

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN - LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA**



**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES TRANS Y POST-
CESÁREA, EN PACIENTES QUE INGRESARON AL SERVICIO DE GINECO -
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO ROSALES
ARGÜELLO AGOSTO DEL 2006 A MARZO DEL 2008.”**

AUTOR

**Dr. Osmar Daniel Ortiz Mayorga
Residente de Gineco-Obstetricia**

TUTORES

Dr. Albino González
Ginecoobstetra
Dr. Erick Martín Esquivel Muñoz
Uroginecología y Obstetricia

ASESOR

Dr. Gregorio Matus
Epidemiólogo

LEÓN, NICARAGUA 2009

DEDICATORIA

- A mis padres que desde algún lugar del universo han sabido guiar mis pasos en el mejor camino de mi destino.

- A mi esposa Mariela Baca Méndez y a mis hijos Osmari y David Ortiz Baca fuente de alegría e inspiración que no permiten que me doblegue ante los momentos más difíciles, por su comprensión y paciencia al no estar con ellos en algunos momentos que me necesitaban debido al andar de mi profesión.

AGRADECIMIENTO

- A DIOS sobre todas las cosas por brindarme los conocimientos necesarios para lograr una meta más en mi vida.
- A todos mis pacientes que sin su consentimiento no hubiese sido posible la realización de este estudio.
- A mis maestros en especial a mis tutores Dr. Albino González, Dr. Erick Martín Esquivel y a mi asesor Dr. Gregorio Matus por su apoyo incondicional para la finalización de este estudio.

ÍNDICE

	PAG.
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
4. JUSTIFICACIÓN	6
5. OBJETIVOS	7
6. HIPÓTESIS	8
7. MARCO TEÓRICO	9
8. DISEÑO METODOLOGÍCO	23
9. RESULTADOS	26
10. DISCUSIÓN	30
11. CONCLUSIONES	32
12. RECOMENDACIONES	33
13. BIBLIOGRAFÍA	34
14. ANEXOS	36

INTRODUCCIÓN

La cesárea es uno de los procedimientos más utilizados desde la antigüedad, esta ha evolucionado en el transcurso del tiempo. Al inicio representaba un elevado riesgo materno que podía agravar e incluso causar la muerte materna, pero con el advenimiento de los antibióticos ha sido el hecho más decisivo para que la cesárea se imponga en la práctica quirúrgica obstétrica moderna. Así como las transfusiones, medidas de asepsia y antisepsia; el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y los métodos anestésicos, es lo que ha llevado que sea más frecuente su realización.¹⁻²

Actualmente a nivel mundial se ha producido un incremento en los índices de cesárea, este aumento va desde 4,5% en 1965 hasta prácticamente el 27-35% en el 2005. La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más importantes en la resolución de problemas obstétricos, sin embargo en ocasiones no se utiliza de forma objetiva, poniendo en riesgo a la paciente y desencadenando un aumento de los costos de los eventos obstétricos para las instituciones de salud pública.²⁻³

Con el incremento de esta cirugía, se produce también un aumento en el índice de morbilidad en las pacientes, las cuales sufren complicaciones durante el acto quirúrgico y post quirúrgico, dentro de los que podemos determinar como complicación más frecuentes: hemorragia, retención de restos placentarios, infección y dehiscencias de heridas.⁵

Se sabe que la cesárea tiene una importancia como tal y sus indicaciones precisas no están en duda, ya que da un aporte valioso a la obstetricia; lo que se cuestiona es la amplitud de las indicaciones, debido al riesgo a que es sometida la paciente durante el acto quirúrgico propiamente dicho, así como las complicaciones post quirúrgicas que aumentan el índice de morbi mortalidad materna.

ANTECEDENTES

Hace 120 años la mortalidad materna por operación cesárea era del 85% según un estudio demostrado por Pritchard y Mc Donald en 1977, Pero en la actualidad la tasa ha disminuido enormemente a cifras de 8 a 10 muertes maternas por 10,000 cesárea. Diversos estudios en Chile en el 2000 presentan cifras de mortalidad materna que oscilan entre 0.1 y el 2 % e indican que las infecciones, las hemorragias, y los accidentes anestésicos son las principales causas de muerte. Sin embargo, a pesar estas cifras, el parto vaginal sigue siendo menos riesgoso para la madre que la operación cesárea: 2,7 muerte materna por 10,000 partos vaginales⁶

Un reciente informe de Health Grades halló que las cesáreas innecesarias desde el punto de vista médico para las madres primerizas aumentaron en un 36.6 entre 2001 y 2003. Aunque los números absolutos siguen siendo bajos y representan apenas el 2.5% de los nacimientos en los EE.UU., la decisión sigue siendo controvertida. Según Collier, los riesgos encontrados para la madre fueron: hemorragia, dolor, infección y problemas de retención de placenta. Para el bebé, los riesgos pueden incluir problemas respiratorios, cortes quirúrgicos accidentales y mayor riesgo de problemas en la lactancia.⁷⁻⁸

En Gran Bretaña según un estudio descriptivo para el año 2004, los riesgos de infección de la herida encontrados varían dependiendo de las patologías asociadas y de la prescripción o no de antibióticos, con 6.2 y 7.7 % respectivamente.⁹

La frecuencia con la que se observan complicaciones asociadas a la cesárea varia dependiendo del tipo de estudio y la población o época analizados, sin embargo, la mayor parte muestra un riesgo mayor presentadas en comparación con un parto vaginal. Por ejemplo, se ha reportado que la frecuencia de infecciones en partos

vaginales es de 1.3 %, cifra que contrasta con 13 % observado entre mujeres con cesárea.¹⁰

Los principales motivos de rehospitalización de las pacientes sometidas a cesárea, la mayoría corresponde a afecciones de la herida quirúrgica. La incidencia varía entre estudios: algunos países suramericanos como Colombia reportan para el año 2001 cifras de hospitalización de 3.97% con hemorragia post parto o ruptura uterina provocadas por las dehiscencias de las heridas. Al respecto, los reportes de la literatura señalan que esta se debe a la presencia simultánea de diversos factores como la obesidad y la desnutrición que aumenta el riesgo de infección. La endometritis también ha sido asociada con la práctica de cesárea.¹¹⁻¹²

El Centro Latinoamericano de Perinatología reportó entre los años 1990 y el 2000, en un estudio la participación de 17 países de Latinoamérica, encontrándose sobre un total de 2,8 millones de nacimientos que la frecuencia de operaciones cesárea fue de 9 % en Honduras y 30 % en México y que las complicaciones en estas pacientes oscilaron dependiendo de la población en estudio variando desde 5 % hasta el 17 %.¹²⁻¹³

En Cuba en el 2000 se realizó un estudio analítico de casos y controles a las pacientes intervenidas quirúrgicamente por cesáreas en el Hospital Materno Provincial. Los resultados encontrados fueron la probabilidad de endometritis en 35% en pacientes con riesgo de tener patologías que provocan inmunodepresión.

