas relevantes. Se analizaron dos ensayos elegidos de forma aleatoria con 320 de madres y sus recién nacidos. Sin embargo, hay datos clinicos que estuvieron disponibles con tasa de eventos muy bajos que solamente tenia 22 pacientes. Los resultados primarios indicaron muerte materna o morbilidad grave y muerte del recién nacido o morbilidad grave, en estos estudios no se diferencian estadísticas entre el “parto por cesárea planificado y el parto vaginal planificado” “se concluye que la cesárea repetida electiva planificada y el parto vaginal planificado en pacientes con un parto anterior por cesárea se asocian con efectos beneficiosos y perjudiciales” (Dodd, Crowther, Huertas, Guise, & Horey, 2013). Estas pruebas de practicas de atencion se logran de estudios no aleatorios, asociados a sesgos potenciales. En consecuencia, los resultados deben ser interpretados con cautela. Es necesario analizar ensayos que contribuyan con pruebas confiables sobre los beneficios y perjuicios que pueden traer una “cesarea repetida electiva planificada y del parto vaginal planificado en pacientes con un parto anterior por cesárea”

Cochabamba, Bolivia. Camacho y Brañez (2010) en su tesis “Cesáreas Iterativas - Experiencia en el Hospital Materno Infantil German Urquidi de Cochabamba 2006 – 2007 - 2008”. Objetivo: identificar la incidencia de cesáreas iterativas, como causa de morbimortalidad materna. Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo, tomándose como muestra a 1802 pacientes que reunían los criterios de inclusión para el estudio, del 2006 al 2008, cuyos datos se obtuvieron tras la revisión de historias clínicas, libros de pase de guardia y registros, pudiendo evidenciar aspectos ya conocidos propias de nuestra población como ser escaso numero de controles prenatales, cesárea iterativa de emergencia, etc., siendo la

indicación preponderante de cesárea iterativa, los embarazos con producto grande, indicación que no concuerda con el peso de los recién nacidos; llamando la atención que todavía en un buen porcentaje se considera a la cesárea previa como indicación de cesárea de repetición, con complicaciones post cesárea, deducibles como ser infecciones, hemorragias, histerectomías obstétricas, en especial por acretismo placentario, con manejo de un buen porcentaje de pacientes con hemoderivados y de terapia intensiva materna. En cuanto a la vía de resolución del embarazo observamos, que el 34 % de las pacientes de las gestiones en estudio, culminaron su gestación por cesárea, cifra altísima si lo comparamos con otros lugares del continente, lo que debe llevar a la reflexión, con el fin de modificar conductas, para el bienestar de nuestra población. (Camacho Claros, Pardo Novak, & Ordoñez Maygua, 2010)

1.2.2 Antecedentes nacionales

Trujillo, Perú Chayán Morante, Marcia Irene (2015) “Cesárea iterativa como factor de riesgo para hemorragia postparto en el Hospital Belén de Trujillo, 2009 – 2014”. El objetivo del presente estudio es demostrar que el factor de riesgo para hemorragia postparto es la cesárea iterativa. Los materiales y métodos utilizados es que es de tipo analítico, observacional, retrospectivo, con casos control. La muestra se constituyó por 240 puérperas divididos en dos grupos, 80 madres que les realizaron cesárea iterativa y 160 que tuvieron la cesárea primaria, pudiendo identificarse que ambos grupos son comparables. Los resultados obtenidos es que la frecuencia hemorrágica postparto con cesárea iterativa fue de 20% y con cesárea primaria fue 9%. El odds ratio obtenido de la relación de las dos variables fue de 2.60 ($p < 0.05$). se concluye que la cesárea iterativa es un factor de riesgo para hemorragia postparto (Chayán, 2015)

Lima, Perú. Altamirano Girano, Paula Angélica. (2012) “Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009” tiene como objetivo determinar factores de alto riesgo que se asocia a hemorragia postparto inmediato. El método utilizado es un estudio analítico, retrospectivo, transversal, de casos control. La muestra utilizada fueron 65 casos de púerperas inmediatas con 65 controles, a quienes se les estudió por grupos de edad y referencia. Se analizó en regresión logística múltiple con la medida Odds ratio (OR) teniendo un intervalo de confianza de 95%. Los resultados fueron, la frecuencia de HPP hallada fue de 1.52%. Los factores de riesgo según frecuencia son como sigue: primigesta 23.8%, infección urinaria 11,9%, periodo intergenésico largo 11.1%, talla baja 8.7%, años 7.4%, anemia 6.3%. Dentro de los principales riesgos encontrados en intraparto según frecuencia es: episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7,3. Aplicando el Chi cuadrado para conocer las diferencias entre el valor de p se hallan dos factores con valores de p estadísticamente significativa ($p < 0.05$), parto precipitado ($p = 0.039$) y episiotomía ($p = 0.021$). Las conclusiones finales fueron que los factores de riesgo son la episiotomía con 2,298 veces con más riesgo de HPP y el parto precipitado con 2.706 veces con más riesgo de sufrir HPP. Finalmente, las causas primordiales de hemorragia post parto identificados son desgarró del canal del parto, atonía uterina, restos placentarios teniendo como frecuencia de Hemorragia Postparto 1.52%. (Altamirano, 2012)

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Demostrar que la cesárea reiterativa es un factor de riesgo para la hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar la frecuencia de cesárea iterativa en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.
- Identificar la frecuencia de hemorragia postparto en puérperas con cesárea reiterativa en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.
- Establecer las características sociodemográficas de las puérperas que tienen cesáreas reiterativas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.

1.4 Justificación

Después del parto, las dos primeras horas son un periodo crítico, ya que se pueden presentar complicaciones que pueden derivarse en consecuencias fatales para la parturienta, siendo la hemorragia postparto una de las causas de fallecimiento de la madre. Se ha incorporado la operación cesárea a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar morbi-mortalidad para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas particularmente a expensas de la cesárea reiterativa. Su frecuencia se ha incrementado a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. A medida que los hospitales tienen más años de funcionamiento, la cesárea iterativa es más frecuente, por lo tanto, resulta de interés particular el precisar si esta práctica constituye un factor de riesgo de hemorragia posparto.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis alterna

La cesárea iterativa es un factor de riesgo para la hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.

1.5.2. Hipótesis nula

La cesárea iterativa no es un factor de riesgo para la hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.

II. Marco Teórico

2.1 Bases Teóricas

2.1.1 Cesárea

La cesárea es la intervención quirúrgica que según Cunningham (2008) tiene como “objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina”.

Factores que determinan la operación cesárea

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas. (FICO, 2010)

Tipos de cesárea.

