



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON COMPLICACIONES EN
EL PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO. CUENCA 2013**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTORAS: GRACE KATHERINE LÓPEZ MONTERO
LOURDES ISABEL NAULA ESPINOZA**

DIRECTOR: DR. JAIME MANUEL ÑAUTA BACULIMA

ASESOR: DR. JAIME MANUEL ÑAUTA BACULIMA

**CUENCA – ECUADOR
2015**

RESUMEN

ANTECEDENTES: La Hemorragia Postparto es uno de los problemas obstétricos más frecuentes y se sitúa entre las tres primeras causas de mortalidad materna, las cuales condicionan mayor estancia intrahospitalaria, por ello debemos conocerlas para enfocarnos en prevención, mejorando la calidad de vida de las pacientes y reduciendo la tasa de mortalidad materna.

OBJETIVO: Determinar las características de las pacientes con complicaciones del puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del HVCM Cuenca 2013.

MÉTODO Y MATERIALES: Se realizó un estudio descriptivo, con la recolección de datos de las historias clínicas en el área de ginecología y obstetricia mediante un formulario con datos concernientes a: Datos demográficos, antecedentes ginecoobstetricos. La información fué ingresada al Epi Info para la tabulación. Los resultados se presentaran en tablas simples.

RESULTADOS: Las Complicaciones en el Puerperio Inmediato en pacientes Atendidas en el HVCM 2013 son: 58,1% hipotonía uterina, anemia 23,6%, atonía uterina el 8,2%, alumbramiento un incompleto el 3,3%, mortalidad materna 0,5%. El 46,6% de pacientes se encontraron entre los 15 a 23 años de edad, 36,7%.

CONCLUSIÓN: En nuestro estudio que, la hemorragia posparto fue la más frecuente y la edad de mayor frecuencia estuvo entre los 15 a 23 años por ello se deben implementar acciones y estrategias que disminuyan la frecuencia de la morbilidad y mortalidad en esta etapa, por lo que es importante educar a las y los adolescentes sobre el embarazo, desde luego el personal de salud debe estar preparado para identificar los factores de riesgo, procedimientos diagnósticos y el tratamiento.

PALABRAS CLAVES: PUERPERIO INMEDIATO, FACTORES ASOCIADOS, PARTO, COMPLICACIONES, ANTECEDENTES GINECOOBTETRICOS, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.

ABSTRACT

Postpartum hemorrhage is one of the most common obstetric problems and ranks among the top three causes of maternal mortality, which determine greater hospital stay, so we must know them to focus on prevention, improving the quality of life of patients and reducing maternal mortality.

To determine the characteristics of patients with immediate postpartum complications treated at the department of gynecology and obstetrics HVCM Cuenca 2013.

METHOD AND MATERIALS: A descriptive study, with data collection from medical records in the field of gynecology and obstetrics by a form with data concerning: demographics, reproductive background. The information was entered into the Epi Info for tabulation. The results are presented in simple tables.

RESULTS: Immediate postpartum complications in patients treated at the HVCM 2013 are: 58.1% uterine hypotonia, anemia 23.6%, 8.2% uterine inertia, delivery incomplete 3.3%, maternal mortality 0 , 5%. 46.6% of patients were among those 15-23 years old, 36.7%.

CONCLUSION: In our study, postpartum hemorrhage was the most frequent and age of greater frequency was between 15 to 23 years therefore must implement actions and strategies to reduce the incidence of morbidity and mortality at this stage, so it is important to educate the adolescents on the pregnancy course health personnel should be prepared to identify risk factors, diagnostic procedures and treatment.

KEYWORDS: IMMEDIATE POSTPARTUM PERIOD, ASSOCIATED FACTORS, CHILDBIRTH COMPLICATIONS, GINECOOBTETRICOS HISTORY, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.



ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	2
DEDICATORIA.....	11
AGRADECIMIENTO.....	13
CAPITULO I	14
1.1 INTRODUCCIÓN	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	19
CAPITULO II	21
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	21
2.1 PUERPERIO	21
2.2 ETAPAS DE PUERPERIO	21
2.3 FISIOLOGÍA Y CLÍNICA	21
2.3.1 PUERPERIO INMEDIATO	21
2.3.2 TEMBLORES POSPARTO	22
2.3.3 ÚTERO.....	22
2.3.4 CUELLO Y VAGINA.....	23
2.3.5 VÍAS URINARIAS.....	24
2.3.6 MAMAS	24
2.4 CARACTERÍSTICAS PRENATALES.....	25
2.4.1 EL CONTROL PRENATAL.....	25
2.4.2 Paridad	28
2.4.3 Hipertensión arterial	28
2.5 PUERPERIO INMEDIATO PATOLÓGICO.....	30
2.5.1 HEMORRAGIA POSPARTO	30
2.5.1.1 ETIOPATOGENIA	32
2.5.1.2 Atonía uterina.....	33
2.5.1.3 Traumas	34
2.5.1.3 Retención de tejido placentario y/o coágulos:	36
2.6 DIAGNÓSTICO	36
2.7 MANEJO INICIAL.....	37

2.8	ANEMIA EN EL POSTPARTO	39
CAPITULO III		41
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....		41
3.1	OBJETIVO GENERAL.	41
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	41
CAPITULO IV		42
DISEÑO METODOLÓGICO		42
4.1	TIPO DE ESTUDIO.....	42
4.2	ÁREA DE ESTUDIO.	42
4.3	UNIVERSO	42
4.4	Criterios de Inclusión.....	42
4.5	VARIABLES.	43
4.6	MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	45
4.7	PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS	45
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	46
CAPITULO V		47
RESULTADOS		47
5.1	CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HVCM CUENCA 2013.	47
5.2	CARACTERÍSTICAS ACTUALES DEL PARTO	48
5.3	ANTECEDENTES PERSONALES GINECOLÓGICOS	50
5.4	COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO.....	51
5.5	RELACIÓN ENTRE EL TIPO PARTO Y LAS COMPLICACIONES .	52
5.6	RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO.....	53
CAPITULO VI		57
6.1	DISCUSIÓN	57
CAPITULO VII		64
7.1	CONCLUSIONES	64
7.2	RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.		67



ANEXOS.....	73
Anexo 1. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	73
Anexo 2. FORMULARIO.....	76



Universidad de Cuenca
Cláusula de derechos de autor

Grace Katherine López Montero, autora de la tesis titulada "CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 13 de Julio de 2015

Grace Katherine López Montero
C.I. 0106698194



Lourdes Isabel Naula Espinoza, autora de la tesis titulada "CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2013", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 13 de Julio de 2015

Lourdes Isabel Naula Espinoza

C.I. 0106525181



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Grace Katherine López Montero, autora de la tesis titulada "CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 13 de Julio de 2015

Grace Katherine López Montero

C.I. 0106698194



Universidad de Cuenca
Cláusula de propiedad intelectual

Lourdes Isabel Naula Espinoza, autora de la tesis titulada "CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2013", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 13 de Julio de 2015

Lourdes Isabel Naula Espinoza

C.I. 0106525181

DEDICATORIA

A Dios, quien medio la vida y me ha acompañado durante mis estudios, dándome inteligencia y salud. A mis padres y hermanas, quienes me han brindado su apoyo todo el tiempo, a todas aquellas personas que de una u otra forma aportaron para que este sueño sea posible.

Katherine López Montero

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado: A Dios por mostrarme día a día que con humildad, paciencia y sabiduría toda es posible. A mis padres y hermanos quienes con su amor, apoyo y comprensión incondicional estuvieron siempre a lo largo de este proyecto; a ellos que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles y que han sido incentivo en mi vida.

Lourdes I. Naula E.

“Cuando tienes un sueño tienes que agarrarlo y nunca dejarlo ir”

Carol Burnett

AGRADECIMIENTO

Nuestra gratitud al director y asesor de tesis Dr. Jaime Ñauta por su apoyo constante, correcciones, motivación, esfuerzo, dedicación, y tiempo brindado durante la realización de este proyecto.

A nuestra tutora la Dra. Lorena Mosquera que sin su orientación, experiencia, paciencia, disponibilidad este trabajo no sería posible, sus enseñanzas fueron la base de este proyecto.

Manifestamos nuestros más sinceros agradecimientos a cada una de las personas que nos brindaron su apoyo para la recolección de la información necesaria para la ejecución de esta investigación, al decano, a la comisión de Bioética, profesora, y en particular a los que colaboraron en este proyecto.

Nuestra reconocimiento a los maestros, doctores, que cada día nos inculcaron sus conocimientos poniendo su grano de arena, su tiempo, y dedicación, para nuestra formación como profesionales y personas.

Finalmente agradecer a nuestros padres, hermanas/os y amigos por la paciencia, tolerancia y apoyo para lograr que esto sea posible.

LAS AUTORAS

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Puerperio es un periodo denominado después de la expulsión del feto, esta etapa se divide en tres fases las cuales serán divididas por horas, El puerperio inmediato Esta fase desde el momento de inicio de esta etapa más o menos 2 horas después del parto o inmediato al alumbramiento hasta las 24 horas posteriores al parto (1)

Las complicaciones más frecuentes durante esta fase son las hemorragias por atonía uterina, retención de tejidos, desgarros, rotura e inversión uterina y anemia que es un proceso fisiológico del puerperio pero se puede complicar con problemas cardiovasculares poniendo en peligro la vida la madre.

La OMS llego a la conclusión que las complicaciones puerperales inmediatas son las principales causas de morbilidad y mortalidad materna más fácilmente prevenibles y tratables, proporcionado a la madre una atención de calidad durante el parto y luego del mismo, además de un fácil acceso a todos los niveles del servicios de salud.

En el estudio retrospectivo de tipo descriptivo en la ciudad de Cuba en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras durante 2 años en 44 pacientes donde se encontró que la complicación más frecuente fue el shock hemorrágico por atonía uterina 34,0%, alteraciones placentarias entre ellas Placenta Previa, Placenta Acreta, Desprendimiento de placenta 6.8% y anemia 47,7%.

En el estudio descriptivo en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Matanzas durante 3 años El universo estuvo comprendido por la totalidad de las pacientes a quienes se les realizó su parto o cesárea en el Hospital Docente Ginecobstétrico 427 mujeres. Las complicaciones más frecuentes

fueron: hemorragia posparto 37.6 % atonía uterina 27.5 %hipotonía uterina 25%, anemia 18% (2)

En el estudio descriptivo, transversal de las complicaciones del puerperio Hospital Aleman de Buenos Aires- Argentina 2011 las complicaciones más frecuentes desgarros vaginales 57%, hipotonía uterina en un 29% anemia 15% (3)

En el Ecuador entre las causas directas de muerte materna están las complicaciones durante el puerperio inmediato. Los datos oficiales del 2009 reflejan que el 30.3% corresponden a complicaciones en el puerperio de los cuales el 34.5% se dan dentro del puerperio inmediato, el 29.4 al puerperio mediato, el 5 % al puerperio tardío y el 33.1% a causas desconocidas. La edad promedio de estas complicaciones está entre los 30 a 45 años (38%). (4)

La pérdida de mujeres a causas de complicaciones en el parto y el impacto generado a nivel social, económico ha llevado a que se tomen medidas para reducir la alta de tasa de mortalidad materna.