13

Para el hospital Fernando Vélez Paíz el índice de cesárea fue de 24.4 % para el año 2004, habiéndose presentado como complicaciones quirúrgicas más frecuentes las infecciones de las heridas quirúrgicas, las infecciones del tracto urinario y las dehiscencias.¹³

En el hospital Bertha Calderón R. de Agosto a Septiembre de 1994 un estudio sobre el perfil epidemiológico y complicaciones sobre la atención del parto,

concluyeron que la mayoría de las pacientes que presentaron alguna complicación tuvieron factores de riesgo tales como: alguna patología crónica, inestabilidad con su pareja, controles prenatales incompletos, desnutrición y anemias previas. ¹³⁻¹⁴

En el hospital Bertha Calderón un análisis de 200 casos en 1987, presentó un 0.01 % de mortalidad materna y 6 % de morbilidad que incluyó: anemia 1.5 %, abscesos de pared abdominal 2.5 %, endometritis 1.5 % y perforación intestinal 0.5 %. En esta misma unidad entre 1983 – 1993 un estudio sobre factores de riesgo y causas más frecuentes de mortalidad hospitalaria en pacientes sometidas a cesárea, mostró como principales causas: Retención Placentaria, 10 % a sepsias post cesárea y solo 1 % por riesgo anestésico. ¹⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo que están asociados a complicaciones trans y post cesárea en pacientes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del HEODRA en el periodo agosto 2006 a marzo 2008?

JUSTIFICACIÓN

Considerando lo anterior podemos decir que las complicaciones de cualquier tipo que se presenten en el transquirúrgico y después de una cirugía, inciden directamente en los costos hospitalarios, así como en el tiempo requerido por el personal médico y paramédico a invertir en los pacientes complicados.

Con el presente estudio se pretende identificar lo más acertadamente posible los factores de riesgo más importantes en la aparición de complicaciones trans y post cesárea, de tal forma que nos permita incidir positivamente en las causas que originen el apareamiento de estas complicaciones, tomando las medidas necesarias en el momento adecuado, contribuyendo de esta manera en la reducción de los costos hospitalario y el tiempo invertido que se requiere para la total recuperación de estas pacientes; Todo esto en aras de disminuir las posibles complicaciones de un procedimiento muchas veces innecesario y en la consecuente disminución de la morbi – mortalidad no solo del servicio sino de la Unidad en general.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo asociados a complicaciones trans y post- cesárea, en pacientes que ingresaron al Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello. Agosto del 2006 a Marzo del 2008.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores de riesgo relevantes asociados a complicaciones trans y post- cesárea.
2. Describir las complicaciones trans y post-quirúrgicas más frecuentes asociadas a las pacientes sometidas a cesárea.

HIPÓTESIS

Las pacientes que presentan inadecuado control prenatal, diabetes, obesidad, hipertensión gestacional y desnutrición tienen dos veces más riesgo de presentar complicaciones trans y post-cesárea que las que no presentan ningún factor de riesgo.

MARCO TEÓRICO

Definición de Cesárea:

El término cesárea, denota extracción del feto de 500 gr. o más, alumbramiento de la placenta y los anexos ovulares través de una incisión en la pared abdominal y uterina mediante laparotomía, histerotomía, histerorrafia y laparorrafia. Esta definición no incluye la extracción del producto de la cavidad abdominal en el caso de ruptura del útero o en el caso de embarazo abdominal. Además no incluye la denominada cesárea vaginal, procedimiento abandonada actualmente. ¹⁻¹⁵

Historia:

El primero que utilizó el término de cesárea fue Raynaud, citado por Quilligan. Felkin en 1884, realizó la primera extracción quirúrgica del feto por vía abdominal. La cesárea extraperitoneal se inició en Alemania en 1821 y tuvo como fin primordial evitar la contaminación del peritoneo. ¹⁶

La cesárea es quizás la cirugía más antigua de las operaciones, el origen de este termino no esta esclarecido. Se ha planteado que se origino en el nacimiento de Julio Cesar, el cual habría nacido mediante este procedimiento. Parece poco probable esta explicación, ya que la madre de Julio Cesar vivió muchos años después de este parto y hasta fines del siglo XVII, la cesárea era mortal para la madre. ¹⁶

La operación cesárea como procedimiento medico no es mencionada en los escritos de Hipócrates, Galeno, Celso, Paulo o Sorano. Esta cirugía fue realizada in vivo solo en casos excepcionales y desesperados desde la segunda mitad del siglo XVI y era por general mortal con una frecuencia de hasta el 80 %. Su altísima tasa de mortalidad continuó hasta principio del siglo XX. ¹⁶

La primera publicación médica sobre la operación cesárea fue la efectuada por Francois Mauriceau en 1668. En 1882, Máx. Sanger introdujo un gran avance

técnico: la sutura de la histerotomía. En 1908 Wilhelrn LAtzko propuso la cesárea extra peritoneal como solución preventiva de la peritonitis post operatoria. En 1912, Kronig describió la incisión longitudinal del segmento inferior del útero y la sutura del peritoneo sobre este. En 1926, Kerr recomendó una importante modificación: La histerotomía segmentaría transversal, que dio origen a la técnica de la operación actual. En 75 años se había logrado las soluciones técnicas para responder a las dos grandes amenaza de la operación cesares: La hemorragia y la inyección. ¹⁶

La primera cesárea de una paciente se conoce como cesárea primaria; las subsiguientes se denominan secundaria, terciaria, etc., o simplemente como cesárea repetida. La cesárea electiva es la que se realiza antes del inicio del trabajo de parto o antes de la aparición de cualquier complicación que pudiera constituir una indicación urgente. ¹⁶

En los últimos años, la frecuencia de cesárea ha aumentado de 5 % a más de 20 % en forma continua. Algunas razones de esto son: ^{17 18}

- ❖ Existe una reducción de la paridad.
- ❖ Las mujeres de más edad están teniendo hijos.
- ❖ Uso extenso de monitoreo electrónico.
- ❖ Los temores a juicio por mala praxis.
- ❖ Factores socioeconómicos y demográficos.
- ❖ El uso cada vez menor de fórceps como medio de partos vaginales en presentaciones pélvicas.
- ❖ La creencia de que una vez que una mujer ha tenido un parto por cesárea, todos sus embarazos subsecuentes deben nacer con ese procedimiento.