- Según antecedentes obstétricos de la paciente.
 - Primaria: “Es la que se realiza por primera vez” (Dunn, 2008)
 - Iterativa: “Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas” (Dunn, 2008)
 - Previa: “es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior”. (Dunn, 2008)
- Según indicaciones:
 - Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
 - Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto. (Dunn, 2008)
- Según técnica quirúrgica:
 - Corporal o clásica: La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal

transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo. (Dunn, 2008)

- Segmento corporal: (Beck) La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior. (Dunn, 2008)
- Segmento arciforme o transversal: (Kerr) Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias. (Dunn, 2008)

- Causas maternas
 - Estrechez pélvica.
 - Pelvis asimétrica o deformada.
 - Malformaciones congénitas.
 - Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.

- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto. Distocia de la contracción.
- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)
- Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.
- Síndrome de desproporción cefalopélvica.
- Preeclampsia/eclampsia.
- Embarazo múltiple.
- Infección amniótica.
- Isoinmunización materno-fetal.
- Causas fetales
 - Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
 - Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.
 - Prolapso de cordón umbilical.
 - Sufrimiento fetal.
 - Malformaciones fetales incompatibles con el parto.
 - Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal.
 - Cesárea posmortem.

Indicaciones más frecuentes criterios para la toma de decisión

Las principales indicaciones de la operación cesárea son:

- Desproporción céfalo pélvica.
- Cesárea previa.

- Sufrimiento fetal.
- Ruptura prematura de membranas.
- Presentación pélvica.

Aunque la ruptura prematura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas. (Dunn, 2008)

Cesárea iterativa

Se denomina cesárea iterativa aquella que ha de repetirse ya sea por persistencia de la indicación anterior o por aparición de una nueva, distinta de la que motivó la intervención o intervenciones anteriores. Su incidencia es cada vez mayor, aunque varía dentro de amplios límites, a causa de la posición que ante la paciente con antecedente de cesárea adoptan las distintas escuelas, de las cuales unas son partidarias de reintervenir casi sistemáticamente, mientras que otras sólo practican la nueva cesárea en aquellas que se apartan de ciertos requisitos.

Causa directa del aumento de su incidencia es la mayor frecuencia con que se practica la primera cesárea, por aparición de nuevas indicaciones, mejoramiento de técnicas y medios quirúrgicos, anestesia, mejor valoración de la importancia fetal, e impedimento ético y religioso en nuestro medio para efectuar la ligadura de las trompas después de cierto número de intervenciones.

Los valores que necesitan todas las gestantes con una cesárea anterior son los siguientes puntos a tratar: (Cunningham, 2008)

- Valoración de los antecedentes

a) Edad de la paciente. Es dato de especial valor cuando se trata de pacientes cercanas o mayores de 30 años y sólo han tenido un embarazo que terminó en cesárea, ya que al factor quirúrgico previo se agrega el problema obstétrico caracterizado por distocia de partes blandas, frecuente en las pacientes añosas; es igualmente oportuno relacionar la edad de la paciente con el tiempo transcurrido entre la cesárea y la nueva gestación.

b) Indicación anterior. El pronóstico está íntimamente unido a este factor; es distinta la situación de una paciente intervenida por factor absoluto (pelviviación, por ejemplo) a la de otra intervenida por una distocia ovular. Tampoco será igual el pronóstico en caso de antecedente de desproporción que en el de abruptio, inercia, etc. Hablando de desproporción dice Kaltreider que ésta constituye un diagnóstico frecuente de indicación de cesárea anterior, cuando en realidad no ha sido la verdadera causa, ya que este diagnóstico sólo debe hacerse después de obtenida la dilatación completa. Cuando la intervención ha sido practicada en otra institución, suele ser difícil conocer la indicación; recordar que las causas relativas más frecuentes son distocias de contracción de distinto tipo, sufrimiento fetal, toxemia gravídica y hemorragia del final de la gestación; las causas absolutas generalmente se pueden comprobar al examen de la paciente

c) Lugar de la intervención. Cuando ha sido practicada en medio hospitalario adecuado puede esperarse el parto por vías naturales con mayor seguridad, ya que la indicación, el procedimiento quirúrgico, los cuidados postoperatorios y los recursos de drogas, anestesia, laboratorio, etc. son garantía de buena atención y por tanto de buena cicatrización. Cuando la intervención ha sido practicada en medio hospitalario inadecuado, especialmente tratándose de casos operados en medio rural, previamente atendidos por comadronas, debemos extremar nuestras dudas.

d) Cirujano. Importa conocer quién intervino, para deducir en muchas ocasiones, qué tipo de cesárea fue practicado; sospechamos la posibilidad de cesárea atípica cuando la paciente ha sido intervenida por médico o cirujano general y en medio no adecuado. Para mayor seguridad de las pacientes, asimilamos esta situación con la de aquellas cuyos datos al respecto desconocemos.

e) Tipo de cesárea. Hay relación íntima entre este dato y la conducta; la cesárea clásica (corporal) y las segmentarias complicadas con desgarros o prolongaciones (incisiones en "T" invertida) entrañan grave riesgo para las pacientes por la posibilidad de ruptura en partos posteriores. En cicatrices uterinas por cesárea clásica puede producirse la ruptura antes del comienzo del trabajo de parto; la cesárea segmentaria longitudinal (tipo Beck) está considerada como potencialmente peligrosa para la ruptura, en mayor proporción que la segmentaria transversal, pero en menor proporción que la clásica.

- Valoración obstétrica al ingreso

a) Embarazo actual: Se valoraron en la paciente, a su ingreso al Instituto, los siguientes puntos para decidir, de acuerdo con los del grupo anterior, si debía o no reintervenirse (Cunningham, 2008)

b) Tamaño fetal y edad gestacional. Es evidente que los fetos pequeños dan mayor posibilidad de parto vaginal, con menor riesgo para la madre. b) Proporción feto-pélvica. Valoración de la pelvis previamente efectuada, ojalá antes de un nuevo embarazo; la pelvigrafía en la Consulta Prenatal o al ingreso de la paciente en la institución, consignando los datos en historia especial para ello y relacionado, al término de la gestión, los datos obtenidos con el tamaño de la presentación. En casos de pelvis límite consideramos peligrosa la prueba de trabajo. Igualmente, importantes, cuando la paciente se encuentra en trabajo, son

la palpación mensuradora y el Test de Hillis; la valoración cuenta igualmente para las pacientes multíparas con partos vaginales previos o posteriores a la cesárea.