El objetivo 5 del milenio para el 2015 es la disminución de la muerte materna y en concordancia con el plan nacional del buen vivir la meta 3.1 es disminuir un 29 % la muerte materna y en aplicación de las guías de prácticas clínicas de la atención de la hemorragia post parto como la principal causa de muerte materna. En esta investigación fueron estudiadas las complicaciones del puerperio inmediato de las parturientas del Hospital Vicente Corral Moscoso el mismo que es un Hospital de segundo nivel y de referencia de la Zona 6 de Salud que contempla a las provincias Azuay, Cañar y Morona Santiago.

La calidad y eficiencia en la atención, así como en el puerperio son importantes para prevenir la muerte de las madres durante el parto; conlleva a la necesidad de medirlas, pero es un desafío ya que no solo depende de la atención si no de factores asociados a las pacientes que pudieran desencadenar dichas complicaciones.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Cada día mueren en el mundo 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. En comparación con las mujeres de más edad, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvar la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. (5)

A nivel internacional se han establecido distintos modelos de control prenatal con el objetivo de disminuir la mortalidad materna y fetal, pero las causas de mortalidad materna siguen sin modificarse desde hace 30 años, hemorragias, infecciones eclampsia etc. Además podemos ver que estas causas podrían ser evitadas si la accesibilidad a los servicios de salud fueran efectivos.

El embarazo y el parto no son enfermedades, pero tienen riesgo de complicación, especialmente durante el proceso de parto. La mayoría de las muertes maternas ocurre durante el tercer trimestre y la primera semana del parto; muchas de ellas provocadas por situaciones de urgencias maternas las que son sumamente difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales en forma permanente. Se hace necesario por tanto, la adopción de medidas necesarias para lograr un nacimiento seguro y se pueda disminuir significativamente el riesgo de complicaciones y muerte de la madre y el recién nacido. (6)

En muchos países en vías de desarrollo, las complicaciones del embarazo y el parto son principales causas de muerte entre mujeres en edad reproductiva. Más de una mujer muere en el mundo cada minuto y la OMS en su informe sobre la mortalidad materna publicado en el año 2004, estimó que en el 2000 murieron 529.000 mujeres por complicaciones del embarazo,

el parto o el puerperio. Menos del 1% de esas muertes ocurren en países desarrollados, lo que sugiere que estas muertes pueden ser evitadas si se dispone de recursos y servicios de salud adecuados. (6)

Según el sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna del MSP Entre 2011 y 2014, el índice de mortalidad materna cayó de 70% a 46,6%. La meta de las autoridades es que la cifra se reduzca a 21,15% hasta 2015. Entre las causas están LA Hemorragia postparto 41 17% Hipertensión gestacional con proteinuria significativa 30 12% Y Sepsis puerperal 20 %(7) Por ello el MSP implementó en el 2001 el Sistema Integral de Vigilancia Epidemiológica -Alerta que se encarga de la vigilancia de la mortalidad materna y vigila a la mujer en su edad fértil, embarazo, parto, pos parto, como sabemos la mortalidad materna es un indicador de desarrollo de un país por lo cual las políticas de salud desde el 2001 mediante este sistema esperan notificar cada uno de los casos con el objetivo de evitar en el resto de mujeres. (7)

Tanto los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir (2013 - 2017) tienen entre sus metas "Reducir en un 29% la muerte materna y neonatal." (8)

El Plan Nacional de Reducción Acelerada de Muerte Materna y Neonatal del Ministerio de Salud Pública es el camino para alcanzar estas metas. La construcción de redes locales Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales es una de sus estrategias principales y por eso es prioridad llevarla a cabo de la mejor manera y con la participación de proveedores institucionales, parteras tradicionales, Organizaciones No Gubernamentales y Organizaciones Sociales. (8)

El cuidado del puerperio inmediato es una práctica necesaria y trascendental lo recomendado por el MSP de Ecuador abarca lo siguiente: vigilar la involución uterina, detectar tempranamente y tratar las complicaciones que puedan aparecer en este período (hemorragia, shock, preeclampsia) y

propiciar un adecuado control de la salud de la mujer y del recién nacido, realizando un mínimo de tres controles en las primeras dos horas después del parto. (9)

En el Ecuador, los esfuerzos que se realizan se encaminan a mejorar desde toda perspectiva, las estrategias nacionales de salud en respuesta al marco constitucional 2008, a los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, adicionalmente se integran las acciones realizadas y contempladas en la Política Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y de conformidad a los acuerdos internacionales, de manera que sean una realidad en la vida cotidiana de las mujeres y hombres del Ecuador. (10)

En atención a los aspectos planteados, se pretende realizar este trabajo de investigación donde se estudiará complicaciones en el puerperio inmediato y factores asociados en pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Abril-Junio 2014, dado que este es el centro de mayor complejidad de la región, además de representar el principal centro donde acude el mayor porcentaje de parturientas.

1.3 JUSTIFICACIÓN.

La importancia de realizar esta investigación radica que durante las primeras dos horas la madre está expuesta a un mayor riesgo de hemorragias posparto causadas por múltiples etiologías en donde la más común es la atonía uterina, retención placentaria y desgarros vinculados con la alta tasa de mortalidad materna en nuestro país.

La alta tasa de mortalidad materna en nuestro país está relacionada con las complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones causantes del 46% de las muertes maternas son las hemorragias posparto ahí radica la importancia del presente estudio. (11)

El presente trabajo nos va a permitir identificar la prevalencia de las complicaciones del puerperio inmediato a fin de que los profesionales puedan tomar medidas necesarias para la prevención, diagnóstico precoz e intervención temprana de dichas complicaciones mencionadas anteriormente, además contribuye a lograr una mejor control durante las primeras 24 horas que son de suma importancia para disminuir el número de madres fallecidas por complicaciones durante el puerperio inmediato.

José Matute y Nelly Chávez realizaron un estudio observacional transversal o de prevalencia en el hospital Vicente Corral Moscoso en Mayo a Julio del 2012 en 276 puérperas adolescentes donde se encontró que la prevalencia de hemorragia Postparto fue 6,9% y se presentó en el grupo de edad entre 17-19 años con el 64,3%. (12)

Al no tener una información documentada de las complicaciones del puerperio inmediato en el Hospital Vicente Corral Moscoso de mujeres que ingresan al servicio de Ginecología- Obstetricia consideramos que es

importante realizar dicho trabajo ya que si revisamos las estadísticas de mortalidad materna en adolescentes registrada en el año 2011 es de 18% por lo que es de suma importancia conocer las complicaciones más comunes durante el puerperio a fin de ayudar a disminuir la alta tasa de mortalidad.

Los resultados obtenidos ayudaran y beneficiara a las mujeres atendidas en este servicio de salud como al personal médico para que se brinde una atención medica de calidad enfocada a la prevención y el tratamiento de dichas complicaciones.

CAPITULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 PUERPERIO

Se define como el periodo que va desde la finalización del parto (del niño y la placenta) hasta que el organismo materno regresa a su estado basal (previo al embarazo). Tradicionalmente se considera que este periodo dura de 6 – 8 semanas. Pero no todos los sistemas de la mujer se recuperan en este tiempo, algunos estudios consideran que la mujer tardara un año en volver a su estado previo al embarazo. (13)

2.2 ETAPAS DE PUERPERIO

Puerperio inmediato: las primeras 24 horas

Puerperio mediano: desde las primeras 24 horas hasta que la paciente es dada de alta (2 – 4 días).

Puerperio tardío: hasta que aparece la primera menstruación. (14)

2.3 FISIOLOGÍA Y CLÍNICA

2.3.1 PUERPERIO INMEDIATO

En este periodo el esfuerzo orgánico, está destinado a lograr la Hemostasia Uterina. En el alumbramiento, se produce el desprendimiento y expulsión de la placenta y membranas ovulares, éste se produce a nivel del límite entre decidua compacta y esponjosa; y queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes; la capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores.

Para una eficaz hemostasia se ponen en juego dos mecanismos

La retractilidad: fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina.

La contractilidad: fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporario de la fibra muscular uterina (14)

2.3.2 TEMBLORES POSPARTO

Este fenómeno se observa en un 25-50% de las mujeres, después de un parto normal (comienza entre 1 – 30 minutos y cesa entre 2 – 60 minutos posparto). El mecanismo es desconocido, probablemente hay varios factores implicados: hemorragia materna, microembolismo amniótico, termorregulación materna brusca a la separación de la placenta. No es necesario tratamiento, cede con medidas de calentamiento. (14)

2.3.3 ÚTERO

Tras la salida del feto y la placenta, el útero disminuye rápidamente de tamaño. Si la contractibilidad uterina es normal, el útero puede notarse inmediatamente después de parto como una masa globular dura que sobresale de la pelvis y se extiende aproximadamente hasta el punto intermedio entre la sínfisis del pubis y el ombligo. La pared uterina, que al final del embarazo, antes del comienzo del trabajo del parto, tenía un grosor de unos 5mm, mide aproximadamente 5 cm y se encuentra fuertemente contraída para controlar la hemorragia derivada de los muchos vasos que se han abierto al separarse la placenta de su lecho uterino. Si todo va bien, estos vasos sanguíneos se trombo sarán y de esta forma se reducirá al mínimo la pérdida de sangre. Pero en la primera hora más o menos después de parto las contracciones uterinas son las se encargan de la hemostasia.

El útero disminuye rápidamente de tamaño en los siguientes días, semanas y al cabo de una semana o 10 días no puede palpase por vía abdominal. A las 6 semanas este proceso de involución suele ser completo y el útero ha recuperado su tamaño pregestacional. La involución uterina tiene lugar aparentemente como el resultado del encogimiento de cada una las células

musculares con pérdida de proteína, principalmente actomiosina y no por disminución del número de células. Se desconocen los mecanismos celulares exactos que acompañan este catabolismo sorprendentemente rápido.

La placenta se separa del deciduo, y el tejido que permanece en el útero; funciona como dos capas la que recubre la cavidad uterina se necrosa y a su debido tiempo se elimina con los loquios. La capa residual adyacente al miometrio contiene las porciones de las glándulas endometriales proliferan rápidamente para reepitelizar la superficie uterina interna. El sitio placentario se caracteriza por la presencia de muchas venas trombosadas sin epitelio. Este se regenera tanto por crecimiento del epitelio que rodea el sitio mientras esta va desprendiéndose como por proliferación de las glándulas endometriales situadas por debajo del propio sitio placentario. Aunque el sitio placentario no se encuentra totalmente reepitelizado durante las primeras 6 semanas más o menos, el resto de la cavidad endometrial al cabo de dos o tres semanas. (14)

2.3.4 CUELLO Y VAGINA

El cuello sufre una involución igualmente rápida, pasando de ser la estructura blanda, friable y poca consistencia que se observa inmediatamente después del parto a constituir de nuevo un órgano constreñido hasta tal punto que al cabo de una semana, solo puede introducirse un dedo a su través. A las 6 semanas el cuello no suele haber cicatrizado totalmente sino que sigue ingurgitado con zonas de pseudotorsión (crecimiento hacia abajo del epitelio endocervical en la superficie ectocervical). Algunas semanas después, el cuello involuciona al máximo, aunque puede sufrir una infección crónica que exige tratamiento. Rara vez vuelve a adquirir espontáneamente su aspecto normal pregestacional y lo habitual es q su orificio adquiere una forma “boca de pez” como consecuencia de las laceraciones sufridas. La vagina se encoge rápidamente aunque, al igual que el cuello, no involuciona totalmente hasta su tamaño pregestacional. Los repliegues normales que desaparecen con el

parto comienzan a reaparecer aproximadamente a las tres semanas. Los músculos pélvicos que rodean la vagina van recuperando gradualmente gran parte de su tono inicial, aunque la vagina de la mujer que ha tenido un hijo rara vez es tan muscular como el órgano de la nulípara. (15)