Indicaciones

La cesárea esta indicada cuando se considera que el parto vaginal es riesgoso para la madre o el feto; es necesario el nacimiento y no puede inducirse el trabajo de parto, la distocia o características fetales, se acompañan de riesgos

importantes y contraindican el parto vaginal, o una urgencia obligada a proceder al nacimiento inmediato, y el parto vaginal es imposible o inadecuado. Las indicaciones pueden ser absolutas o relativas. Entre las absolutas se pueden mencionar la desproporción feto pélvico, la placenta previa oclusiva, la inminencia de rotura uterina, etc. Son casos en los cuales la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto.¹⁸

Las indicaciones relativas son aquellas en que se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también en otra opción. Son casos que por lo tanto tendrán que ser analizadas detenidamente antes de adoptar una decisión.¹⁸

A veces es necesario realizar una cesárea por una serie de causas asociadas, ninguna de las cuales justificaría la intervención si se considerará aisladamente. Cuando se dan varias indicaciones parciales puede haber mayor peligro en el parto por vía vaginal, de modo que a veces estas, al sumarse, crean una verdadera indicación en conjunto.¹¹⁻¹⁸

De acuerdo con el tiempo en que se programa puede ser urgencia absoluta, urgencia relativa o programada; en cualquier caso deberá procurarse que el estado general de la paciente sea estable. La decisión para llevar a cabo una cesárea puede depender del obstetra, el sitio del parto y los partos anteriores o antecedentes médicos de la mujer. En la práctica obstétrica en general, las indicaciones más frecuentes han variado con el tiempo. 1951¹⁹

La pérdida de una paciente derivada directamente de la operación cesárea, depende de alguno de los siguientes hechos:¹⁴⁻¹⁹

- ❖ La operación fue mal indicada
- ❖ La técnica fue defectuosa
- ❖ El sitio donde se llevo a cabo la intervención no era adecuada

La operación necesaria es bien indicada y ejecutada, pero se lleva a cabo en una paciente con elevado riesgo.^{70 1971 – 1996 – 2004.}²⁰

Algunas de las razones principales para hacer una cesárea en lugar del parto vaginal son las siguientes: ²¹

Razones relacionadas con el bebé:

- Anomalías del desarrollo del feto como hidrocefalia o espina bífida.
- Patrón de ritmo cardíaco anormal en el feto.
- Posición anómala del feto dentro del útero, como cruzado (transverso) o con las nalgas primero (posición de nalgas).
- Múltiples bebés dentro del útero (trillizos y algunos embarazos de gemelos).

Razones relacionadas con la madre:

- Enfermedad materna extrema, como enfermedad cardíaca, toxemia, pre-eclampsia o eclampsia.
- Infección activa de herpes genital.
- Infección materna de VIH.
- Cirugía uterina previa, que incluye miomectomía y cesáreas anteriores.

Problemas con el trabajo de parto o nacimiento:

- Trabajo de parto prolongado o detenido.
- Bebé de gran tamaño (Macrosomía).
- La cabeza del bebé es muy grande para pasar a través de la pelvis de la madre (desproporción céfalo pélvica).

Problemas con la placenta o el cordón umbilical:

- Prolapso del cordón umbilical (el cordón umbilical sale a través del cuello uterino).

- Placenta adherida en un sitio anómalo (placenta previa) o separada prematuramente de la pared uterina (desprendimiento de la placenta).

Riesgo y Complicaciones:

La cesárea se ha vuelto un procedimiento muy seguro. La tasa de complicaciones serias relacionadas con el parto por cesárea, como la muerte de la madre, es extremadamente baja. Sin embargo, ciertos riesgos son más altos después de una cesárea que después de un parto vaginal. Por lo tanto la toma de decisión de practicar la cesárea no debe realizarse a la ligera y a menos que la indicación este perfectamente definida, se requiere valorar los beneficios respectivos a los riesgos.²²

La mortalidad materna por cesárea varía en diferentes series de 4 por 10,000 a 8 por 10,000. Hay dos circunstancias que principalmente constituyen situaciones de riesgo para el desarrollo de complicaciones feto maternas; la primera de ellas esta relacionada con pacientes con antecedentes de mal historial obstétrico o con situaciones patológicas bien establecidas; la segunda y la más importante por su frecuencia es aquella correspondiente a pacientes que controlan su embarazo y en un momento dado, desarrollan una complicación inesperada. Estas últimas frecuentemente requieren decisiones difíciles y no es extraño que la evolución fetal o materna sea desfavorable²¹⁻²²

No todos los factores tienen un riesgo definido. Así por ejemplo, la diabetes añade a la gestación un riesgo bien establecido y por ello se requiere un tipo de asistencia ante, intra y post parto especial. Sin embargo, el mero hecho de que otros factores de riesgo asociados a complicaciones post quirúrgicas de cesárea estén presentes no significa que irremediamente habrá un mal resultado final, sino que tan sólo existe una probabilidad, superior a la normal, de que se presente una complicación.²²

Es conocida la relación entre cesárea e infecciones y el efecto favorable de la

Profilaxis antibiótica en la reducción de la respectiva prevalencia. Las infecciones de heridas operatorias son las complicaciones postoperatorias más frecuentes, existen infecciones simples precoces y tardías. Igualmente se pueden producir infecciones graves, siendo el 60 – 80 % el causante *Clostridium Perfringes*, se requiere desbridamiento quirúrgico extenso y antibiótico terapia adecuada.²²⁻²³

Las dehiscencias de heridas operatorias frecuentemente se asocian a hematomas e infecciones de las heridas, derivadas de cesáreas o episiotomías. Otras causas, concomitantes o no, son la necrosis y/o la laceración de los bordes de la herida, por sutura isquemante o bajo tensión elevada, la anemia, hipoproteinèmia, diabetes mellitus, uremia, insuficiencia hepática y la obesidad. La profilaxis consiste en la corrección de los factores causales y/o predisponentes.²³

Las complicaciones post-operatorias pueden ser producto de la enfermedad primaria, la prevención de las complicaciones comienza en el pre-operatorio con la evaluación de la enfermedad y los factores de riesgo del paciente.