c) Encajamiento. Cuando este se encuentra avanzado en paciente que ingresa en trabajo de parto, el caso se considera favorable. Es dato que interesa más en pacientes " nulíparas", es decir, sin antecedente de partos por vía vaginal. Se puede valorar por medio de maniobras especiales como la mesuradora de Pinard y el Test de Hillis, mencionados anteriormente, siendo factor importantísimo para la conducta.

d) Presentación, posición, variedad. Sólo consideramos favorables los casos de presentaciones cefálicas de vértice; las variedades posteriores y transversas determinan mayor esfuerzo uterino contráctil y en el momento del parto, en ocasiones, requieren recursos obstétricos para su corrección, que dan mayor incidencia de lesiones de partes blandas, incluyendo las revisiones de cicatriz, motivo que inclina a su cuidadosa selección.

e) Estado del cuello. El cuello maduro (blando, corto, central, permeable) es indicio de buen parto y crea condiciones favorables a la marcha del trabajo; no está indicada la prueba de trabajo en caso de cuellos largos, duros y poco elásticos; es interesante recordar el llamado "cuello uterino no patológico, problema en el parto" común en los casos de ruptura prematura de membranas, independiente de la madurez cervical, frecuentemente resistente y a veces irreductible a la terapéutica rutinaria.

2.1.2 Hemorragia Postparto

Según la OMS (1999) se define como "la pérdida de 500 ml de sangre o más a través del tracto vaginal que se produce en el período intraparto o postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10 % o más en las primeras dos horas postparto". La hemorragia post parto tiene una ocurrencia de 13% (Dunn, 2008).

En la actualidad, está considerada cualquier pérdida de sangre que conlleve a la alteración hemodinámica de la madre, como HPP. En algunos casos 500 ml es un punto de corte estimado promedio de pérdida de sangre en parto natural con un solo producto y en el caso de parto gemelar casi 1000 ml. Es importante tener en cuenta que la estimación clínica sobre la cantidad de pérdida de sangre subestima el volumen real de la pérdida entre un 43 a un 50%; motivo por el cual la incidencia de HPP varía en los diferentes estudios entre 2.5 a 16% (Cunningham, 2008).

- Clasificación:

Según Cunningham (2008), se clasifican en hemorragia postparto primaria y en hemorragia postparto secundaria. Se llama hemorragia postparto primaria, si dentro de las 24 horas posteriores al parto ocurre un evento trágico. Un 60% de los fallecimientos de la madre ocurren después del parto y un 45% dentro de las primeras 24 horas, que generalmente es causado por atonía uterina en 80% de pacientes, en segundo lugar, la causa puede ser la retención de placenta. La hemorragia postparto secundaria, se presenta después de las 24 horas y hasta 6 a 12 semanas después del parto, el cual podría ser causado por involución del lecho placentario, defectos de coagulación o infecciones varios. (Dunn, 2008)

- Causas

- Atonía uterina: Es principal causa de la HPP (es decir, la falta de contracción efectiva del útero después del parto). La pérdida de sangre puede ser mucho mayor que la observada porque un útero pantanoso y dilatado puede contener una cantidad significativa de sangre. El diagnóstico se realiza si el útero no se torna firme después del masaje uterino y la administración de agentes uterotónicos. La atonía puede ser difusa o localizada a un área del músculo uterino. En este último, la región del fondo uterino puede ser estar bien

contraída, mientras que el segmento uterino inferior se dilata y se mantiene atónico, que es difícil de apreciar en el examen físico. Las mujeres con hemorragia persistente a pesar de un fondo uterino firme deben someterse a un examen vaginal para identificar atonía del segmento inferior del útero, así como laceraciones cervicales y vaginales. Aunque la atonía uterina difusa es la causa más común de la HPP, a menudo es sensible a la terapia uterotónica, por lo que no es la razón más común para la transfusión masiva en el parto. (FICO, 2010)

- Trauma - Puede ser debido a laceraciones, incisiones quirúrgicas, o ruptura uterina. Las laceraciones cervicales y vaginales pueden desarrollarse espontáneamente o pueden estar relacionados con las intervenciones realizadas. Estos no pueden ser notados hasta que el sangrado vaginal postparto sea excesivo (FICO, 2010)
- Coagulopatía - Es tanto causa como consecuencia de la HPP y a sangrado abundante persistente, independientemente de la causa, conduce al consumo de factores de coagulación y la hemodilución de factores de coagulación restantes. (MacDonal, 2011)

- **Factores de riesgo**

Los factores significativamente asociados con la hemorragia, en orden decreciente de frecuencia:

- Retención de placenta / membranas
- La falta de progreso durante la segunda etapa del parto
- Placenta mórbidamente adherente
- Las laceraciones
- Parto instrumental
- Grande edad gestacional del recién nacido (por ejemplo, > 4.000 g)

- Trastornos hipertensivos (preeclampsia, eclampsia, HELLP [hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, Baja Las plaquetas]) La inducción del parto
- Parto prolongado en la primera o segunda etapa.

- **Signos y síntomas**

- “Sangrado transvaginal de moderado o grave, rojo rutilante” (Altamirano, 2012)
 - “Sangrado transvaginal a chorro, masivo, abundante” (Altamirano, 2012)
- “Signo y síntomas de alteraciones hemodinámicas: mareo, sudoración, náusea, taquicardia, hipotensión arterial” (Altamirano, 2012)

La hemorragia vaginal se constituye como el signo característico de la HPP, que puede ser moderada (500ml) o grave (1000ml) que puede estar acompañado de alteraciones hemodinámicas. Los principales signos clínicos son:

- Hemorragia con mayor cantidad a 500ml.
- Sangre rojo rutilante y brillante.
- Palidez de todo el cuerpo.
- Hipotensión arterial.
- Pulso acelerado (más de 100lat/min)
- Sudor efusivo.
- Piel húmeda, náuseas y mareos.
- Shock.

No obstante, se debe tener en cuenta que en la puérpera la hemorragia o la disminución de la presión arterial se puede retrasar (madres que recibieron oxitocina). Entonces, se pueden presentar signos que necesiten tratamiento urgente por hemorragia si manifiesta aumento de la frecuencia cardíaca a más de 100/m.

- Incremento de la frecuencia respiratoria 15/m.
- Disminución del volumen urinario.