2.3.5 VÍAS URINARIAS

Probablemente como resultado de la maceración que sufre durante el paso del feto a través del canal del parto, la vejiga postparto tiene muy poco tono muscular y puede sobre distenderse sin producir los síntomas habituales sugestivos de plenitud vesical. Este hecho tiene importantes implicaciones en el cuidado puerperal de la vejiga. Un segundo factor que influye en la fisiología vesical es la diuresis, que se produce el primer día tras el parto y que persiste durante varios días al ir excretando el organismo el agua acumulada en forma de líquido intersticial y de volumen intravascular durante la gestación. La orina puede contener grandes cantidades de lactosa, probablemente originadas en las mamas. Tras un trabajo del parto difícil y prolongado, puede aparecer también acetonuria, quizá como resultado de la escasa ingesta de alimentos. (15)

2.3.6 MAMAS

El control hormonal del desarrollo mamario y la lactación es complejo. Decir que los estrógenos estimulan el desarrollo ductal o que la progesterona estimula el alveolar, es una simplificación excesiva ya que la adicción de prolactina o somatomamotropina potencia dichos efectos. El flujo de leche, que no comienza hasta el periodo posparto, puede iniciarse por una caída en el nivel de estrógenos séricos que acompañan la expulsión de la placenta. Esta caída puede permitir que aumente la secreción de prolactina en la hipófisis anterior lo que a su vez, estimula la secreción de la leche a partir de las células epiteliales de los acinos. La secreción distiende los túbulos distales en los conductos, pero la leche secretada depende de la liberación de oxitocina de la glándula pituitaria posterior (fenómeno de la “subida de la leche”).

Este efecto es inducido por la contracción medida por la oxitocina de las células mioepiteliales que rodean los alveolos. Es fácil comprender que muchos factores pueden interferir en diversos puntos en este complejo mecanismo hormonal dirigido a inducir la lactancia. Durante el segundo o el tercer día del posparto las mamas van aumentando de tamaño y llenándose mucho. (15)

2.4 CARACTERÍSTICAS PRENATALES.

2.4.1 EL CONTROL PRENATAL

Es un conjunto de acciones médicas que se concretan en visitas programadas con el equipo de salud a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto fisiológico, por lo cual debe ser precoz, completo, periódico y de amplia cobertura, por lo que constituye el eslabón preventivo, piedra angular para atacar la creciente y elevada tasa de morbilidad materna.

De acuerdo a estudios realizados Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda 60 pacientes con embarazo a término, dentro de la modalidad de una investigación de campo de carácter descriptivo, con un muestreo probabilístico, las edades de las pacientes estuvieron comprendidas entre 14 y 19 años en 45%, según el grado de instrucción el 46.6% presento educación básica y un 75% con controles a nivel público, con un número de controles de 1 a 5 consultas, atendidas por médico general. El 45% con inicio tardío del control prenatal. En cuanto a la relación de las complicaciones maternas se llegó a la conclusión que la mayoría realizó un control prenatal inadecuado. Por lo tanto su asociación fue significativa, lo que permite sugerir que reforzando el control prenatal se mejore la calidad de atención y garantizar el bienestar materno fetal. (16)

Las mujeres menores de 18 y mayores de 35 años presentan mayor riesgo de presentar complicaciones durante el puerperio sumado a esto la condición socioeconómica, la instrucción, la unión inestable.

La maternidad adolescente es cuatro veces mayor en adolescentes sin educación (37%) que con educación secundaria. Lo alarmante es que en el departamento de Loreto los indicadores muestran que el 26% de las adolescentes ya son madres de familia. En la sierra el porcentaje es de 15% y en la costa de 8,5%. Es evidente que las inequidades sociales existen: ser pobre y haber nacido en la selva determina un modo de vida que en la mayoría de los casos perpetúa las diferencias acentuando los conflictos sociales. (17)

Un estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el 2012 la Hemorragia Postparto en puérperas adolescentes se presentó en el 47,3% tuvieron unión libre, mientras que los estados civiles casada y soltera obtuvieron un 26.3% respectivamente. En las puérperas adolescentes que no presentaron Hemorragia Postparto los tipos de estado civil presentaron porcentajes similares. (18)

La presencia de uno o más factores determinan:

Embarazo de Bajo riesgo:

Son aquellas que evaluadas integralmente, presentan los criterios de condiciones óptimas para el bienestar de la madre y el feto, no se evidencia en ellas factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes de patología ginecoobstetricia perinatal.

Embarazo de Alto Riesgo Tipo I:

Se encuentra en buenas condiciones de salud, pero presentar uno o más factores de riesgo de tipo epidemiológicos o sociales.

- Analfabetismo

Según un estudio realizado en el Perú se encontró un 53% de complicaciones en el puerperio inmediato se presentó en mujeres analfabetas seguidas de las que solo terminan la escuela con un 36%, es conveniente resaltar que la participación del género femenino en el Ecuador, para 1980, presentaba porcentajes elevados para los hombres (65,49%) respecto a las mujeres (34,5%). Para el año 2002 se presentan porcentajes más nivelados respecto a la matrícula en universidades del sexo masculino (55,38%) respecto al femenino (44,62%), lo cual representa un considerable aumento de la participación de la mujer en el ámbito universitario durante 22 años. Sin embargo, existe una población económicamente activa analfabeta que sólo se dedica al cultivo agrícola en las zonas rurales y en el área urbana al comercio ambulatorio, servicio doméstico y artesanía, donde la mujer es quien presenta mayor índice de participación, sin dejar de considerar sectores relativamente grandes de población analfabeta. El analfabetismo es por tanto un problema permanente encarado fundamentalmente por el Gobierno, que subsiste pese a los grandes esfuerzos realizados por tratar de darle solución. (19)

- Unión libre
- Control prenatal tardío
- Edad materna menor de 18 años y mayor de 35 años.
- Accesibilidad Geográfica dificultosa por parte de la población a los equipamientos comunitarios de salud
- Falta de Accesibilidad a los servicios de salud
- Mujeres que se encuentran en el quintil IV y V de pobreza

Embarazo de Alto Riesgo Tipo II:

Se encuentra en buenas condiciones de salud, pero presentan uno o más antecedentes de patologías ginecoobstetricia, perinatal o general con o sin morbilidad materna o perinatal.

- Edad gestacional

- Paridad
- Tipos de partos de anteriores.
- Hemorragias obstétricas

Embarazo de Alto riesgo tipo III:

La gestación ocurre en mujeres con enfermedades de base, tales como diabetes, placenta previa, preeclampsia o eclampsia, VIH, etc.

- Muertes perinatales.
- Diabetes
- Hipertensión Arterial
- Abortos (20)

2.4.2 Paridad

De 43 mujeres que participaron en un estudio en Puyo en el 2010 el 63% fueron multíparas. Estudios relacionados con el tema en el Hospital General provincial de Riobamba durante el primer semestre del 2009 demostró que el 55,90% fueron pacientes multíparas.

Lo cual coincide con el estudio realizado en el Hospital Rosales Arguello Nicaragua 2005-2007 en donde el mayor porcentaje de mujeres que presento hemorragia posparto fue el de las multíparas 71.6%.

Según la literatura también indica que las pacientes multíparas y sobre todo grandes multíparas tiene un riesgo mayor de presentar episodios de hemorragia posparto en comparación con las pacientes de paridad menos, pues las fibras musculares se han estirado hasta un punto en el que no son capaces de retraerse con la rapidez y de contraerse con la firmeza suficiente para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto. (21)

2.4.3 Hipertensión arterial

La hipertensión junto a las hemorragias y las infecciones, es considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad durante el puerperio, el parto soluciona únicamente la crisis temporal que produce el

embarazo pues al menos el 29% de los casos de eclampsia ocurren en el posparto la mayoría dentro de las primeras 48 horas, el 12% después de estas y solo un 2% después de los 7 días; según reportes suecos el 96% ocurre en las primeras 20 horas posparto y la incidencia de preclamsia en el puerperio tardío llega al 6%, incluso sin evidencia de este trastorno antes del parto, se observó que el 73% de mujeres presentaban complicaciones en el puerperio inmediato en u 82% hemorragia posparto por atonía uterina.(22)

Se reconoce que la mortalidad por Hipertensión inducida por el embarazo (HIE) en Estados Unidos y Europa es de 10 por 100 000 nacidos vivos. En Latinoamérica y África, esta es de 220 y 430 por cada 100 000 nacidos vivos, respectivamente.

Un estudio comparativo de la mortalidad materna durante el año 2000 en Chile, Cuba y Estados Unidos, destaca a la hipertensión arterial (HTA) dentro de las tres primeras causas de muerte en estos países.

Según la Organización Mundial de la Salud (2004), en todo el mundo, cada año más de 4 000 000 mujeres desarrollaran preclampsia (PE), cerca de 100 000 mujeres eclámpticas y más del 90 % de esos casos ocurrirán en países en desarrollo.

En el año 2010, en Ecuador, fue catalogada como la primera causa de muerte materna (INEC 2010).

En relación a la HTA crónica, se calcula que su prevalencia global en las mujeres es de 26,3 % y en el transcurso de este milenio la prevalencia en mujeres que se embarazan, será aproximadamente del 3 %.

El riesgo de desarrollar PE sobreañadida en la HTA crónica, se estima es de un 17 % a un 25 %.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son considerados un factor de riesgo importante para el desarrollo posterior de enfermedades

cardiovasculares y de mortalidad asociada. Se estima que la mujer que desarrolla hipertensión durante la gestación tiene mayor riesgo de padecer HTA pasado los 40 años, en relación con la no hipertensa.

Los cambios fisiológicos del embarazo, entre los que se encuentran: gasto cardíaco aumentado, tendencia a la hipercoagulabilidad, aumento de marcadores de inflamación, sumado a una insulinoresistencia y dislipidemia posterior a la semana 20 hacen que la gestación sea considerada un síndrome metabólico transitorio. El que predispone a la disfunción endotelial, llegando a ser más acentuados en la paciente que desarrolla hipertensión; asociándose con un aumento de cuatro veces el riesgo de sufrir enfermedad isquémica cardíaca, dos veces en enfermedad cerebrovascular y de 5-9 veces de desarrollar diabetes mellitus. (23)

2.5 PUERPERIO INMEDIATO PATOLÓGICO

2.5.1 HEMORRAGIA POSPARTO

La hemorragia puerperal (HPP) se define como el sangrado postparto que excede los 500 ml o un descenso significativo del hematocrito o que implique la necesidad de transfusión sanguínea.

También se entiende como HPP a cualquier pérdida hemática postparto que cause compromiso hemodinámico, la cual depende de la cantidad y velocidad de sangre extravasada, del nivel de hemoglobina y del estado de hidratación previo. La HPP grave es el sangrado vaginal que excede los 1000 ml.