Se hace lo posible por mejorar el estado de salud antes de la intervención quirúrgica, por ejemplo la suspensión del tabaquismo durante seis semanas antes de la operación, la corrección de la obesidad burda reduce la presión intrabdominal y el riesgo de complicaciones de la herida, de las respiratorias y mejora también la ventilación después de la intervención quirúrgica, la corrección de la anemia antes de la cirugía así como la estancia en el hospital antes y después de la operación debe ser lo más breve posible para reducir al mínimo el contacto con microorganismos resistentes a los antibióticos.²⁴

En el post-operatorio son importantes la movilización temprana, los cuidados respiratorios apropiados y equilibrio cuidadoso de líquidos y electrolitos. En la noche del día de la cirugía debe alentarse al paciente a sentarse, toser, respirar profundamente caminar. La posición erecta permite la expansión de los segmentos pulmonares basales, caminar incrementa la circulación en las extremidades inferiores y reduce el riesgo de trombo embolia venosa.²⁴

De ahí la importancia de poder identificar apriorísticamente este colectivo con el fin de adelantar el diagnóstico y, a su vez, la eventual terapéutica, y así minimizar los efectos negativos.

Podemos agrupar los riesgos en tres grupos mas frecuente según su relación: ²⁵

Relacionados con la anestesia:

- ❖ Reacciones a los medicamentos y materiales.
- ❖ Problemas respiratorios y cardiacos.
- ❖ Punción de la duramadre.
- ❖ Dilatación aguda del estomago

Relacionados con la cirugía:

- ❖ Sangrado.
- ❖ Fiebre de origen a determinar
- ❖ Fístulas urogenitales
- ❖ Endometritis
- ❖ Mío metritis
- ❖ Rotura de varices en el segmento
- ❖ Separación de la vejiga
- ❖ Lesiones traumáticas del intestino
- ❖ Prolongación de la incisión
- ❖ Extracción incompleta de la placenta
- ❖ Placenta acreta y/o sobre la cicatriz
- ❖ Lesión del bebé.
- ❖ Hemostasia inadecuada en la histerorrafia
- ❖ Hematomas en los ángulos de la incisión
- ❖ Sutura del labio superior a la pared posterior
- ❖ Lesiones del miometrio
- ❖ Atonía uterina

- ❖ Trastornos de la coagulación

Riesgos adicionales específicos de la cesárea son:

- ❖ Infección del tracto urinario o el útero.
- ❖ Lesión del tracto urinario.
- ❖ Tromboflebitis
- ❖ Flebotrombosis
- ❖ Embolias
- ❖ Infección de la herida
- ❖ Infecciones uterinas
- ❖ Infección de la herida
- ❖ Dehiscencia de planos superficiales
- ❖ Eventración

Relacionadas a transfusión ale y tratamiento posquirúrgico:

- ❖ Reacciones anafiláctica
- ❖ Insuficiencia renal aguda
- ❖ Transmisión de enfermedades

Relacionadas a complicaciones tardías:

- ❖ Endometriosis
- ❖ Hernia de la pared
- ❖ Dehiscencia de la cicatriz
- ❖ Sinequias
- ❖ Alteraciones de la fertilidad

Factores de riesgo de infección Precesárea transcesúrea postoperatoria:

Mal control prenatal, anemia, desnutrición, Obesidad, patologías inmunodepresivas, Laceraciones uterinas, poca movilidad, tactos repetidos,

ruptura prematura de membranas, Urgencia de realización de la cirugía y el tipo de técnica utilizadas.²⁵⁻²⁶

La presencia de dos o más elementos justifica la profilaxis con antibióticos, en el Transoperatorio y post operatorio, en esquemas combinados como cefalosporina y gentamicina. Aún en ausencia de factores de riesgo, **la literatura respecto al uso profiláctico de antibióticos en la operación cesárea es controvertida.** La mejor profilaxis es una técnica quirúrgica depurada y limpia, con la manipulación estrictamente necesaria de las diferentes estructura hísticas manejadas en la cirugía, y una cuidadosa y extrema hemostasia en cada uno de los planos. La cesárea dista de ser una operación inocua, sin riesgos maternos, ni fetales de importancia. La morbilidad entre 10 – 20 % está considerada dentro de lo habitual. El parto abdominal es ventajoso para el feto solo cuando se ve expuesto a riesgo evidente con el trabajo de parto o parto vaginal, si las circunstancias permiten el parto vaginal o la cesárea, el primero es más ventajoso que la segunda para la madre y el feto.²⁶

La causa de mayor morbilidad en nuestro medio es la infección, posiblemente se deba a:²⁶

- Se descuidan ocasionalmente las elementales normas de asepsia y antisepsia.
- Cuando se ejecutan operaciones técnicamente defectuosas, con inadecuada hemostasia, cierres incompletos, espacios muertos, apertura de vejiga o intestino, mala peritonización, etc.
- Cuando los pacientes sometidos a esta intervención están en mal estado general de defensa o con algún padecimiento que ayude predisponer a la infección como: anemia, desnutrición, agotamiento, toxemia, obesidad, y diabetes.
- Cuando la enferma ya tiene un proceso infeccioso genital evidente o la llamada infección potencial, por ruptura prematura de las membranas, tactos repetidos y exploraciones no asépticas.

- Cuando existe infección en otra parte del organismo, capaz de extenderse al aparato genital.