- **Tratamiento**

De presentarse una hemorragia postparto, debe ser considerado como emergencia grave. El éxito de la solución dependerá del diagnóstico rápido, de la identificación de la causa, de la aplicación de medicinas generales apropiadas, de solucionar las causas que han producido la HPP, del cual dependerá la conservación de la salud de la paciente. Si la puérpera está en estado de shock, se hará un manejo hemodinámico (Altamirano P, 2012)

El manejo recomendado para pacientes en shock, al tener un diagnosticado de HPP, es canalizar dos venas, administrar infusión de 40 gotas por minuto de Lactato de Ringer, hasta que se logre el restablecimiento hemodinámico. Si después de este procedimiento, la paciente no se restablece, se debe administrar coloides (plasma) y si esta deshidratada es necesario administrarle Dopamina (Camacho Claros, Pardo Novak, & Ordoñez Maygua, 2010)

Según Chica (2013)

Para el caso de HPP “utilizar: Bolo IV lento 5UI de Oxitocina, seguida de una infusión de 1000ml de solución de electrolitos con 10UI de Oxitocina infundirla a una velocidad adecuada para el control de la atonía uterina, en caso necesario la dosis puede llegar a ser de 40UI de oxitocina. La solución para la infusión continua es de 20UI de oxitocina se prepara disolviendo en 4 ampollas de 5UI de oxitocina en 1000ml se administra 60 gotas por minuto, sino cedió administrar 10UI de oxitocina diluida en 10cc de agua destilada, se continua masaje con manejo hemodinámico, si continua el cuadro de hipotonía se administra un segundo bolo de oxitocina 10UI diluida en 10cc de agua

destilada, si persiste para ganar tiempo realiza masaje y compresión bi-manual y compresión de la aorta abdominal.

Por otro lado, los principales signos de alarma, son la hemorragia anormal, que se debe tratar como hemorragia después del parto, detectar la atonía a través de la palpación abdominal y la hipotensión materna.

Para identificar la causa más frecuente de HPP se debe palpar el útero, si está contraído se deberá revisar el canal de parto.

Para realizar el tratamiento de atonía uterina, se debe masajear de forma bimanual el útero y administrar drogas uterotónicas.

La oxitocina: es una droga de rápida acción y gran efectividad, que está ampliamente disponible y que no tiene efectos colaterales, la dosis que se recomienda es de 20 U en 500 ml de solución cristaloides. La dosis de mantenimiento es de 20 a 40 U en 500 ml de sol. Cristaloides a 60 cc/n

La metilergonovina, es un agente disponible de uso IM, el inicio de la acción es de 6 a 7 minutos, tiene más efectos colaterales como náuseas, vómitos, incremento de la presión arterial. La dosis es de 0.2 mg cada 2-4h.

El misoprostol: es un agente de tercera línea, este medicamento cuenta con el más alto número de efectos colaterales la dosis que se recomienda es 800 – 1000 mcg por vía rectal.

- **Tejidos**

Se debe asegurar que la placenta y membranas están íntegras, si existen dudas hacer exploración manual de cavidad uterina, preferentemente bajo anestesia. Después de la exploración del útero, realizar masajes y compresión bimanual.

Según Gant & Leveno (2011)

Se recomiendan antibióticos de amplio espectro luego de remoción manual de placenta, exploración o instrumentación del útero.

Exploración manual y extracción de placenta bajo anestesia general.

Si la extracción es exitosa evaluar tono uterino y si se identifica atonía o hipotonía iniciar manejo de la misma.

Si la remoción es parcial se indica legrado uterino y administración profiláctica de oxitocina. Si la remoción no es posible y no se identifica plano de clivaje, se diagnostica placenta acreta y se procederá a realizar histerectomía abdominal en la gran mayoría de los casos.

- **Trauma**

La causa más frecuente de hemorragia es el trauma genital, a pesar que el útero esté bien contraído. Aplicar anestesia para realizar exploración de desgarros en cérvix o en fondos de saco, los cuales pueden comprometer el útero, y causar hematomas en retroperitoneo o ligamento ancho. Se puede requerir el empaquetamiento de la sutura para llegar a la hemostasia.

Según Cunningham (2008) “puede necesitarse ecografía para buscar liquido libre en cavidad si el parto fue traumático o si el estado de la paciente empeora más de lo esperado para las pérdidas hemáticas estimadas”.

Tratamiento

Según Arias (2009) se puede realizar dependiendo de la etiología:

- Laceraciones y desgarros: Se sutura con catgut cromado 2-0

- Hematomas: Exploración, drenaje y ligadura del vaso sangrante con puntos hemostáticos
- Inversión uterina: Reposición manual (maniobra de Johnson), no intentar extracción placentaria hasta la reposición uterina, en caso de anillos de contracción utilizar útero relajante. En caso de falla realizar reposición quirúrgica.

- **Trombina**

Según Arias (2009) la trombina es:

Si la exploración ha excluido retención de tejidos o trauma, el sangrado de un útero bien contraído es principalmente debido a un defecto en la hemostasia. Debe comenzarse el reemplazo de productos sanguíneos según lo necesario. Si las pruebas de coagulación resultan anormales desde el inicio de la hemorragia postparto, considerar una causa subyacente: abrupto, síndrome HELLP, hígado graso del embarazo, muerte fetal intrauterina, embolismo de líquido amniótico o sepsis.

- Requiere internación en UCI
- Manejo etiológico

III. Método

3.1 Tipo de investigación

Según la intervención del investigador el estudio fue observacional, solo se observa y se describe en forma precisa los fenómenos. (Fonseca Livias, 2013)

Según la planificación de la medición de la variable de estudio fue retrospectivo, porque el estudio pertenece al tiempo pasado y la recolección de datos lo realiza el investigador a partir de la fuente primaria. (Fonseca Livias, 2013)

Según el número de mediciones de la variable de estudio fue transversal, porque los instrumentos se aplicarán en un solo momento y las variables se medirán una sola vez. (Fonseca Livias, 2013)

Según el número de variables estudiadas fue analítica, porque el estudio se trabaja con dos variables, buscando relación bivariado. (Fonseca Livias, 2013)

3.2 Ámbito temporal y espacial

El estudio se llevó a cabo en el servicio de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal - Maternidad de Lima, ubicado en el Jirón Miro Quesada 941, Cercado de Lima 15001, Lima Perú.

3.3 Variables

3.3.1 Variable independiente

Cesárea iterativa como factor de riesgo

3.3.2 Variable dependiente

Hemorragia postparto

3.4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	VARIABLE	ESCALA
INDEPENDIENTE Cesárea iterativa	Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas	Gestante con más de dos cesáreas.	Presenta No presenta	Cualitativa	Nominal
DEPENDIENTE: Hemorragia postparto	pérdida de 500 ml de sangre o más a través del tracto vaginal que se produce en el período intraparto o postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10 % o más en las primeras dos horas posparto.	Hemorragia postparto.	Presenta No presenta	Cualitativa	Nominal

3.5 Población y muestra

La población está constituida por todas las pacientes con cesárea atendidas en el servicio de Obstetricia y Ginecología del del Instituto Nacional Materno Perinatal - Maternidad de Lima que son una cantidad de 435 pacientes.