Se puede dividir a la hemorragia puerperal en HPP precoz y tardía, la primera es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto; la HPP tardía es la acontece después de las 24 horas tras el parto y hasta 6 semanas luego del mismo. (24)

La hemorragia de origen obstétrico es la causa más frecuente de atención médica entre las urgencias obstétricas. Cada año ocurren 166 000 muertes maternas por hemorragia (25 % de la mortalidad materna a escala mundial). (24)

Se plantea que 90 % de estas muertes son evitables. Recientemente se ha señalado que 14 000 000 de mujeres en el embarazo y en el parto presentan hemorragia que ponen en peligro sus vidas, 70 % de estas ocurren en las primeras 4 horas.(24)

Entre 70 y 75 % de la mortalidad materna por hemorragia se presenta en el posparto. Según se plantea en la bibliografía médica, en 6 - 8 % de los embarazos y partos, incluyendo la cesárea, ocurre una hemorragia significativa; de 2-3 % en el período ante parto y de 4-5 % en el posparto. (24)

La mayoría de las publicaciones concluyen que los casos de hemorragia posparto son frecuentemente fenómenos evitables, de manera que la ausencia de profilaxis y el diagnóstico tardío por subvaloración de las pérdidas constituyen las 2 causas fundamentales de este fenómeno. (24)

Existen factores de riesgo asociados a la hemorragia, pero dos terceras partes de las pacientes con HPP no presentan factores de riesgo. Por tanto, ubicar este evento basándose solo en los factores de riesgo, puede ser desorientador, por lo cual los médicos deben estar preparados para la eventualidad de esta emergencia y sus posibles complicaciones, en todos los partos. (24)

La relación directa entre el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y la operación cesárea está en el rango de 56-78 %. Se considera 3 veces más frecuente en mujeres afroamericanas, comparadas con otras latitudes. Fue la primera causa de mortalidad materna en Cuba entre 2000 y 2010. Resultó ser la primera causa de morbilidad materna extremadamente grave en Cuba entre 2009 y 2010 (25)

2.5.1.1 ETIOPATOGENIA

Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación. Una buena regla nemotécnica para recordarlas son las 4 “T”: Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesiones del canal genital), Trombina (alteraciones de la coagulación). (26)

Es muy importante actuar con prontitud cuando estamos frente a una hemorragia posparto. Tener en cuenta que por la arteria uterina circulan 800 a 1 000 ml de sangre por segundo. (26)

Tabla 1. Causas de Hemorragia Posparto.

	CAUSAS	FACTORES DE RIESGO
ATONIA UTERINA	Sobredistension uterina:	Gestación múltiple Hidramnios Feto macrosoma
	Corioamnionitis:	RPM prolongada, fiebre
	Agotamiento muscular:	Parto prolongado y rápido elevada multiparidad
LESIÓN DEL CANAL DEL PARTO	Desgarros del canal del parto	Parto instrumental. Fases de expulsivo precipitada
	Rotura/Dehidencia Uterina	Cirugía uterina previa (cesárea). Parto instrumental. Distocia. Hiperdinamia. Versión Cefálica externa.
	Inversión Uterina	Alumbramiento manual Acretismo placentario Maniobra de Crede
RETENCION DE TEJIDO	Placenta	Acretismo placentario, cirugía uterina previa
	Coágulos	
ALTERACIÓN DE LA COAGULACIÓN	Adquiridas	Preclamsia. Síndrome de Hellp- CID Embolia de líquido amniótico. Sepsis.
	Congénitas	Enfermedad de Von Willebrand. Hemofilia.

Autor: H Karlsson, C Perez. Hemorragia Posparto. 2006 (2014). Vol.1 Pag. 161 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.pdf>

2.5.1.2 Atonía uterina

Es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las HPP. Factores de riesgo: sobre distensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosoma), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada). Conviene recordar la premisa: “Un útero vacío y contraído no sangra”

Según un estudio transversal realizado en el hospital de Nicaragua se obtuvo como una de las complicaciones en el puerperio inmediato es la atonía uterina se presenta por las siguientes causas, por alumbramiento incompleto que representa el 71,43% y desgarro cervical el 28,57%.(26).

Sin embargo, solo un pequeño porcentaje de mujeres con factores de riesgo hacen HPP. La indecisión retrasa la terapia y conlleva a hemorragia excesiva que puede provocar coagulopatía dilucional e hipovolemia severa, hipoxia tisular y acidosis. Esto dificultará el control de la hemorragia e incrementará el riesgo de histerectomía, shock hemorrágico y muerte. Es muy importante determinar el volumen de pérdida de sangre, teniendo presente siempre que el volumen sanguíneo del ser humano es de aproximadamente 80 ml por kilo de peso corporal.

En base a lo anterior, debe determinarse el volumen de sangre perdido y el porcentaje que esta pérdida representa para cada paciente.

El estadiaje clínico de la hemorragia, para determinar el volumen de sangre pérdida y el porcentaje que esta pérdida representa para cada paciente.

Tabla 3 Estadiaje clínico de la hemorragia, para determinar el volumen de sangre perdido y porcentaje que está perdida representa para cada paciente.

SEVERIDAD	HALLAZGOS	% SANGRE
Mínima	Ninguna	15-20
Leve	Taquicardia (≥ 100) Vasoconstricción periférica	20-25
Moderada	Taquicardia (100-120) Hipotensión (80mmHg) Debilidad Oliguria	25-35
Severa	Taquicardia (≥ 120) Hipotensión (≤ 60) Alteración de conciencia Anuria	≥ 35

Autor: S. Cabrera. Hemorragia Posparto. Revista Per Ginecol Obstet. 2010 (2014). Vol 1. Pag. 26. Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a05v56n1.pdf

2.5.1.3 Traumas

Hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina.

Desgarros: suponen la segunda causa más frecuente de HPP después de la atonía uterina. Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura. Los hematomas vulvares y vaginales auto limitados pueden tratarse de forma conservadora, en caso contrario deben ser evacuados. Si la paciente presenta dolor en flanco y signos de hipovolemia hay que sospechar un hematoma retroperitoneal, en cuyo caso convendrá monitorizar estrictamente por si fuese necesaria una exploración quirúrgica para identificar los vasos sangrantes. (27)

2.5.1.2.1 Rotura uterina

Se define como la pérdida de integridad de la pared del útero. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la

más frecuente. Otros factores relacionados son los partos traumáticos (instrumentales, grandes extracciones, distocias) y la hiperdinamia uterinas. (27)

2.5.1.2.2 Dehiscencia uterina

A diferencia de la rotura uterina propiamente dicha, la dehiscencia se define como la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa. Raramente son responsables de HPP moderadas- graves.

En un estudio realizado en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile hubo un total de 19.158 partos; seis presentaron rotura de útero en pacientes. El porcentaje promedio de pacientes con cicatriz uterina fue de 16,2%, lo cual da una incidencia de 1 cada 3.737 partos. (27)

2.5.1.2.3 Inversión uterina

Se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial. Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento manual. El prolapso es tan obvio que no son necesarias pruebas de imagen confirmatorias, salvo en casos de inversiones incompletas con estabilidad hemodinámica de la paciente y mínimo sangrado. (28)

Después de haber revisado la bibliografía y lo que abogan las diferentes organizaciones y sociedades científicas, como la OMS, la FIGO, la FEASGO, la SOGIBA y la FAME, podemos concluir que los factores de riesgo más determinantes son la anemia, el trabajo de parto prolongado, la macrosomía fetal y el intervalo intergenésico corto. Las causas más frecuentes de HPP son la atonía uterina (70%), la retención placentaria, los desgarros del canal del parto. La clave del tratamiento es la detección precoz de los signos de descompensación hemodinámica, para llevar a cabo

una fluidoterapia agresiva evitando el shock hipovolémico y así disminuir la mortalidad materna (28).

2.5.1.3 Retención de tejido placentario y/o coágulos:

La salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto. De no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas ácreta, íncreta o pércreta. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos) aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cesareas. También está relacionado con la existencia de placenta previa. (27)

2.6 DIAGNÓSTICO

A menudo se añade el criterio de una disminución del 10% en la hemoglobina en comparación con los valores antes del parto como una medida objetiva de laboratorio. Sin embargo, no es una medida útil en situaciones agudas, ya que puede tomar horas para que las pérdidas de sangre produzcan cambios de laboratorio en las mediciones de glóbulos rojos. Los signos y síntomas de hipovolemia (mareo, taquicardia, síncope, fatiga y oliguria) también son de limitada utilidad, ya que pueden representar los hallazgos normales al final del parto de una mujer joven y sana. Como resultado, cualquier sangrado que tiene el potencial de dar lugar a una inestabilidad hemodinámica, si se deja sin tratamiento, debe ser considerado una hemorragia postparto y tratado como tal.

El diagnóstico suele ser evidentemente clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después (HPP verdadera). Además de intentar cuantificar la hemorragia es necesario valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente. (28)

2.7 MANEJO INICIAL

Ante una HPP es crucial una actuación inmediata y secuencial. Se recomienda disponer de un plan de acción previamente establecido y que resulte familiar al personal de la maternidad. El obstetra ha de ser capaz de identificar si una determinada maniobra para la corrección de la hemorragia es exitosa o por el contrario insuficiente, de este modo se procura que la demora en la aplicación de medidas sucesivas sea la mínima posible. Así mismo debe coordinarse ayuda multidisciplinaria (enfermería, anestesia, obstetras) en caso de no poder controlar la hemorragia con medidas generales.

Debe realizarse con una mano en el fondo o bimanualmente con la mano vaginal en el fondo de saco anterior y la mano abdominal en la pared posterior del fondo (figura 1). Este debe ser el manejo de primera línea para alcanzar hemostasis mecánica. La compresión por si misma puede controlar el sangrado ayudando al útero a usar sus mecanismos fisiológicos y anatómicos tales como las fibras miométriales entrelazadas para la compresión vascular y el control del sangrado

Oxitocina

La oxitocina sintética aumenta la fuerza y frecuencia de las contracciones. Puede ser administrada intravenosa o intramuscularmente. La dosis usual es 10 a 40 U/L en solución salina o lactato de Ringer y no tiene contraindicaciones. Debe administrarse en infusión continua, evitando los bolos ya que se han relacionado con hipotensión severa y efectos cardiovasculares. La oxitocina difiere en sólo dos de los aminoácidos de la vasopresina, lo que explica algunos de los efectos antidiuréticos notados con la administración de oxitocina a altas dosis. Pueden presentarse náuseas, vómitos, e intoxicación por agua como efectos secundarios. La oxitocina típicamente se prepara adicionando 20 – 40 unidades en un litro de cristaloides a una tasa de infusión de 10 ml /min (200 mU/min), aunque las tasas de infusión van desde 100 a 500 mU/min. Esta tasa es mantenida hasta que el fondo está firmemente contraído y el sangrado controlado,

después la velocidad de infusión se puede reducir a 1 a 2 ml/min. Se han descrito dosis de hasta 80 unidades diluidas en 500 cc de cristaloides e infundidas en 30 minutos después de una cesárea con una menor tasa de atonía uterina comparada con una infusión de oxitocina más diluida.

Ergóticos

Los alcaloides del ergot producen contracciones tetánicas del músculo liso uterino. La metilergonovina, una ergotamina, es administrada intramuscularmente en dosis de 0,2 mg. Este uterotónico no debe administrarse intravenosamente. Se puede repetir cada 2 a 4 horas. Está contraindicado en pacientes con enfermedad hipertensiva o enfermedad cardiovascular y debe evitarse en pacientes con preeclampsia. Los pacientes con estas condiciones pueden experimentar exacerbación de la hipertensión con cefalea severa y convulsiones. Se han reportado náusea y vómitos con su uso. Se puede administrar oralmente pero no es útil en caso de hemorragia aguda.