Para determinar la gravedad del proceso, además del grado de extensión, está el estado de resistencia del huésped y el tipo de germen; se encuentran desde Gérmenes gram positivos no patógenos, hasta los gram negativos, entero Bacterias e inclusive clostridium perfringes. Dentro de las complicaciones Infecciosas y solo como causante de ellas, se encuentra los cuerpos extraños que penetran las cavidades.²⁶

Otra de las complicaciones más importantes es la hemorragia;

La cual puede presentarse durante la operación o después y puede ser ocasionada por procesos preoperatorios, accidentes transoperatorios y complicaciones post operatorias. Entre los primeros, tenemos principalmente los sangrados abundantes y algunas veces mortales de la placenta previa, del desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta y de los tumores genitales que indican la operación, pero cuando ésta se efectúa, la paciente ya está en shock hipovolémico, o ya es portadora de un cuadro con alteraciones importantes de la coagulación y el acto quirúrgico no es más que un factor coadyuvante en el desenlace.²⁶

Los accidentes operatorios capaces de ocasionar hemorragia aguda son:²⁷

- Rotura de varices en el segmento
- Hemorragia al separar una vejiga adherida con o sin lesión de la misma.
- Corte lateral del útero, especialmente por no corregir la dextro rotación.
- Prolongación de la incisión hacia los vasos uterinos y parametrios sobre todo al extraer la cabeza fetal, más si esta impactada.
- Sangrado intenso del músculo uterino en las técnicas verticales.
- Extracción incompleta de la placenta o de las membranas.
- La placenta acreta sobre la cicatriz anterior.
- Mala hemostasia en la sutura

- Hematomas a partir de los ángulos mal suturados de la incisión, especialmente hasta los ligamentos anchos.
- Sutura del labio superior de la herida a la pared posterior del útero.
- Lesiones del miometrio, especialmente en la cara posterior y laterales del segmento tratando de suturar vasos sangrantes y hemorragia en capa.
- Atonía uterina.
- Trastornos de la coagulación sanguínea.

Estos mismos accidentes operatorios pueden hacerse ostensibles hasta el post operatorio y ser la causa del sangrado en ese período.

Hematomas de la pared abdominal:

Con exclusión de algunos casos raros de hematomas espontáneos aparecen como complicaciones de la cesárea. Cuando son supra aponeuróticos, son fácilmente drenables, con o sin anestesia local. En la laparotomía Pfannestiel, en los casos en que la hemostasia se revela particularmente difícil, en especial en las pacientes hipo coaguladas, debe prestarse especial atención a la técnica quirúrgica y considerarse la posibilidad de colocar un drenaje sub aponeurótico.²⁷

Efectos anestésicos:

A pesar de que los procedimientos anestésicos utilizados cada vez son más Seguros, y de que las drogas manejadas son cada vez menos tóxicas, las pacientes sometidas a operación cesárea presentan complicaciones, algunas mortales, derivadas de la anestesia en sí misma. Podemos resumir al respecto que las muertes sobrevienen casi siempre por alguno de los siguientes mecanismos:

1. Administración defectuosa, por métodos inadecuados o dosis mala aplicada, casi siempre excesiva y tóxica.
2. Anafilaxia, especialmente a algunos de los agentes utilizados.
3. Obstrucción de las vías respiratorias, por espasmos, secreciones o cuerpo extraño.

4. Paciente con gran riesgo anestésico, cerca del 75 % de las operaciones cesáreas son de urgencia, hay pacientes obesas, toxémicas, con sedación profunda, estomago lleno, deshidratación, padecimiento general, etc.²⁷

Riesgo quirúrgico:

En raras ocasiones se producen lesiones al recto, al sigmoides y a las asas del Intestino delgado con la aguja, por cortes o arrancamientos, sobre todo en los procesos adherenciales y que cuando pasan inadvertidas presentan complicaciones muy graves.²⁷

Compromiso de aparato respiratorio:

En el aparato respiratorio las principales complicaciones son las infecciosas, especialmente las bronco pulmonares; aunque se pueden encontrar raramente bronconeumonías de tipo químico, después de aspiraciones de contenido gástrico. Los cuadros más graves son de embolias y/o de infartos pulmonares que muchas veces pasan sin ser diagnosticados a pesar de la gravedad del cuadro. En raras ocasiones puede llegar a producir un edema agudo del pulmón.

Además del cuadro de embolismo pulmonar, una de las complicaciones vasculares post operatorias más frecuentes son la tromboflebitis y Flebotrombosis, especialmente en los miembros inferiores, más común después de la cirugía obstétrica que de otro tipo de cirugía, ya que a los factores causantes habituales, como son la inmovilización post operatoria y la anestesia, se agregan como predisponentes en la mujer puérpera, el antecedente de varicosidades desde los primeros embarazos, la presencia de edemas que comprimen los vasos, el aumento de presión abdominal, la compresión del útero gestante sobre la vena cava y como consecuencia, el aumento de la presión venosa en los miembros inferiores y la estasis resultante, además de la frecuencia de procesos infecciosos genitales y la anemia habitual, fenómenos todos que favorecen la aparición del cuadro.²⁷

Compromiso de partes blandas:

En la pared abdominal sucede la más común de las complicaciones que es la fusión del tejido celular, con desunión simple de los planos superficiales, casi siempre acompañada de la infección de la herida.

Un accidente que aunque bastante más raro es más sigue, es la eventración post operatoria en los primeros días del puerperio y que se debe a una falla en la sutura, especialmente de los planos aponeuróticos, o factores indirectos que originan la desunión de la pared, como son la formación de hematomas o abscesos, distensiones bruscas y exageradas del abdomen, y cicatrización defectuosa por mal estado general de la paciente, anemia, desnutrición, obesidad, diabetes, sepsis, etc.²⁷

Riesgos transfusionales

Un accidente que está muy relacionado con las grandes pérdidas sanguíneas es el producido por las transfusiones, especialmente por sangre incompatible, ocasionada por equivocación tanto en las pruebas de determinación del grupo Rh y pruebas cruzadas, como en la entrega o aplicación de frascos inadecuados. Estos accidentes post transfusionales especialmente de incompatibilidad a grupo o a Rh, pueden ocasionar desde pequeñas reacciones de tipo alérgico, como erupción y urticaria, hasta cuadros más graves como la insuficiencia renal aguda, por depósito de hemoglobina en los túbulos renales. Por otra parte, no hay que olvidar que la sangre obtenida aún de donadores bien controlados, puede ser portadora de enfermedades transmisibles como la sífilis y más frecuentemente la hepatitis.²⁷

Riesgos farmacológicos:

La reacción tóxica a medicamentos, sustancias y materiales utilizados se encuentran entre los problemas ocasionales derivados de las intervenciones quirúrgicas. El uso intensivo de drogas y en especial de antibióticos, muchas veces innecesarios y solo rutinario, ocasiona reacciones anafilácticas que aunque raras, dada su gravedad son importantes, ya que un 25 % de los choques por

penicilinas, son mortales y se presenta un shock por cada 1200 a 1500 pacientes tratados.²⁷

Complicaciones tardías:

Las complicaciones tardías que aparecen por lo general en el puerperio alejado o después de este se encuentran las endometriosis, sobre todo cutánea y en el espacio prevesical. La hernia de la pared, especialmente en incisiones verticales ha sido hallada hasta en un 4 %; encontrándose más frecuente diastasis de los músculos rectos, que puede deberse a la distensión abdominal en los diversos embarazos, que a una complicación de la operación en sí misma.²⁸

La eventualidad tardía más importante por su frecuencia es la dehiscencia de la Cicatriz uterina en un subsiguiente embarazo. Es más frecuente, especialmente en las pacientes con varias cicatrices, con post operatorio complicado, con incisiones verticales, cuando la placenta se implanta sobre la cicatriz y cuando el nuevo embarazo sobreviene antes de 2 años del anterior. Ocasionalmente se encuentran adherencias intracavitarias después de una operación de este tipo. Esto sucede principalmente cuando hay complicaciones infecciosas, retención de restos o que se adosen en la sutura indebidamente las dos caras de la cavidad.²⁹

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: El presente estudio es de tipo analítico de casos y controles no pareado, se llevó a cabo en el Hospital Escuela - Oscar Danilo Rosales Arguello, ubicado en la ciudad de León.

Población de estudio:

La población de estudio fue conformada por todas las pacientes a quienes se les realizó cesárea, en el servicio de Gineco - Obstetricia del 01 de Agosto del 2006 al 30 de Marzo del año 2008.

Definición de caso: toda mujer que presenta complicaciones trans y post-cesárea, en el servicio de gineco obstetricia del “HEODRA” en el periodo de estudio.

Definición de control: todas las mujeres que se les realizó operación cesárea y que no presento ninguna complicaciones trans y post-quirúrgica.

La selección de los controles se realizó de forma aleatoria sistemática, procurando obtener dos controles por cada caso. Se seleccionaron a partir de los expedientes clínicos de las pacientes que se les realizó cesárea, ingresadas al servicio de gineco obstetricia.

Criterios de inclusión:

Pacientes a quienes se les realizo cesárea ya sea de emergencia o de forma electiva.

Criterios de exclusión:

Pacientes que aún cuando se les realizó cesárea, esta no se efectuó en nuestra unidad hospitalaria, ya que muy probablemente no fue manejada de la misma forma que en nuestro centro.

Fuentes de Obtención de la Información:

- Expedientes Clínicos.
- Historia clínica simplificada
- Ficha de recolección de la información elaborada de acuerdo a los objetivos propuestos para la investigación.

Procedimientos para la recolección de la información:

Se recolectaron los datos de la paciente en una ficha con la información, elaborada previamente, donde se incluyó la información reflejada en el expediente clínico, tanto de las pacientes que se ingresaron por el servicio de emergencias como la que ingresó por la consulta externa al servicio de gineco obstetricia.

Para la obtención de los datos mencionados la ficha de recolección de datos comprende de forma desglosada las variables que se utilizaron en el estudio, tanto de forma cualitativa como cuantitativa.

La recolección de la información fue estrictamente con el objetivo de conocer los factores de riesgo mas relevantes que predisponen a la aparición de complicaciones en cesárea.

De acuerdo a los datos que se obtuvieron se plantean algunas recomendaciones en aras de disminuir el índice de complicaciones quirúrgicas, identificando oportunamente los factores que predisponentes a la misma, así como brindar una mejor calidad de atención a la usuaria.

Aspecto ético:

Se tomó como elemento de aprobación, para que la paciente se incluyera en el estudio, la hoja de aceptación de procedimientos que los pacientes y/o familiares firman al momento de ingresar al hospital, evitando de esta forma algunas implicancias médico legales. Cabe mencionar que en el presente estudio, el investigador, no influyó de ninguna manera, en la manipulación directa de la paciente, ya que estas cirugías son aquellas indicadas regularmente por los

médicos que laboran en el servicio de gineco-obstetricia; por lo que solo se trabajó con el expediente clínico de estas pacientes y para tal fin se redactó un consentimiento informado dirigido a la dirección del HEODRA solicitando su autorización para la revisión de los mismos.

Definición de Variables:

- **Variable dependiente:** Corresponden a las complicaciones trans y post operatorias de cesárea.
- **Variables independientes:** Serán todas aquellas variables que se comportan como factores de riesgo predisponentes a complicación quirúrgica de cesárea. Antecedentes personales patológicos, el peso, periodo intergenésico, Controles Prenatales, Tipo de cirugía.

Procesamiento y análisis de los datos:

Los datos fueron procesados y analizados a través del programa Epi Info Versión 6.04 mediante el cruce de las variables, se realizó para el análisis medidas de asociación a través del OR, y pruebas de significancia estadística con Chi2 valor de p: intervalo de confianza de 95% (IC95%). También el porcentaje de riesgo atribuible, para medir el impacto de dichas variables en la aparición de complicaciones quirúrgicas.

RESULTADOS

TABLA 1: ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS ENCONTRADOS EN LAS COMPLICACIONES DE PACIENTE DE CESAREA HEODRA AGOSTO 2006 MARZO 2008

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANEMIA	60	29.9 %
OBESIDAD	31	18.4 %
VIRUS PAPILOMA HUMANO	26	12.9 %
HIPERTENSION	11	5.5 %
CARDIOPATIA	06	3.0 %
DIABETES MELLITUS	06	3.0 %
HIPERTIROIDISMO	01	0.5 %
NINGUNA	52	25.9 %
TOTAL	201	100.0 %

TABLA 2: FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES DE CESAREAS EN EL HEODRA – LEON, AGOSTO 2006 – MARZO 2008.