3.5.1 Selección de la muestra

La selección de los casos (Cesárea iterativa) y la selección de controles (Cesárea primaria).

Unidad de Análisis

Estará constituido por cada puérpera cesareada atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2018 y que cumplan con los criterios de selección.

- **Criterios de Inclusión**

Casos:

- Puérperas con vía de parto por cesárea iterativa.
- Puérperas con hemorragia postparto.
- Puérperas con historias clínicas registradas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Controles:

- Puérperas con vía de parto por cesárea primaria.
- Puérperas con hemorragia postparto.
- Puérperas con historias clínicas registradas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

- **Criterios de Exclusión**

- Cesareadas por embarazo gemelar.
- Cesareadas por labor de parto prolongada.
- Cesareadas por macrosomía fetal.

- Cesareadas por trastornos de coagulación.
- Cesareadas sin historias clínicas registradas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Unidad de Muestreo

Estará constituido por la historia clínica de cada puérpera cesareada atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2018 y que cumplan con los criterios de selección.

Tamaño muestral:

Para el tamaño de la muestra utilizaremos la fórmula para casos y controles (Merino, 2013)

(Abner Fonseca, 2013):

Tabla 1
Muestra por casos y controles

	Cesárea iterativa (casos)	Cesárea primaria (controles)	Total
Expuestos	55	148	203
No expuestos	20	212	232
Total	75	360	435

Nota. Fuente elaboración propia

$$OR = W = \frac{a \times d}{c \times b} \qquad OR = W = \frac{55 \times 212}{20 \times 148} = 4$$

P1: Tasa de exposición entre los casos

$$P1 = \frac{a}{a + c} \times 100 \qquad P1 = \frac{55}{75} \times 100 = 73\%$$

P2: Tasa de exposición entre los controles

$$P2 = \frac{b}{b + d} \times 100 \qquad P2 = \frac{148}{360} \times 100 = 41\%$$

Fórmula para casos y controles (Merino, 2013):

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Dónde: (Pértegas Díaz & Pita Fernández, 2012)

$Z_{1-\alpha/2}$: Nivel de confianza. La seguridad con la que se desea trabajar (α), o riesgo de cometer un error de tipo I. Generalmente se trabaja con una seguridad del 95% ($\alpha = 0,05$) = 1.96

$Z_{1-\beta}$: El poder estadístico ($1-\beta$) que se quiere para el estudio, o riesgo de cometer un error de tipo II. Es habitual tomar $\beta = 0,2$, es decir, un poder del 80% = 0.84

P: Probabilidad de existo o tasa de prevalencia ($P_1 + P_2 / 2$) = 0,57

P_1 : La frecuencia de la exposición entre los casos, cuyo valor es 73% = 0,73

P_2 : La frecuencia de la exposición entre los controles, cuyo valor es 41% = 0.41

W: Odds ratio previsto = 4.

Ahora reemplazamos:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = \frac{[1,96 \sqrt{2 \times 0,57(1 - 0,57)} + 0,84 \sqrt{0,73 (1 - 0,73) + 0,41 (1 - 0,41)}]^2}{(0,73 - 0,41)^2}$$

$$n = 42$$

En la proporción 1:4 Se necesitaría un grupo de 42 casos (púerpera con cesárea iterativa) y otros 168 controles (púerpera con cesárea primaria).

3.5 Instrumento

El instrumento a utilizar será la ficha.

3.6 Procedimientos

3.6.1 Proceso de recolección de datos

- Revisión de los datos. Se examinará en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizarán; asimismo, se realizará el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.
- Codificación de los datos. Se realizará la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.
- Clasificación de los datos. Se ejecutará de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- Presentación de datos. Se presentará los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

3.7 Análisis de datos

3.7.1 Análisis descriptivo

Se utilizará la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, gráficos para caracterizar algunas variables.

3.7.2 Análisis inferencial

Se utilizó estadísticos como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables en estudio. Y también estadística inferencial utilizando el Odds Ratio con 95% de intervalo de confianza. Para el análisis multivariado se empleará regresión logística. El análisis se realizará el programa Excel y el software estadístico SPSS versión 22.

IV. Resultados

Tabla 1. *Características de los pacientes incluidos en el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.*

Edad de la paciente		Control	Caso
N	Válido	168	42
	Perdidos	0	0
Media		30,21	32,21
Mediana		30,00	31,00
Moda		27	30
Desviación estándar		6,295	6,295
Rango		24	18
Mínimo		20	26
Máximo		44	44

Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal. Archivo de historias clínicas.

Interpretación

Se evidencia que la edad promedio de los pacientes con cesárea primaria fue de $30,21 \pm 6,29$ años. Donde el 50% tienen edades mayores de 30 años (mediana). La edad más frecuente fue de 27 años (moda). La edad mínima fue de 20 años y la edad máxima de 44 años.

Se evidencia que la edad promedio de los pacientes con cesárea iterativa fue de $32,21 \pm 6,29$ años. Donde el 50% tienen edades mayores de 31 años (mediana). La edad más frecuente fue de 30 años (moda). La edad mínima fue de 26 años y la edad máxima de 44 años.

Tabla 2. *Características de los pacientes incluidos en el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.*

Edad gestacional		Control	Caso
N	Válido	168	42
	Perdidos	0	0
Media		38,63	38,90
Mediana		39,00	38,00
Moda		40	39
Desviación estándar		1,890	1,90
Rango		10	10
Mínimo		31	32
Máximo		41	41

Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal. Archivo de historias clínicas.

Interpretación

Se evidencia que la edad gestacional de las pacientes con cesárea primaria promedio fue de $38,63 \pm 1,8$ semanas. Donde el 50% tienen edades gestacionales mayores de 40 semanas (mediana). La edad gestacional más frecuente fue de 40 semanas (moda). La edad gestacional mínima fue de 31 semanas y la edad máxima de 41 semanas.

Se evidencia que la edad gestacional de las pacientes con cesárea iterativa promedio fue de $38,90 \pm 1,9$ semanas. Donde el 50% tienen edades gestacionales mayores de 38 semanas (mediana). La edad gestacional más frecuente fue de 40 semanas (moda). La edad gestacional mínima fue de 32 semanas y la edad máxima de 41 semanas.

Tabla 3. *Características de los pacientes incluidos en el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.*

Tabla cruzada Puérperas con cesárea*Paridad de la paciente		Paridad de la paciente		Total
		Primigesta	Multigesta	
Puérperas con cesárea	Puérperas con cesárea iterativa	0	42	42
	Puérperas con cesárea primaria	10	158	168
	Total	10	200	210

Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal. Archivo de historias clínicas.