La conducta inicial ha de centrarse en mantener y recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente. Para ello ha de instaurarse fluidoterapia agresiva con Ringer Lactato a razón 3:1 (300 cc de reposición por cada 100 perdidos). En general, se debe considerar la transfusión cuando se han perdido entre 1 y 2 litros de sangre aproximadamente. En tales circunstancias, si se administran 5 ó más concentrados de hematíes, debe añadirse plasma fresco congelado para reducir el impacto de la coagulopatía dilucional. Deben administrarse concentrados de plaquetas si el recuento de éstas desciende por debajo de 20.000 o si hay una disfunción plaquetaria.

Un concentrado de hematíes incrementa el hematocrito en un 3% y seis concentrados de plaquetas suponen una elevación de 30.000/ microL en el recuento. Durante este tiempo, las constantes vitales (TA, pulso, saturación de O₂) han de ser monitorizadas y obtenerse analíticas seriadas cada 30 minutos. Consideraremos detener la transfusión una vez alcanzada una hemoglobina ≥ 8 gr/dl (hematocrito $\geq 21\%$), recuento plaquetario ≥ 50.000 , o tiempos de coagulación (TP y TTPa) inferiores a 1,5 veces el valor control.

En caso de no mantenerse saturaciones de oxígeno superiores a 92%, debe instaurarse oxigenoterapia de soporte con mascarilla. Simultáneamente ha de colocarse una sonda urinaria con la triple función de favorecer la contracción uterina (gracias al vaciado vesical), preparar a la paciente en caso de una intervención quirúrgica y controlar la diuresis. Se considera adecuado un volumen diurético ≥ 30 ml/hora. Simultáneamente a la estabilización hemodinámica, se debe buscar e identificar la causa de la hemorragia. (29)

ATONIA UTERINA:

El pilar del tratamiento es el masaje uterino bimanual y la administración de drogas uterotónicas

☐ OXITOCINA:

- ☐ Droga de elección.
- ☐ Rápido inicio de acción
- ☐ Ampliamente disponible
- ☐ Mayor efectividad y menos efectos colaterales
- ☐ Dosis recomendada: 20 U en 500 ml de solución cristaloide en infusión a 250cc/hora, puede

Duplicarse la concentración. Dosis de mantenimiento: 20-40 U en 500ml de sol. Cristaloide a 60cc/h. (29)

2.8 ANEMIA EN EL POSTPARTO

Se define anemia en la mujer embarazada por hemoglobina <11 g dL en el primer y tercer trimestre de gestación y $<10,5$ g dL-1 en el segundo trimestre. Trastornos durante los procesos fisiológicos del parto y la menstruación serán responsables de la hemorragia obstétrica por involución uterina insuficiente.

ANEMIA LEVE	Hb: 10. – 10.9 g/dl
ANEMIA MODERADA	HB. 7.1 – 10-0 g/dl
ANEMIA SEVERA	Hb: ≤ 7.0 g/dl

Anemia Working Group Latin America. Guías Americanas. OMS

La anemia por déficit de hierro en el embarazo es una entidad que aparece en un 10-30% de las mujeres gestantes, y merece especial atención debido a sus potenciales consecuencias, tanto para la madre (mayor susceptibilidad para contraer infecciones, cifras menores de hemoglobina, disminución de la función inmune) como para el feto (prematuridad, crecimiento intrauterino retardado, aumento de la morbimortalidad perinatal). Los obstetras recomiendan la administración de suplementos de hierro oral durante el segundo y tercer trimestre de gestación a dosis de 30 mg de hierro elemental al día. Las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son 60 mg al día en aquellas zonas en las que la prevalencia del déficit de hierro sea menor del 20%, y aconsejan doblar la dosis cuando la prevalencia es mayor. Si a la anemia del embarazo se añaden situaciones de sangrado crónico durante la gestación como la placenta previa, o se producen hemorragias mayores de lo habitual durante el parto o en el periodo puerperal, aumenta el riesgo de transfusión sanguínea a pesar de haber cumplido el tratamiento indicado con hierro oral.

Las consecuencias clínicas de la anemia incluyen síntomas cardiovasculares (hipotensión, taquicardia), disminución del rendimiento físico y mental, cansancio y, en el caso de la mujer en el periodo postparto, supone una merma importante en su capacidad para cuidar del recién nacido. (30)

CAPITULO III

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar las características de las pacientes con complicaciones del puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del HVCM Cuenca 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

3.2.1 Establecer la frecuencia de las pacientes con complicaciones del puerperio inmediato.

3.2.2 Identificar las características demográficas de las pacientes con complicaciones del puerperio inmediato

3.2.3 Determinar las características ginecoobstetricas de las pacientes con complicaciones del puerperio inmediato

3.2.4 Indicar el tipo de complicaciones que presentan las pacientes en el puerperio inmediato.

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

El estudio corresponde a una investigación de tipo descriptivo retrospectivo.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO.

Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM) una institución de salud de segundo nivel ubicado en Av. 12 de Abril y Paraíso que brinda sus servicios a la provincia del Azuay.

4.3 UNIVERSO

Todas las Historias Clínicas de las pacientes puérperas atendidas en el área de ginecología y Obstetricia del HVCM con complicaciones del puerperio inmediato en el año 2013.

4.4 Criterios de Inclusión

Se considera todas las historias clínicas que cuenten con información completa y confiable registrada en las hojas correspondientes.

Criterios de Exclusión:

Las historias clínicas de las Pacientes que presenten complicaciones pasadas las 24 h (puerperio mediato)

Toda historia clínica que no cuente con información completa y confiable.

Todas las historias clínicas de las pacientes puérperas que cumplan con los criterios de infecciones del puerperio.

4.5 VARIABLES.

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de levantamiento de la información.	Años cumplidos	<=14 15-23 24-32 33-41
Instrucción	Periodo de tiempo que dura la estancia en una escuela para recibir la enseñanza adecuada.	Nivel académico	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior
Residencia	Lugar en donde vive habitualmente	Tipo de residencia	Rural Urbano
Estado civil	Situación de forma de pareja asumida por la paciente	Tipo de estado civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
Control prenatal	Conjunto de normas y procedimientos que se realizan durante el embarazo.	Control prenatal Número de controles	Si <5 , =>5 No
Tipo de parto actual	Vía por donde se recibe al neonato.	Tipo de parto	Vaginal Cesárea
Antecedentes ginecoobstetricos • Edad	Edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la	Edad gestacional	Término 37 SG Pretermino <37 SG Postérmino>42

gestacional	última regla		SG
• Paridad	Es el número total de embarazos	Paridad	Primípara Multípara
• hipertensión arterial	Elevación persistente de la presión arterial por encima de 139 mm Hg para la sistólica o máxima y 89 mm Hg para la diastólica o mínima.	HTA	Si No
• Hiperglicemia	Intolerancia a la glucosa que comienza o se diagnostica durante el embarazo	Hiperglicemia	Si No
• Antecedentes de abortos	Expulsión del feto, natural o provocada, en el período no viable de su vida intrauterina.	Antecedentes de abortos	Si No
Complicaciones	Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.	Complicaciones	No Si
1. atonía uterina	Pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo.	Atonía uterina	No Si
2. Hipotonía	disminución del tono muscular	Hipotonía	No Si

3. Desgarros	El desgarro o desgarre, como también se le conoce, se refiere a la rotura de un tejido.	Desgarros	No Si
4. Alumbramiento o incompleto	Es la retención de restos placentarios y/o ovulares en la cavidad uterina.	Alumbramiento incompleto	No Si
5. Anemia	Es una enfermedad de la sangre provocada por una alteración en sus componentes,	Anemia	No Si
6. Mortalidad materna	Término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo.	Mortalidad materna	No Si

4.6 MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La Observación fue el método utilizado; mediante la toma de datos de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el área de ginecoobstetricia se procedió a llenar un formulario. (Ver anexo N°2)

4.7 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Se procedió a tabular y al análisis de los datos en los programas Estadísticos en SPSS con parámetros: frecuencia, porcentaje y media.

Los resultados se presentaran en tablas simples según los objetivos planteados y para el análisis se utilizaron la estadística descriptiva.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Se guardara absoluta confidencialidad, los datos recolectados y los resultados obtenidos solo se utilizaran para el presente estudio.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HVCM CUENCA 2013.

TABLA N°1

FACTORES DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN 365 MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2013.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDAD		
< 14 años	2	0,5
15 a 23 años	170	46,6
24 a 32 años	134	36,7
33 a 41 años	55	15,1
> 41 años	4	1,1
Total	365	100
ESTADO CIVIL		
SOLTERA	38	10,4
CASADA	155	42,5
DIVORCIADA	14	3,8
VIUDA	1	0,3
UNION LIBRE	157	43
Total	365	100
ZONA DE RESIDENCIA		
URBANO	238	65,2
RURAL	127	34,8
Total	365	100
NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
ANALFABETA	4	1,1
PRIMARIA INCOMPLETA	19	5,2
PRIMARIA COMPLETA	29	7,9

SECUNDARIA INCOMPLETA	120	32,9
SECUNDARIA COMPLETA	160	43,8
SUPERIOR	33	9
Total	365	100

Fuente: Encuestas.
Realizado por: Las Autoras

De los 365 pacientes estudiadas en esta investigación se observó que el grupo de edad más frecuente está entre los 15 a 23 años de edad con el 46,6%, y el segundo grupo de edad entre 24 a 32 años con 36,7%. De acuerdo al estado civil el más frecuente en presentar fue la unión libre con el 43%, seguida estado civil casado con 42,5%, y el estado civil viuda fue el menos frecuente. Al analizar la residencia actual de las pacientes se encontró que el 65,2% se encuentran en el sector urbano de la ciudad de Cuenca, mientras que 34,8% en el sector rural. El nivel de instrucción más frecuente fue la secundaria completa con una frecuencia del 43,8%, seguida de secundaria incompleta con 32,9% y el nivel de instrucción menos frecuente es analfabeta con 1,1%. Con un índice de confianza del 95%.

5.2 CARACTERÍSTICAS ACTUALES DEL PARTO

TABLA N°2. FRECUENCIA DEL CONTROL PRENATAL ASOCIADO A COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
CONTROLES PRENATALES		
SI	308	84,4
NO	57	15,6
Total	365	100
N° CONTROLES PRENATALES		
NINGÚN CONTROL	56	15,3

< 5 CONTROLES	112	30,7
=> 5 CONTROLES	197	54
Total	365	100

Fuente: Encuestas.

Realizado por: Las Autoras

Al analizar si las pacientes que presentaron complicaciones durante el puerperio inmediato se realizaron controles prenatales, se encontró que el 84.4% se realizaron controles prenatales durante el embarazo y sólo el 15,3% no demostraron que se hayan realizado controles. De acuerdo al número de controles realizados el 54,0% se hicieron más de 5 controles y que 30,7% menos de 5 controles, y que 15,3% no tuvieron controles prenatales en el embarazo.

TABLA N.º 3. FRECUENCIA DE TIPO DE PARTO ACTUAL, ASOCIADO A COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2013

TIPO DE PARTO ACTUAL		
PARTO VAGINAL	133	36,4
CESAREA	232	63,6
Total	365	100

Fuente: Encuestas.

Realizado por: Las Autoras

El tipo de parto actual, se obtuvo que 63,6% se realizaron cesárea y que el 36,4% fueron parto vaginal. Lo que podría sugerir que la cesárea tiene mayor prevalencia de complicaciones durante el puerperio inmediato, se necesitan más estudios para dar una relevancia significativa.