Factor de Riesgo	Caso	Control	OR	IC 95%
Antec. personales patológicos				
Si	149	94	6.58	4.42-9.80
No	52	216		
CPN menor de 3				
Si	94	25	10.01	6.11-16.41
No	107	285		
Peso materno inadecuado				
Si	126	47	9.40	6.16-14.33

No	75	263		
Período intergenésico inadecuado				
Si	75	39	4.13	2.66-6.42
No	126	271		
Cirugía urgente				
Si	129	169	1.49	1.03-2.15
No	72	141		
Cesárea corporal				
Si	9	8	1.78	0.67-4.71
No	190	302		

Se encontraron 201 casos y 310 controles.

De los 201 casos, 149 presentaron algún antecedente patológico personal y de los 310 controles, 216 no presentaron ningún antecedente, con un OR= 6.58 (IC 95%, 4.42-9.80). (tabla 1 y 2)

Noventa y cuatro pacientes tenían menos de tres controles prenatales y de los controles 285 tuvieron más de tres controles prenatales encontrándose un OR de 10.01 (IC 95%, 6.11-16.4). (tabla 2)

En cuanto al peso materno, 126 tuvieron un peso inadecuado y de los controles 263 tenían un peso materno adecuado encontrándose un OR 9.40 con un intervalo de confianza correspondiente a un límite inferior de 6.16 y superior de 14.33.(tabla 2)

De los casos, 75 tuvieron un período intergenésico inadecuado y de los controles 271 si tuvieron un período intergenésico adecuado. Encontrándose un OR de 4.13 (IC 95%, 2.66-6.42). (tabla 2)

Se les realizó cirugía de urgencia a 129 de los casos y a 141 pacientes se le realizó cirugía electiva, encontrándose un OR=1.49 (IC 95%, 1.03-2.15). (Tabla 2)

De los 201 casos, a 9 pacientes se les realizó cesárea corporal y de los 310 controles a 302 se les realizó cesárea segmentaria presentando un OR de 1.78 y no fue estadísticamente significativa (IC 95%, 0.67-4.71). (Tabla 2)

TABLA 3: COMPLICACIONES TRANS-CEAREAS ASOCIADAS A FACTORE DE RIESGO PACIENTES HEODRA AGOSTO 2006 MARZO 2008:

COMPLICACION	NUMERO	PORCENTAJE
Hemorragia	03	11.4 %
Prolongación de herida	02	1.0 %
TOTAL	05	2.4 %

TABLA 4: COMPLICACIONES POST- CESAREAS ASOCIADAS A FACTORE DE RIESGO PACIENTES HEODRA AGOSTO 2006 MARZO 2008:

COMPLICACIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
Infección de vías urinarias	65	32.3
Sèpsis de herida	49	23.9
Dehiscencia de herida	25	12.4
Anemia	22	10.9
Endometritis	6	3.0
Restos ovulares	5	2.5
Hematoma pared uterina	3	1.5
Mortalidad	1	0.5
TOTAL	196	97.6

De los 201 casos que representan el 100 % de los mismos, 5 eran complicaciones transquirùrgicas para 2.4 % y 196 fueron complicaciones postquirùrgicas para 97.6 %, de estas ultimas hubo una mortalidad que representa el 0.5 % y la mas frecuente fue la Infección de Vías Urinarias con 65 para un 32.3%. (Tabla 2 y 3)

DISCUSIÓN

En cuanto a los antecedentes patológicos personales encontrados, la obesidad, la anemia, la hipertensión etc., coinciden con la bibliografía consultada como factor de riesgo que predisponen a la aparición de complicaciones en pacientes sometidas a cesárea.^(1, 8,9 y 10)

Las pacientes ingresadas al servicio de gineco-obstetricia y sometidas a cesárea en el periodo de estudio con menos de tres controles prenatales presentan mayor riesgo de complicaciones, resultados que concuerdan con lo reflejado en la bibliografía^(1, 10,13 y 14)

Las embarazadas en estudio y consideradas como caso con peso corporal en extremos tuvieron mayor riesgo de desencadenar una complicación trans y post quirúrgica que aquellas con peso corporal normal, coincidiendo con la bibliografía revisada^(4, 5,11 y 14)

De los resultados se encontró que las pacientes con periodos intergenésicos inadecuados representan mayor riesgo de presentar algunas complicaciones en relación a aquellas que tienen periodos intergenésicos adecuado, lo que se correlaciona con lo encontrado en la bibliografía^(6 y 13)

Las pacientes a las que se les realizo cesárea como cirugía de urgencia tienen mas probabilidad de presentar alguna complicación en relación a aquellas que se le realizo de forma electiva coincidiendo con lo reflejado por la bibliografía.^(8, 9 y 13)

A aquellas pacientes que se les realizo cesárea corporal en relación a las que se les realizo cesárea segmentaría se encontró un OR de 1.78 sin significancia estadística con un IC menor de 1, no coincidiendo con la bibliográfica visada la cual refleja que la cesárea corporal tiene mayor riesgo de presentar alguna complicación en el trascurso de la cirugía o en el post-quirúrgico.^(11, 12,13, y 14)

La infección de vías urinarias, la sepsis y la dehiscencia de la herida quirúrgica son las tres principales complicaciones encontradas en este estudio coincidiendo con lo revisado en la bibliografía. (26,27 y 28) No así el índice de mortalidad ya que los estudios revisados en Latinoamérica indican una mortalidad de 0.02 % al 0.04%, lo cual no coincide con lo que se encontró ya que según los casos estudiados hubo una mortalidad de 0.5%.^(8 y 12)

CONCLUSIONES

En los casos que se incluyeron en el periodo de estudio se encontró como factores de riesgo de cesárea: Algunos antecedentes personales patológicos como diabetes, hipertensión, infección con el virus papiloma humano y anemia. Las pacientes con menos de tres controles prenatales representaron un riesgo potencial en la aparición de estas complicaciones, en menor riesgo pero importante fueron los extremos del peso materno, el periodo ínter genésico, así como las cirugías de urgencias y cesárea corporal.

Las complicaciones asociadas a estos factores de riesgo fueron: Infección del tracto urinario, sepsis de la herida, dehiscencia de la herida, anemia, endometritis, restos ovulares, hematoma de la pared uterina, hemorragia, prolongación de la histerotomía y una muerte materna.

RECOMENDACIONES

Identificar oportunamente en los controles prenatales tanto del nivel primario como secundario aquellas pacientes que serán sometidas a cesárea y que presenten algún factor de riesgo mencionado que puedan desencadenar alguna complicación tras y post-quirúrgica, fomentando la importancia de estos, para incidir en ellas, tomando las medidas necesarias, evitando y reduciendo de esta forma la morbi-mortalidad materna de nuestro sistema de salud.