Interpretación

Se evidencia que del total de puérperas con cesárea iterativa todas son Multigesta, y del total de puérperas con cesárea primara 10 fueron primigestas y 158 Multigesta.

Tabla 4. *Características de los pacientes incluidos en el estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.*

Tabla cruzada Puérperas con cesárea*Paridad de la paciente		Hemorragia Post Parto		Total
		Si	No	
Puérperas con cesárea	Puérperas con cesárea iterativa	6	36	42
	Puérperas con cesárea primaria	4	164	168
	Total	10	200	210

Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal. Archivo de historias clínicas.

Interpretación

Se evidencia que del total de puérperas con cesárea iterativa 6 de ellas hicieron hemorragia post parto, y del total de puérperas con cesárea primara 04 hicieron hemorragia post parto.

Tabla 5. Comparación cesárea iterativa vs cesárea primaria como factor de riesgo asociado a hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.

Puérperas con cesárea	Hemorragia Post Parto		Total	Odds ratio	Intervalo de confianza de 95 %	
	Si	No			Inferior	Superior
Puérperas con cesárea iterativa	6	36	42			
Puérperas con cesárea primaria	1	167	168	6,833	1,834	25,467
Total	07	203	210			

Fuente: Instituto Nacional Materno Perinatal. Archivo de historias clínicas.

Interpretación

Se evidencia que del total de puérperas con cesárea iterativa 6 de ellas hicieron hemorragia post parto, y del total de puérperas con cesárea primara 04 hicieron hemorragia post parto. Y al analizar la prueba de monomios podemos observar que la cesárea iterativa es un factor asociado a la hemorragia post parto con un Odds ratio de 6,8 lo cual significa que las puérperas con cesárea iterativa tienen 6 veces la probabilidad de desarrollar una hemorragia post parto.

V. Discusión de resultados

En nuestro estudio se evidencia que del total de puérperas con cesárea iterativa 06 de ellas hicieron hemorragia post parto, y del total de puérperas con cesárea primara 04 hicieron hemorragia post parto. Al analizar la prueba de monomios podemos observar que la cesárea iterativa es un factor asociado a la hemorragia post parto con un Odds ratio de 6,8, lo cual significa que las puérperas con cesárea iterativa tienen 6 veces la probabilidad de desarrollar una hemorragia post parto.

Dentro de las investigaciones que se han hallado está el estudio de Kennare (2010), los cuales demostraron los riesgos que se asocian a la realización de la cesaría, mediante un estudio de cohortes retrospectivos en gestantes con un solo producto, de acuerdo a la condición de cesárea iterativa o sin cesárea iterativa en 8725 pacientes y 27 313 pacientes respectivamente teniendo como desenlaces la hemorragia post parto (OR 1.23, 95% CI 1.08-1.41), obteniéndose como significativa en todos los casos.

Para el caso de estudios de referencias, corresponde a una población diferente a la nuestra realidad, con estudio similar al nuestro ya que es retrospectivo, entonces, se distingue a los grupos según el factor riesgo. Sobre la asociación de interés, podemos comprobar que hay coincidencia en la influencia de la cesárea iterativa con hemorragia postparto similar a nuestro trabajo.

Por otro lado, los resultados obtenidos por Rossen J, et al (2010) precisaron que se hallaron factores de riesgo que se relacionan a intervenciones que se asocian a la aparición de hemorragia postparto, realizada en estudio de casos y control retrospectivo en 41365 pacientes visualizando que estas intervenciones sean con cesárea iterativa, del cual se observó un 9% de hemorragias

postparto en comparación con los de control que es el 5% con cesáreas primarias (OR 3.7; $p < 0.05$) obteniéndose una significancia estadística

Para este caso, el estudio se desarrolla en una realidad poblacional muy distinta a la nuestra, siendo una publicación que realiza estrategias de análisis similar a la nuestra, pero la muestra es mucho mayor, se observa que la tendencia común reconoce el riesgo que condiciona la cesárea iterativa; y se precisa que se observó que es antecedente de práctica de dos cesáreas, el cual indica la diferencia de porcentajes con respecto a nuestra investigación.

Stock (2013), describe las tendencias que comparan el desenlace asociado a la realización de la práctica de cesárea iterativa mediante el diseño de cohortes retrospectivas realizado a 46 176 pacientes, siendo que el 40% estuvo expuesto a realizarse cesárea iterativa con desenlaces de hemorragia después del parto, siendo más frecuente en madres que estuvieron expuestas a cesárea iterativa ($p < 0.05$); siendo significativo.

En este estudio se aprecia a la población con diferencias relacionadas a nuestro estudio, esta publicación es más actual, emplea diseño con mayor tamaño muestral, pero se verifica similitud en hallazgos identificados como significativo la realización de la cesárea iterativa con respecto a causa de hemorragia postparto.

Asimismo, los resultados encontrados Kok (2014) al comparar a dos grupos de gestantes finales, de acuerdo a la cesárea iterativa mediante un análisis de cohortes prospectivos en 41 109 pacientes, con 25% con cesárea iterativa, teniendo como desenlace la hemorragia post parto (OR 1.1, 95% CI 1.0-1.2), el cual constituye un riesgo significativo.

Para este caso, la investigación es de interés, porque es reciente y se puede apreciar que se encuentran diferencias muy notables, como la realidad de la población, el tamaño muy superior

de la muestra, y el uso de estrategias que se utilizara en la verificación de coincidencias en pacientes con cesárea iterativa como riesgo de hemorragia postparto.

VI. Conclusiones

Se evidencia que la frecuencia de hemorragia postparto encontrada en el grupo de cesárea iterativa y cesárea primaria fue del 14% y 1% respectivamente.

Se evidencia que la edad promedio de los pacientes con cesárea primaria fue de $30,21 \pm 6,29$ años. Donde el 50% tienen edades mayores de 30 años (mediana). La edad más frecuente fue de 27 años (moda). La edad mínima fue de 20 años y la edad máxima de 44 años. Se evidencia que la edad promedio de los pacientes con cesárea iterativa fue de $32,21 \pm 6,29$ años. Donde el 50% tienen edades mayores de 31 años (mediana). La edad más frecuente fue de 30 años (moda). La edad mínima fue de 26 años y la edad máxima de 44 años.

Se evidencia que la edad gestacional de las pacientes con cesárea primaria promedio fue de $38,63 \pm 1,8$ semanas. Donde el 50% tienen edades gestacionales mayores de 40 semanas (mediana). La edad gestacional más frecuente fue de 40 semanas (moda). La edad gestacional mínima fue de 31 semanas y la edad máxima de 41 semanas. Se evidencia que la edad gestacional de las pacientes con cesárea iterativa promedio fue de $38,90 \pm 1,9$ semanas. Donde el 50% tienen edades gestacionales mayores de 39 semanas (mediana). La edad gestacional más frecuente fue de 40 semanas (moda). La edad gestacional mínima fue de 32 semanas y la edad máxima de 41 semanas.