5.3 ANTECEDENTES PERSONALES GINECOLÓGICOS

TABLA N°4. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS GINECOOBSTETRICAS DE LAS PACIENTES CON COMPLICACIONES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
PARIDAD		
PRIMÍPARA	152	41,6
MULTÍPARA	213	58,4
Total	365	100
EDAD GESTACIONAL AL PARTO		
PRETÉRMINO	24	6,6
TÉRMINO	331	90,7
POSTÉRMINO	10	2,7
Total	365	100
TIPO DE PARTO ANTERIOR		
NINGUNO	152	41,6
PARTO VAGINAL	81	22,2
CESAREA	132	36,2
Total	365	100
EXISTENCIA DE HTA		
SI	38	10,4
NO	327	89,6
Total	365	100
EXISTENCIA DE HIPERGLICEMIAS		
SI	38	10,4
NO	327	89,6
Total	365	100
ANTECEDENTES DE ABORTOS		
SI	57	15,6
NO	308	84,4
Total	365	100

Fuente: Encuestas.

Realizado por: Las Autoras

Al analizar la paridad se observó que la paridad múltipara 58,4% es la más frecuente en relación con la primípara con el 41,6%. La edad gestacional, se obtuvo que el 90,7% estuvieron a término, y que en 6,6% a pre término, y que 2,7% eran pos término. De acuerdo al tipo de parto anterior, se obtuvo 41,6% no presentaron parto anterior, y que 36,2 presentaron una cesárea anterior, y que 22,2% presentaron parto vaginal previo. La hipertensión arterial, como antecedentes se observó que el 89,6% no presentaron hipertensión arterial, y que el 10,4% si presentaron hipertensión arterial;

además que el 97,0% no presentaron hiperglicemias y que el 3% si presentaron hiperglicemias previo al parto. Con respecto a los antecedentes de abortos, que el 84,4% no presentaron antecedentes de aborto previo al embarazo y parto actual, y que el 15,6% si presentaron.

5.4 COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO

TABLA N°5. PRINCIPALES COMPLICACIONES QUE PRESENTAN LAS PACIENTES EN EL PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2013.

	Frecuencia	Porcentaje
COMPLICACIONES EXISTENTES		
ATONÍA UTERINA	30	8,2
HIPOTONÍA UTERINA	212	58,1
DESGARROS	25	36,8
ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO	12	3,3
ANEMIA	86	23,6
Total	365	100

Fuente: Encuestas.
Realizado por: Las Autoras

Se observó que el 58,1% presentaron hipotonía uterina es decir es la complicación más frecuente la segunda fue anemia con el 23,6% seguido de la atonía uterina con el 8,2% que está en tercer lugar y menos frecuente fue el alumbramiento incompleto con el 3,3%.

TABLA N°6. COMPLICACIONES AGREGADAS A LAS COMPLICACIONES QUE PRESENTAN LAS PACIENTES EN EL PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2013.

COMPLICACIONES AGREGADAS		
COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO	363	99.5
MORTALIDAD MATERNA	2	0.5
Total	365	100

Fuente: Encuestas.

Realizado por: Las Autoras

Al estudiar las complicaciones en el puerperio inmediato encontramos que existió mortalidad materna en el 0.5% correspondiente al puerperio mediano de la población estudiada.

5.5 RELACIÓN ENTRE EL TIPO PARTO Y LAS COMPLICACIONES

Tabla N° 7. RELACIÓN ENTRE TIPO DE PARTO Y COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS CON COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2013.

	SI EXISTIÓ COMPLICACIONES, CUAL DE LAS SIGUIENTES?										
TIPO DE PARTO ACTUAL	: ATONÍA UTERINA		HIPOTONÍA UTERINA		ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO		DESGARROS		ANEMIA		TOTAL
P. VAGINAL	11	8,27	54	40,60	9	6,77	23	17,29	36	27,07	133
	36,67		25,47		75		92		41,86		36,44
CESÁREA	19	8,19	158	68,10	3	1,29	2	0,86	50	21,55	232
	63,33		74,53		25		8		58,14		63,56
Total	30	8,22	212	58,08	12	3,29	25	6,85	86	23,56	365
	100		100		100		100		100		100

Fuente: Encuestas.

Realizado por: Las Autoras.

El parto vaginal la complicación más frecuente fue la hipotonía uterina 40,60%, la anemia con el 27,07% y la menos frecuente fue alumbramiento incompleto el 6,77% y en la cesáreas la más frecuente fue la hipotonía uterina con el 68,10%, en segundo lugar es la anemia con el 21,55%, y la atonía uterina con el 8,19%, y menos frecuentes fueron el alumbramiento incompleto 1.29% y los desgarros 0.86%. Se observó que en la cesárea con el 74,53% acompañada de la anemia con el 58,14% fueron las más frecuentes; con respecto a la atonía uterina se observó que en la cesárea con el 63,33% fue más frecuente que en el parto vaginal 36,67%; mientras que el alumbramiento incompleto se observó más en el parto vaginal con el 75% que en cesárea y los desgarros fueron más frecuentes en parto vaginal con el 92% que en la cesárea.

5.6 RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO

Tabla N° 8. RELACIÓN DE LAS 365 PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ATENDIDAS EN HVCM, DE ACUERDO AL GRUPO ÉTAREA Y VÍA DEL PARTO. CUENCA 2013.

	TIPO DE PARTO				Total	
	PARTO VAGINAL		CESÁREA			
< 14 años	1	50	1	50	2	100
	0,75		0,43		0,55	
15 a 23 años	70	41,18	100	58,82	170	100
	52,63		43,10		46,58	
24 a 32 años	48	35,82	86	64,18	134	100
	36,09		37,07		36,71	
33 a 41 años	13	23,64	42	76,36	55	100
	9,77		18,10		15,07	
> 41 años	1	25	3	75	4	100
	0,75		1,29		1,10	
Total	133	36,44	232	63,56	365	100
	100		100		100	

Fuente: Encuestas.

Realizado por: Las Autoras.

Se observó que el grupo de edad 15 a 23 años fue la más frecuente con el 46,58%, y el grupo de edad menos frecuente fue en < 14 años con 0,55%. Con respecto al tipo de parto, la cesárea tuvo mayor intervención que el parto vaginal. El grupo de edad con mayor intervención en cesárea fue la comprendida entre 15 a 23 años con un 43,10%, seguida del grupo de edad entre 24 a 32 años con el 37,07%, y menos frecuente el grupo < 14 años con 1 caso con el 0,43%. En cambio el parto vaginal, fue más frecuente en el grupo de edad entre 15 a 23 años con 70 casos 52,63%, entre 24 a 32 años con el 36,09%, y en menor frecuencia < 14 años y > 41 años con 0,75%. Concluyendo que la cesárea es el tipo de parto más frecuente en todo los grupos de edades, y que los 2 grupos de edades más frecuentes en orden descendente son grupo 1: 15 a 23 años y grupo 2: 24 a 32 años.

5.7 RELACIÓN ENTRE EL GRUPO DE EDAD Y COMPLICACIONES.

Tabla N° 9. RELACIÓN ENTRE LOS GRUPOS DE EDAD Y TIPO DE COMPLICACIÓN POSTPARTO DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS CON COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA 2013.

EDAD	SI EXISTIÓ COMPLICACIONES, CUAL DE LAS SIGUIENTES?										Total	
	HEMORRAGIA POSTPARTO: ATONÍA UTERINA		HIPOTONÍA UTERINA		ALUMBAMIENTO INCOMPLETO		DESGARROS		ANEMIA			
< 14 años	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	100
	0		0		0		0		2,33		0,55	
15 a 23 años	10	5,88	95	55,88	7	4,12	12	7,06	46	27,06	170	100
	33,33		44,81		58,33		48		53,49		46,58	
24 a 32 años	12	8,95	81	60,45	5	3,73	9	6,72	27	20,15	134	100
	40		38,21		41,67		36		31,39		36,71	
33 a 41 años	6	10,91	34	61,82	0	0	4	7,27	11	20	55	100
	20		16,04		0		16		12,79		15,07	
> 41 años	2	50	2	50	0	0	0	0	0	0	4	100
	6,67		0,94		0		0		0		1,10	
Total	30	8,22	212	58,08	12	3,29	25	6,85	86	23,56	365	100
	100		100		100		100		100		100	

Fuente: Encuestas. **Realizado por:** Las Autoras.

El grupo de edad que tuvo más complicaciones durante el puerperio inmediato fue entre los 15 a 23 años con 46,58%, y el segundo grupo entre

los 24 a 32 años con 36,71% y el grupo con menos frecuencia fue el comprendido en < 14 años 0,55%. La complicación más frecuente fue la hipotonía uterina con 58,08%, seguida de anemia 23,56% y en menor frecuencia fue alumbramiento incompleto con 3,29%. La hipotonía uterina tuvo el grupo más frecuente al comprendido entre 15 a 23 años con 44,81%, la anemia se encuentra entre 15 a 23 años con 53,49%. La atonía uterina, una complicación poco frecuente, se observó en el grupo de edad más frecuente, en la comprendida entre 24 a 32 años con 40%. El alumbramiento incompleto se observó más frecuentemente en pacientes que se encontraron en el grupo de edad comprendida entre los 15 a 23 años con 58,33 y los desgarros fueron más frecuentes en la edad entre 15 a 23 años con 48%.

CAPITULO VI

6.1 DISCUSIÓN

En el Ecuador una de las causas directas de muerte materna es la complicación durante el puerperio inmediato. Los datos oficiales del 2009 reflejan que el 30.3% corresponden a complicaciones en el puerperio de los cuales el 34.5% se dan dentro del puerperio inmediato, el 29.4 al puerperio mediato, el 5 % al puerperio tardío y el 33.1% a causas desconocidas. La edad promedio de presentarse estas complicaciones está entre los 30 a 45 años (38%). (5)

La pérdida de seres humanos a causas de complicaciones en el parto y el impacto generado a nivel social, económico ha llevado a que se tomen medidas para reducir la alta tasa de mortalidad materna.

Por lo mismo, en el año 2000, miembros de 189 países que forman las NACIONES UNIDAS, firmaron un acuerdo o propósito internacional con 8 objetivos de desarrollo humano, proponiéndose como meta el año 2015, y abarca los problemas más graves que se deben disminuir o erradicar para la fecha establecida. Uno de los objetivos del milenio es la disminución de la muerte materna y en concordancia con el plan nacional del buen vivir en su tercer objetivo que es disminuir en un 25 % la muerte materna y en aplicación de las guías de prácticas clínicas de la atención de la hemorragia post parto.

La OMS llegó a la conclusión que las complicaciones puerperales inmediatas son las principales causas de morbilidad materna más fácilmente prevenibles y tratables, proporcionando a la madre una atención de calidad durante el parto y luego del mismo, además de un fácil acceso a todos los niveles de servicios de salud.