Mejorar el registro de las embarazadas del municipio de León en el servicio de gineco-obstetricia de emergencia HEODRA identificando las pacientes con los riesgos mencionados que facilite el manejo intrahospitalario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

01. Danforth, Tratado de Obstetricia y Ginecología. Sexta Edición, 1994
02. Márquez Malagón G, Guerra L, Cortés CA. Sèpsis puerperal. En: Malagón Londoño G, Hernández Esquivel L. Infecciones hospitalarias. Bogotá, D.C: Editorial Médico Panamericana; 1995:815-21
03. Greenhill J.P. Cirugía Ginecológica. Tercera edición. 1966.
04. Gould JB, Davey B, Stafford RS. Socioeconomic differences in rates of Cesarean section. N Engl J Med. 1989; 321:233-9.
05. Ciarke SC, Taffel S. Changes in cesarean delivery in the United States, 1988 and 1993. Birth 1995; 22:63-7. 07. Steward Taylor G. Obstetric Olivares-Morales AS, Santiago-Ramírez JA,
06. Cortés-Ramírez P. Frecuencia e indicaciones de la cesárea en el Hospital Central Militar. Ginecol Obstet Méx. 1996; 64:79-84.
07. Buttino I, Tozzi L, Bocciolone L, Parota N, Prazzini F. Determinantes de la frecuencia de cesárea en Italia, 1980-1983. Ann Obstet Ginecol Med Perinat 1990; 111: 245-56.
08. Cárdenas R. La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México. En: Salud Reproductiva y Sociedad. 1a. edición Stem C, Echarri CJ (Comps.) México, D.F. El Colegio de México; 2005. p. 301-327.
09. Hernández Martha, OPS; Endometritis postcesárea, 2005.
<http://www.cochrane.es/Castellano/>
10. HH, Menkes C. Coordinadores 1a. edición. La población de México al final del Siglo XX. Serie Investigación demográfica en México. Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.
11. Secretaría de Salud, 2000. Boletín de Información Estadística no. 19. México.
12. Warner Kim, CLAP; Presentación podálica: Cesárea vs. Parto vaginal, 2005.
<http://www.colomarm@clap.ops-oms.org>
13. Taja Yamile. Factores asociados a complicaciones de cesárea H. V . P. Nicaragua. 2004
14. Montenegro, Martha. Análisis de la mortalidad hospitalaria en G-O en HBCR. Nicaragua. 1997-1998.

- 15.** Olivares-Morales AS, Santiago-Ramírez JA, Cortés-Ramírez P. Frecuencia e indicaciones de la cesárea en el Hospital Central Militar. Ginecol Obstet Méx. 1996; 64:79-84.
- 16.** Pérez Sánchez Alfredo Obstetricia Tercera Edición 1999.
- 17.** Webster LA, Darling JR, McFarlane C, Ashley D, Warren CW. Prevalence and determinants of caesarean section in Jamaica. J Biosoc Sci 1992; 24:515.
- 18.** Cunningham Gary Obstetricia y Ginecología II tomo 20 va. Edición 1998.
- 19.** Botella Llusia José y Calero Núñez José, Tratado de Ginecología, Patología Obstétrica. Tomo I y II Duodécima edición. 1998
- 20.** Nairobi, Kenya. Banco mundial. La prevención de las tragedias de las muertes maternas. Febrero 1987. Washington 23. Organización mundial de la salud 1987. The status of the woman maternal health.
- 21.** Naciones Unidas. Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. El Cairo (Egipto). 1994.
- 22.** Botero V. Jaime. Obstetricia y Ginecología. Tómo I Cuarta edición. 1990.
- 23.** Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgica, Bases biológicas de la práctica Quirúrgica moderna. 13va edición 1988. Tomo I y II.
- 24.** Schwartz, Shires, Spencer. Principios de Cirugía. 5ta Edición 1991. Tomo I y II.
- 25.** Swarchtz, Duverges, Díaz, Fescina. Obstetricia. 4ta Edición. 1986.
- 26.** Thomas Ferris, Complicaciones médicas durante el embarazo. 4ta Edición. 2005
- 27.** Tinoco L. Alba. Factores de riesgo y causas más frecuente de mortalidad Hospitalaria en el HBCR. Nicaragua. 1983-1993.
- 28.** Vázquez-Calzada JL. Cesarean childbirth in Puerto Rico: the facts. Puerto Rico Health Study J 1997; 16:395-400.
- 29.** Tshibangu K. Mboloko E, Kizonde K Bolemba L, Biayi M, Engendju K. 2000.

anexos

**DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA HEODRA
UNAN LEON**

Ficha de Recolección de la Información

Datos generales:

Numero de ficha: _____

Peso: Bajo Peso___ Normal___ Sobrepeso___ Obesa___

Antecedentes Gineco Obstétricos:

No Controles Prenatales:___

Período Ínter genésico: Normal:___ Corto:___ Prolongado:___

Antecedentes Patológicos personales:_____

Tipo de cirugía:

Urgente___

Electiva___

Tipo de cesárea:

Segmentaría:___

Corporal:___

Complicación:

HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO ROSALES ARGUELLO
DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA
UNAN – LEON
SOLICITUD DE AUTORIZACION

Dr. Rutilio Rivera
Director General
HEODRA:

Estimado doctor Rivera; Con el debido respeto, me dirijo a usted y hago de su conocimiento, que como residente del departamento de gineco-obstetricia en esta unidad hospitalaria, pretendo llevar a cabo mi trabajo monográfico con el tema el siguiente:

Factores de riesgo asociados a complicaciones trans y post-Cesárea, en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el periodo Mayo 2006 a Diciembre 2008.

Cabe mencionar que con los resultados de este estudio, se pretende dar pautas para incidir positivamente en la morbi y mortalidad materna, así como en los costos que estos problemas de salud originan a esta unidad de salud.

Solicito su apoyo, en el sentido de que se me autorice la revisión de los expedientes de las pacientes que serán incluidas en este estudio.

Recalco mi respeto, y agradezco de antemano su comprensión y apoyo.

Atentamente,

Dr. Osmar Daniel Ortiz Mayorga
Residente I Nivel
Departamento de Gineco-obstetricia