Se evidencia que del total de puérperas con cesárea iterativa todas son Multigesta, y del total de puérperas con cesárea primara 10 fueron primigestas y 158 Multigesta.

Se evidencia que del total de puérperas con cesárea iterativa 6 de ellas hicieron hemorragia post parto, y del total de puérperas con cesárea primara 04 hicieron hemorragia post parto. Y al analizar la prueba de monomios podemos observar que la cesárea iterativa es un factor asociado

a la hemorragia post parto con un Odds ratio de 6,8 lo cual significa que las puérperas con cesárea iterativa tienen 6 veces la probabilidad de desarrollar una hemorragia post parto.

Se evidencia que la cesárea iterativa es factor de riesgo asociado a hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

VII. Recomendaciones

La asociación corroborada entre la cesárea iterativa y la hemorragia post parto en este estudio se debe tomar en cuenta para las estrategias educacionales y preventivas para las gestantes para reducir en nuestro medio este tipo de complicaciones que derivan en muerte.

Realizar este estudio en otros hospitales, para así poder tener resultados nacionales y poder interpolarlos.

VIII. Referencias Bibliográficas

- Abner Fonseca, L. (2013). *investigación científica en salud con enfoque cuantitativo* (1 ed.). Huanuco: Biblioteca Nacional del Perú.
- Ajenifuja, K., Adepiti, C. y Ogunniyi, S. (2011). Postpartum haemorrhage in a teaching hospital in Nigeria: a 5-year experience. *Afr Health Sci*, 10(1), 71-74.
- Altamirano, P. (2012). Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009. Lima, Perú.
- Arias, F. (2009). *Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. En: Perinatal health care with limited resources*. (12 ed.). Londres.: Macmillan Press Ltd London.
- Calle, A., Barrera, M. y Guerrero, A. (2010). Diagnóstico y manejo de la hemorragia posparto. *Rev Per Ginecol Obstet*, 54, 233-243.
- Camacho Claros, C. G., Pardo Novak, A., & Ordoñez Maygua, J. (07 de 09 de 2010). “Cesáreas iterativas - experiencia en el Hospital Materno Infantil German Urquidi de Cochabamba 2006 – 2007 - 2008”. *Gaceta Médica Boliviana*, 33(2).
- Chayán, M. (2015). Cesárea iterativa como factor de riesgo para hemorragia postparto en pacientes del Hospital Belén De Trujillo, en el período 2009 – 2014. Trujillo, Perú.
- Chica, K. (2013). Frecuencia de la hemorragia postparto y post cesárea en pacientes del hospital “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” de la ciudad de Manta durante el periodo de septiembre del 2012 a febrero del 2013. Guayaquil, Ecuador.
- Cunningham, G. (2008). *Williams Obstetricia*. (21 ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Dodd, J., Crowther, C., Huertas, E., Guise, J., & Horey, D. (2013). Recuperado el 16 de enero de 2015, de Cesárea repetida electiva planificada versus parto vaginal planificado en pacientes con un parto anterior por cesárea:

- <http://es.summaries.cochrane.org/CD004224/cesarea-repetida-electiva-planificada-versus-parto-vaginal-planificado-en-pacientes-con-un-parto-anterior-por-cesarea>
- Dunn, L. (2008). *Cesárea y otras operaciones obstétricas*. En: *Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth*. (6 ed.). Danforth: Interamericana.
- FICO. (2010). *Procedimientos en Obstetricia y Ginecología*. Publicaciones del Instituto Nacional de Perinatología.
- Fonseca Livias, A. (2013). *Investigacion científica en salud*. Huanuco: San marcos.
- Gant, F., & Leveno, J. (2011). *Williams Obstetricia*. (21 ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- MacDonal, P. (2011). *Operación cesárea e Histerectomía periparto*. (22 ed.). (Williams, Ed.) Mexico: Mac Graw-Hill.
- Martinez, J. (2009). Prevención de la hemorragia posparto con el manejo activo del alumbramiento. *Matronas prof*, 10(4), 20-26.
- Merino, T. (2013). Recuperado el 23 de marzo de 2015, de Estudios de Casos y controles III: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/epianal7.htm>
- OMS. (1999). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. . Informe presentado por el grupo Técnico de Trabajo, Organización Mundial de la Salud, , Ginebra.
- Oyelese, Y. y Ananth, C.V. (2011). Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. *Clin Obstet Gynecol*, 53(1), 147-156.
- Pértegas Díaz, S., & Pita Fernández, S. (2012). Recuperado el 24 de marzo de 2015, de Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/muestra_casos/casos_controles.asp

Schwarcz, R., Fescina, R., Duverges, C. (2010). El parto patológico. *Obstetricia, El Ateneo*, 6, 629-644.

IX. Anexos

ANEXO 1

9.1 Anexo 1: Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
<p>¿Es la cesárea reiterativa un factor de riesgo para la hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018?</p>	<p>Objetivos Demostrar que la cesárea reiterativa es un factor de riesgo para la hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identificar la frecuencia de cesárea iterativa en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018. <input type="checkbox"/> Identificar la frecuencia de hemorragia postparto en puérperas con cesárea reiterativa en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018. <input type="checkbox"/> Establecer las características sociodemográficas de las gestantes que tienen cesáreas reiterativas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018. 	<p>Ha: La cesárea reiterativa es un factor de riesgo para la hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.</p> <p>Ho: La cesárea reiterativa No es un factor de riesgo para la hemorragia postparto en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2018.</p>	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Cesárea iterativa</p> <p>DEPENDIENTE:</p> <p>Hemorragia postparto</p>	<p>Tipo de investigación Observacional, Prospectivo, transversal, analítica.</p> <p>Enfoque enfoque cuantitativo.</p> <p>Nivel de investigación El nivel de investigación es el nivel III según Saraí Aguilar.</p> <p>Diseño Se realizará un diseño caso y control.</p>

ANEXO 2

9.2 Anexo 2: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	VARIABLE	ESCALA
INDEPENDIENTE Cesárea iterativa	Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas	Gestante con más de dos cesáreas.	Presenta No presenta	Cualitativa	Nominal
DEPENDIENTE: Hemorragia postparto	pérdida de 500 ml de sangre o más a través del tracto vaginal que se produce en el período intraparto o postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10 % o más en las primeras dos horas posparto.	Hemorragia postparto.	Presenta No presenta	Cualitativa	Nominal

ANEXO 3

9.3 Anexo 3: Carta de permiso de Proyecto de Investigación en el Instituto Nacional Materno Perinatal

 F-01

FORMATO DE SOLICITUD DE APROBACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

SOLICITO: APROBACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION

SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
DOCTOR ENRIQUE GUEVARA RIOS

Yo, Rojas Pavel Gabyttere Stefanie de Profesión Interna Obstetricia
Identificado (a) con DNI N.º 72745949, Investigador de:
Pre Grado Post Grado Otros

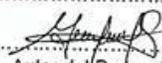
Ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, teniendo el deseo de desarrollar el Protocolo de Investigación titulado:

Cesarea iterativa como factor de riesgo para hemorragia postparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2018.