En muchos países en vías de desarrollo, las complicaciones del embarazo y el parto son las causas principales de muerte entre mujeres en edad reproductiva. Más de una mujer muere en el mundo cada minuto y la OMS, en su informe sobre la mortalidad materna, publicado en el año 2004, estimó que en el 2000 murieron 529.000 mujeres por complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio. Menos del 1% de esas muertes ocurren en países desarrollados, lo que sugiere que estas muertes pueden ser evitadas si se dispone de recursos y servicios de salud adecuados. (6)

Según el sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna del MSP en el 2006 la hemorragia fue la primera causa de muerte materna con 38% de casos, seguida de hipertensión y eclampsia con un 26% y en tercer lugar la sepsis con el 21% de casos. (7)

En un estudio observacional transversal o de prevalencia realizado en el hospital Vicente Corral Moscoso en 276 puérperas adolescentes, donde se encontró que la prevalencia de hemorragia Postparto fue 6,9% y se presentó en grupo de edad entre 17-19 años con el 64,3%. (12)

En el presente estudio observacional en el cual se analizó 365 historias clínicas de las pacientes que presentaron complicaciones en el puerperio inmediato, encontrándose los siguientes datos.

La media de Edad más frecuente con complicaciones en el puerperio inmediato fueron las pacientes de 20 años con el 11.2%, la segunda edad en frecuencia es 21 años con el 7.7%, y la edad de 25 años con el 6.0%, la edad mínima de paciente dentro del estudio fue 14 años con el 0.5% y la edad máxima que se encontró fue de 47 años con el 0.3%, con un índice de confianza del 95%. Si comparamos con el estudio realizado en el HVCM no varía mucho debido a que la edad más frecuente en aquel entonces fue 19 años lo que indicaría que a pesar del tiempo y las medidas adoptadas no se generando el cambio a fin de disminuir el número de complicaciones y por ende la mortalidad materna. De acuerdo estado civil se llegó a la conclusión

que la unión libre con el 43% es grupo más propenso a presentar complicaciones durante el puerperio sin embargo no hay diferencia significativa con el grupo de pacientes que tienen un estado civil casado.

El grupo de edad más prevalente de 15 a 23 años, con el 58,82% muestran que el estado civil unión libre fue el más frecuente, seguida del estado civil casada con el 24,71%. Mientras que el segundo grupo de edad más frecuente fue la comprendida entre 24 a 32 años con el 36,71%, en relación con el estado civil casado con 63,43%. El grupo de edad menos frecuente fue < 14 años 0,55% con estado civil unión libre.

Se observó en el sector urbano de la ciudad de Cuenca se encuentra el mayor grupo de población que presento complicaciones con un 65.2% mientras que el 34,8% residen en el sector rural, en el relación con el estudio realizado en la ciudad de Riobamba donde se obtuvo que las pacientes pertenecen en mayor porcentaje al grupo rural lo que reflejaría que el grupo cultural es un factor importante para la presencia de complicaciones sin embargo en relación con la instrucción tanto en la ciudad de cuenca con un 43.84% han tenido la secundaria completa, en la ciudad de Riobamba las pacientes cuentan con una primaria completa 44% lo que reflejaría que la escolaridad es un factor que influye pero de manera predominante.

El grupo de edad 15 a 23 años fue el más frecuente con el 46,58% en el cual se observó que el nivel de instrucción secundaria incompleta fue el más frecuente con el 48,24%, seguida de secundaria completa con 35,29%. Al analizar el segundo grupo de edad más frecuente con edades comprendidas entre 24 a 32 años, el nivel de instrucción secundaria completa con 58,21% fue el más frecuente, seguido de secundaria incompleta con 18,66%, y superior 14,93%, se puede decir que el nivel de instrucción aumenta conforme aumenta la edad de las pacientes.

Al estudiar si las pacientes se realizaron controles prenatales durante el embarazo, lo que se concluyó, que en el 84.45 se realizaron controles

prenatales durante el embarazo, y sólo 15,6% no se han realizado controles prenatales durante el embarazo.

Además se observó que la paridad múltipara con el 58,4% fue la más frecuente entre las pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato, y que con menos frecuencia se encontró a la paridad primípara 41,6%. Y se encontró que el 90,7% la mayoría de partos tuvieron una edad gestacional de a término, y que el 6,6% tuvieron una edad gestacional de pretérmino, y que 2,7% eran pos término. Se observó que en el 41,6% no presentaron parto anterior, y que en 36,2 presentaron una cesárea anterior, y que 22,2% presentaron parto vaginal previo.

Se puede observar que pacientes con cesárea anterior, los galenos deciden realizar cesárea, lo cual puede correlacionarse con que el tipo de parto cesárea fue el más frecuente, ya que en un 36,2% tuvieron cesárea previa, y que los médicos ginecoobstetras prefieren evitar complicaciones graves durante el parto o puerperio inmediato y lo cual aconsejan y por protocolos realizan cesárea como método definitivo de terminación del parto.

Se observó que el 63,6% la cesárea fue el tipo de parto más frecuente en pacientes con complicaciones en puerperio inmediato y que en solo 36,4% fueron parto vaginal. Se observó que la hipertensión arterial, hiperglicemia y antecedentes de aborto no están relacionadas con las complicaciones presentadas en el puerperio inmediato.

Al analizar las complicaciones en el puerperio inmediato, se observó los siguientes datos, concluyéndose el 58,1% la hipotonía uterina es la complicación más frecuente que se obtuvo en las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca el año 2013, la segunda complicación más frecuente fue anemia con 23,6%. La atonía uterina con una frecuencia de 8,2% está en tercer lugar y la menos frecuente fue el alumbramiento incompleto. Al observar si las pacientes presentaron complicaciones agregadas el 75,1% no presento, en

segundo lugar de frecuencia la anemia fue la acompañante de las complicaciones más frecuentes con el 22,5%.

Que en el tipo de parto vaginal, cesárea la complicación más frecuente en el puerperio inmediato fue la hipotonía uterina con el 40,60%, y le sigue la anemia con el 27,07%.

Según el tipo de parto fue la cesárea que presentó la complicación hipotonía uterina más que el parto vaginal la anemia fue más frecuente en cesárea 58,14%, y en parto vaginal 41,86%; con respecto a la atonía uterina una de las complicaciones menos deseadas, se observó que en la cesárea con 63,33% fue más frecuente que en el parto vaginal que sólo 36,67%; mientras que el alumbramiento incompleto se observó más en el parto vaginal con el 75% que en cesárea con 25%, y los desgarros fueron más frecuentes en parto vaginal 92% que en cesárea que se observó equivale al 8%.

El grupo de edad con mayor intervención tanto cesárea como parto vaginal fue la comprendida entre 15 a 23 años con 43,10%, seguida del grupo de edad entre 24 a 32 años con 37,07%.

La hipotonía uterina tuvo el grupo más frecuente al comprendido entre 15 a 23 años con 44,81%, seguida del grupo entre 24 a 32 años con 38,21%. La anemia segunda en frecuencia, el grupo más frecuente se encuentra entre 15 a 23 años con 53,49%.

La atonía uterina, una complicación poco frecuente, se observó en el grupo de edad entre 24 a 32 años con 40%, el alumbramiento incompleto y los desgarros se observó más frecuentemente en pacientes que se encontraron en el grupo de edad comprendida entre los 15 a 23 años con 58,33% y 48% respectivamente.

Evidenciando los datos estadístico, se concluyó lo siguiente:

- La grupo de edad frecuente en las pacientes que presentaron complicaciones en el puerperio inmediato fue la comprendida entre 15 a 23 años,
- Las pacientes estudiadas en mayor frecuencia vivían en sector urbano.
- El estado civil prevalente fue unión libre.
- El nivel de instrucción de las pacientes más frecuente fue la secundaria completa.
- La mayoría de pacientes si realizaron controles prenatales, y la mayoría de controles fueron = o > a 5 controles.
- Al estudiar la paridad, la mayoría de pacientes fueron multíparas, en la población general, y en el grupo de edad más prevalente la paridad hallada fue primingesta.
- Y los embarazos terminaron con edad gestacional a término, en toda la población estudiada.
- Antecedentes de parto anterior, se encontró que en la mayoría de pacientes no tuvieron parto anterior, seguido en frecuencia de cesárea anterior y con pocos casos parto vaginal al final. No hay datos de porque el tipo de terminación de embarazo anterior.
- Se evidenció que en mayor frecuencia no se encontró hipertensión arterial, hiperglicemias, o antecedentes de abortos. Lo que podría realizar hipótesis de que no hay relación entre hipertensión arterial, hiperglicemias o antecedentes de abortos con complicaciones en el puerperio inmediato.
- Se observó que la cesárea presentó más complicaciones en el puerperio inmediato que el parto vaginal.
- Al analizar complicaciones del puerperio inmediato, se encontró que en la mayoría de pacientes independientemente de la edad la hipotonía uterina fue la complicación más frecuente, seguida de anemia.
- Relacionando tipo de parto y complicación, se concluyó que la cesárea presentó con más frecuencias complicaciones y entre las

más prevalentes fue la hipotonía uterina y la anemia. En parto vaginal fue alta las complicaciones, pero comparando con cesárea fue baja.

Con todos estos datos, que corroboran los datos documentados en literatura médica y estudios tanto observacionales como transversales, podremos decir que la morbilidad durante el puerperio inmediato es alta, y que es causa obstétrica importante de observación y cuidado hospitalario tanto médico como de enfermería. Y como la ley actualmente protege y ampara a las mujeres embarazadas y puérperas con protocolos y guías clínicas se debe poner empeño en el tratamiento del término de embarazo y los días posteriores, en los cuales la madre corre gran riesgo de muerte.

Entonces, podríamos decir que el puerperio inmediato es de gran cuidado, que independientemente de la edad, nivel de instrucción, residencia, estado civil o antecedentes existen complicaciones al término y después del mismo. Para poder brindar dicha atención es necesario establecer los parámetros de atención, procedimientos e intervenciones durante el embarazo y el puerperio, con el propósito de dar respuestas a los derechos en salud de las mujeres y los niños.

CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

1. El 46,6% de pacientes se encontraron en un rango de edad comprendido entre los 15 a 23 años de edad seguida del 36,7% de la edad comprendida entre 24 a 32 años. El 43% presentó un estado civil de unión libre, 42,5% se presentaron como casada, el 65,2% de las personas viven en el sector urbano. En el 43,8% de pacientes se presentaron con un nivel de instrucción de secundaria completa, seguida con el 32,9% con nivel de instrucción secundaria incompleta.
2. El 84,4% se realizaron controles prenatales durante el embarazo, y en el 54,0% se más de 5 controles, y en el 30,7% se realizaron menos de 5 controles. En el presente estudio se observó que en el 63,6% la cesárea fue el tipo de parto más frecuente actual, y que 36,4% se presentaron con parto vaginal.

Al analizar los datos de antecedentes personales, se concluyó lo siguiente:

1. El 58,4% de pacientes fueron multíparas, y en el 41,6% fueron primíparas.
2. En el 90,7% la edad gestacional fue a término.
3. En el 41,6% no presentaron parto anterior, y en el 36,2% presentaron una cesárea anterior, y en el 22,2% fue parto vaginal previo.
4. En el 89,6% no presentaron hipertensión arterial. En el 97,0% no presentaron hiperglicemia previo al parto. Y en el 84,4% no presentaron antecedentes de aborto previo al parto.
5. El grupo de edad con mayor intervención en cesárea y parto vaginal fue la comprendida entre 15 a 23 años seguido de 24 a 32 años.