Solicito la evaluación y aprobación del protocolo de investigación presentado.

Atentamente,

Lima, 30 de noviembre de 2018

Autor del Protocolo

Teléfono: 964196651 Correo electrónico: gabyttere.f@hotmail.com


27084

ANEXO 4

9.4 Anexo 4: Juicio de Expertos: Certificado de validez de contenido de instrumento por la Lic.

Gloria Elvira Cruz Cuevas

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: Cesárea iterativa como factor de riesgo para hemorragia postparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2018

Autor: Rojas Cavel Gabytere Stefanie

Nombre del juez: *Obstetra Gloria Elvira Cruz Cuevas*

Grado académico: *Magister en Obstetricia - Especialidad de Emergencias Obstétricas*

Estimado (a)

Me dirijo a Ud., para saludarlo y solicitar tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto a emitir su juicio. Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para optar el título de Obstetra.

A continuación se presenta 10 criterios, los cuales permitirá tener su apreciación con respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (x) en la columna correspondiente.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El problema es factible de ser investigado.	✓		
2.	El diseño del estudio corresponde con el planteamiento del problema.	✓		
3.	La operacionalización de la variable responde a la(s) variables (s) en estudio.	✓		
4.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
5.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
6.	La estructura del instrumenta es adecuada.	✓		
7.	Los ítems del instrumento responden a la operacionalizacion de la variable	✓		
8.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
9.	Los ítems son claros y entendibles.	✓		
10.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS

.....

.....

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
 Sello y Firma del Juez Experto
Gloria Elvira Cruz Cuevas

Sello y Firma del Juez Experto

Fecha: *10/12/18*.....

ANEXO 5

9.5 Anexo 5: Juicio de Expertos: Certificado de validez de contenido de instrumento por el Dr.

Francisco Hidalgo

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: Cesárea iterativa como factor de riesgo para hemorragia postparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2018

Autor: Rojas Cavel Gabyttere Stefanie

Nombre del juez: *Francisco José Hidalgo Pincheira*

Grado académico: *Medico especialista*

Estimado (a)

Me dirijo a Ud., para saludarlo y solicitar tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto a emitir su juicio. Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para optar el título de Obstetra.

A continuación se presenta 10 criterios, los cuales permitirá tener su apreciación con respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (x) en la columna correspondiente.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El problema es factible de ser investigado.	/		
2.	El diseño del estudio corresponde con el planteamiento del problema.	/		
3.	La operacionalización de la variable responde a la(s) variables (s) en estudio.		✓	<i>Variables deber ser mayores.</i>
4.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
5.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
6.	La estructura del instrumenta es adecuada.	✓		
7.	Los ítems del instrumento responden a la operacionalizacion de la variable	✓		
8.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
9.	Los ítems son claros y entendibles.	✓		
10.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS

.....

.....

Sello y Firma del Juez Experto

Fecha: *27/11/18*

Francisco J. Hidalgo P.
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA
C.M.P. 30443 RNE 14769

ANEXO 6

9.6 Anexo 6: Juicio de Expertos: Certificado de validez de contenido de instrumento por la Dra. Cecilia Ibañez Rodríguez

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: Cesárea iterativa como factor de riesgo para hemorragia postparto en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2018

Autor: Rojas Cavel Gabytere Stefanie

Nombre del juez: Cecilia Elisa Ibañez Rodríguez.

Grado académico: Médico especialista en Gineco-Obstetricia

Estimado (a)

Me dirijo a Ud., para saludarlo y solicitar tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto a emitir su juicio. Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para optar el título de Obstetra.

A continuación se presenta 10 criterios, los cuales permitirá tener su apreciación con respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (x) en la columna correspondiente.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1.	El problema es factible de ser investigado.	X		
2.	El diseño del estudio corresponde con el planteamiento del problema.	X		
3.	La operacionalización de la variable responde a la(s) variables (s) en estudio.	X		
4.	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.		X	Colocar dx de estudio
5.	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
6.	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
7.	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	X		
8.	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
9.	Los ítems son claros y entendibles.	X		
10.	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS

.....

Sello y Firma del Juez Experto

Fecha:.....

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
M.C. CECILIA IBAÑEZ RODRIGUEZ
G.M.P. N° 41399 - R.N.E. N° 2

ANEXO 7

9.7 Anexo 7: Instrumento: Ficha de recolección de datos

Código de la paciente.....

Fecha.....

I. DATOS GENERALES:

1.1. Edad: _____ años

1.2. Paridad: _____

1.3. Edad Gestacional: _____

II.-VARIABLE INDEPENDIENTE:

CESAREA ITERATIVA ()

PRIMARIA ()

III.-VARIABLE DEPENDIENTE:

HEMORRAGIA POSTPARTO: SI ()

NO ()

ANEXO 8

9.8 Anexo 8: Aprobación del proyecto de tesis

Universidad Nacional
Federico Villarreal

FACULTAD DE MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE"
OFICINA DE GRADOS Y GESTION DEL EGRESADO
"Año del Diálogo y de la Reconciliación Nacional"

INFORME DEL PROYECTO DE TESIS

EVALUACIÓN DEL PROYECTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE: Licenciada en Obstetricia.

TÍTULO DEL PROYECTO
CESAREA ITERATIVA COMO FACTOR DE RIESGO PARA HEMORRAGIA POSTPARTO EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO INFANTIL-2018

AUTOR: GABYTERE STEFANIE ROJAS CAVEL

OBSERVACIONES: Revisar a Historia y Responder de Intervención y Resultado

RECOMENDACIONES:

de lo cual, se eleva el presente informe a la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina "Hipólito Unanue" - UNFV, para el trámite correspondiente.

El Agustino 03 de Setiembre 2018

Asesor(a).

Apellidos: Hipólito Unanue

Nombres: Carico Sosa

Jr. Río Chepén N° 290 El Agustino - Lima / Teléfono: 748-0888 Anexo: 8550