6. En el 58,1% la hipotonía uterina es la complicación más frecuente, con 23,6% la segunda complicación más frecuente fue anemia y con 8,25 la atonía uterina.
7. En el 75,1% no se observó complicación agregada durante el puerperio inmediato.
8. Tanto en parto vaginal el 40.6% como cesárea 68.10% la complicación más frecuentes fue hipotonía uterina seguido de la anemia y por último la atonía uterina.
9. La hipotonía uterina y atonía uterina fue más frecuente en la cesárea (74,53% y 63,33% respectivamente) que en el parto vaginal. (25,47% y 36,67%, respectivamente).
10. En el 46,58% el grupo de edad con más complicaciones fue entre 15 a 23 años, seguida con el 36,71% el grupo de edad entre 24 a 32 años.
11. En el 58,08% la hipotonía uterina fue más frecuente, seguida de la anemia con 23,56%.
12. La hipotonía uterina tuvo el grupo más frecuente al comprendido entre 15 a 23 años en el 44,81%, seguida del grupo comprendido entre 24 a 32 años con el 38,21%.
13. La atonía uterina, una complicación poco frecuente, se observó en el grupo de edad entre 24 a 32 años en el 40%, seguida del grupo comprendido entre 15 a 23 años con el 33,33%.

7.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios en un universo con población más diversa, para estimar la prevalencia o incidencia de las complicaciones en el puerperio inmediato además de los factores que están relacionados con su aparición a fin de encontrar las causas y así determinar las medidas necesarias con el único fin de mejorar la calidad en el manejo de la paciente durante el puerperio inmediato. Además recomendados investigar otros factores de riesgo y si existen factores protectores para con las complicaciones en el puerperio inmediato.

Sería factible investigar si la menarquia, periodo intergesta, el número de gestaciones, y los antecedentes ginecoobstetricos influyen en el desarrollo de complicaciones en el puerperio inmediato a fin de tomar medidas preventivas en la atención primaria de salud que el vínculo directo con la población y en donde se puede trabajar a fin de lograr que las madres tengan un correcto parto y el adecuado según las necesidades tanto de la madre como el hijo.

Realizar campañas de concienciación sobre parto vaginal como fisiológico y así reducir el número de cesáreas con el cual reduciríamos la frecuencia de complicaciones uterina ya que durante nuestro estudio observamos que la cesárea es un factor predisponente para presentar las complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Rodríguez D. Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina. Puerperio Normal y Patológico. Puerperio Normal. Página 35-40. Cartagena 13 de mayo de 2010. (2014). Pág. 11. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/134965/TCBM.pdf;jsessionid=2296C57D7EF6B948BFB87CCC1A7DBB8C.tdx1?sequence=1>
2. Sanabria F. Comportamiento patológico del puerperio, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. [revista en la Internet]. 2011 (2014). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300005
3. Nardi J. Hemorragia Posparto, Rev Argentina Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2012 (2014); 28(1): 42-48. Disponible en: http://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Hemorragia_Postparto.pdf
4. Bustan R, Rosaura V. Complicaciones en Pacientes con Puerperio Inmediato Atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Docente Riobamba. 2010 (2014). Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/185>
5. Gonzabay A. Aplicación de las Normas de Atención en el Puerperio Por las licencias en Enfermería, Hospital Dr Rafael Serrano López. La Libertad 2012 (2014). Disponible en: <http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/995/1/Tesis%20Diana%20Gonzabay.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. N° 348. Mayo 2012.(2014) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

7. DE ORO VERGARA F. Política de Maternidad Segura. Montería 2011 (2014). Pág. 4 Disponible en:
<https://www.emdisalud.com.co/documentos/PoliticaMaternidadSegura.pdf>
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. 2008 (2014) Ecuador. Pág. 20,36. Disponible en:
<http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/1.%20PlanNacionaldeReduccionAceleradadelaMortalidadMaternayNeonatal.pdf>
9. González D, Pillajo M, Chávez M. Guía para Organizar un Plan de Emergencia Comunitario, Materno –Neonatal. Cotopaxi-Ecuador Mayo 2011(2014), Pág. 3. Disponible en:
http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D209.pdf
10. Salas B, Yépez E, Freire M, Hermida J, Ayabaca P. Componente Normativo Materno Neonatal Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de la Atención Materno – Neonatal. Ecuador. Junio del 2010 (2014), Pág. 33. Disponible en:
<http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf>
11. Ministerio de Salud Pública, Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, Federación Nacional de Obstetrices y Obstetras del Ecuador, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Family Care International, Organización Panamericana de la Salud, et al. Por una Maternidad y Nacimientos Seguros Acciones Realizadas para Reducir la Muerte Materna en Ecuador. Quito, marzo 2010. (2014). Pág. 5. Disponible en:
http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D199.pdf

12. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. N° 348. Mayo 2012.(2014) Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
13. Chávez M. Prevalencia de hemorragia posparto en puérperas Adolescentes y factores asociados en el hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca 2012 (2014) Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3990>
14. Saveedra . Puerperio . Ginecología y Obstetricia. Abril 2011. Chile-Santiago; . Médica Panamericana 2011 (2014), Pág.234-236
15. Cassella C, Gómez V, Domingo J. Puerperio Normal. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina 2000 (2014). Vol.100. Pág. 2. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm
16. Ramírez-Villalobos. Ginecología . Puerperio. Mayo 2012 (2014). Barcelona. Reverte.S.A 1987.Pag. 325- 329
17. Freitez L. Biblioteca de Medicina. Control Prenatal y Complicaciones Maternas Durante el Parto y Puerperio Inmediato. Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Central Universitario " Dr. Antonio María Pineda". 2009(2014). Disponible en:
http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/control-prenatal-complicaciones-maternas-parto-puerperio-inmediato-departamento-obstetricia-ginecologia/id/48045955.html.
18. Matute C. Jessica Viviana. Prevalencia de Hemorragia Posparto en Puerperas Adolescentes y Factores Asociados, En El Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador, 2012 (2014). Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3990/1/MEDGO10.pdf>

19. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Edición Comunicación Social. Impresión Imprenta Del INEC. 2011(2014). Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2011.pdf
20. Freitez L, Martha A. Universidad Centrooccidental. Control Prenatal y Complicaciones Maternas Durante el Parto y Puerperio Inmediato. Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda”. Barquisimeto 2012(2014). Pág. 14 – 17. Disponible en: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/control-prenatal-complicaciones-maternas-parto-puerperio-inmediato-departamento-obstetricia-ginecologia/id/48045955.html.
21. Pazan G. Santiago. Medina. Factores de Riesgo de Patologías Puerperales. Hospital Jose Maria Velazco Ibarra. Riobamba-Ecuador.2010 (2014) Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1906/1/94T00085.pdf>
22. J. Hipertension arterial en el Puerperio. Cuba.2011 (2014) Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol2%202012/tema08.htm>
23. Ajtun C. Ery Wiliam Pre eclampsia y eclampsia como factor predisponente de hipertensión arterial crónica luego de 12 semanas de puerperio. Estudio realizado en la Sección de Obstetricia,

Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Roosevelt durante los meses de febrero a junio del año Guatemala-Guatemala. 2013 (2014). Disponible en:

<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/09/03/Ajtun-Ery.pdf>

24. University Research Co, LLC (URC). Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud, Prevención de la hemorragia post-parto: La importancia del mejoramiento de la calidad, EE.UU. 2009.(2014)

25. Machado Y, Jardines J, Díaz I, Morando D, Ribeaux L. Morbilidad materna por pérdida masiva de sangre en el Hospital Ginecoobstétrico "Tamara Bunke Bider".2010-2011. Santiago de Cuba, Cuba. (2014).Disponible en :

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_5_13/san07175.htm

26. Cabrera S. Hemorragia Posparto. Revista Per Ginecol Obstet. 2010 (2014). Vol 1. Pág. 24 – 28. Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a05v56n1.pdf

27. Sarmiento C. Complicaciones del puerperio. 2013 (2014). Vol.1 Pag. 200- 206. Disponible en:

http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_hemorragia_postparto.pdf

28. Ortiz A. Miño L. Ojeda P. Hemorragia Puerperal. Revista de postgrado de Via Catedra de Medicina. N° 206 abril 2011 (2014).

Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista206/5_206.pdf

29. Hernández, p. Calvin C. Hemorragia en el puerperio inmediato. 2011 (2014) versión impresa ISSN112-115 Disponible

en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272009000200014&script=sci_arttext

30. Sarmiento. Tratamiento para mujeres con anemia ferropénica postparto. Revisión Cochrane 2013(2014). Pág. 101 231. Disponible en:

http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/medical/anaemia/cd004222/es/

ANEXOS**Anexo 1. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES**

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de levantamiento de la información.	Años cumplidos	<=14 15-23 24-32 33-41
Instrucción	Periodo de tiempo que dura la estancia en una escuela para recibir la enseñanza adecuada.	Nivel académico	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior
Residencia	Lugar en donde vive habitualmente	Tipo de residencia	Rural Urbano
Estado civil	Situación de forma de pareja asumida por la paciente	Tipo de estado civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
Control prenatal	Conjunto de normas y procedimientos que se realizan durante el embarazo.	Control prenatal Número de controles	Si <5 , =>5 No
Tipo de parto actual	Vía por donde se recibe al neonato.	Tipo de parto	Vaginal Cesárea

Antecedentes ginecoobstetricos	Edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la última regla	Edad gestacional	Término 37 SG Pretermito <37 SG Postérmino >42 SG
Edad gestacional			
Paridad	Es el número total de embarazos	Paridad	Primípara Multípara
hipertensión arterial	Elevación persistente de la presión arterial por encima de 139 mm Hg para la sistólica o máxima y 89 mm Hg para la diastólica o mínima.	HTA	Si No
Hiperglicemia	Intolerancia a la glucosa que comienza o se diagnostica durante el embarazo	Hiperglicemia	Si No
Antecedentes de abortos	Expulsión del feto, natural o provocada, en el período no viable de su vida intrauterina.	Antecedentes de abortos	Si No
Complicaciones	Situación que agrava y alarga el curso de una enfermedad y que no es propio de ella.	Complicaciones	No Si

8. atonía uterina	Pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo.	Atonía uterina	No Si
9. Hipotonía	disminución del tono muscular	Hipotonía	No Si
10.Desgarros	El desgarro o desgarre, como también se le conoce, se refiere a la rotura de un tejido.	Desgarros	No Si
11.Alumbramiento incompleto	Es la retención de restos placentarios y/o ovulares en la cavidad uterina.	Alumbramiento incompleto	No Si
12.Anemia	Es una enfermedad de la sangre provocada por una alteración en sus componentes,	Anemia	No Si
13.Mortalidad materna	Término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo.	Mortalidad materna	No Si

**Anexo 2. FORMULARIO****HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO
SERVICIO DE GINECOLOGÍA- OBSTETRICIA****FECHA:****NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA:**

EDAD	
ESTADO CIVIL	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión libre
INSTRUCCIÓN	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior
RESIDENCIA	Urbano Rural
CONTROL PRENATAL	Si..... <5..... =>5..... No.....
TIPO DE PARTO ACTUAL	Vaginal Cesárea

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

PARIDAD	Primípara
	Múltipara
Edad gestacional	Pretermino
	Termino
	Posttermino
TIPO DE PARTO	Vaginal



	Cesárea
Hipertensión arterial	Si..... No.....
Hiperglicemia	Si No.....
Antecedentes de abortos	Si..... No.....

COMPLICACIONES	Si	Hemorragia posparto: atonía uterina	
		Hipotonía uterina	
		Alumbramiento incompleto	
		Desgarros	
		Mortalidad materna	
		Anemia	
	No		

Responsables:

Lourdes Naula

Katherine López