



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE:**

MÉDICO GENERAL

*“FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO EN PATOLOGÍAS
PUERPERALES FRECUENTES EN MADRES
ADOLESCENTES VERSUS MADRES ADULTAS DEL
HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA, QUITO-
ECUADOR. ENERO-JUNIO 2013.”*

AUTOR: Diego Efraín Naula Lema

TUTORES:

Dr. Humberto Navas

Dr. Luis Paredes

RIOBAMBA-ECUADOR

CERTIFICACIÓN

En calidad de miembros del Tribunal de Grado:

CERTIFICAMOS:

Que el señor estudiante,

Naula Lema Diego Efraín C.C. 060351960-4

Egresado de la carrera de Medicina de la facultad de Ciencias de la Salud, habiendo cumplido con los requisitos correspondientes a la presentación de defensa privada, se encuentra APTO para la DEFENSA PÚBLICA de la tesina de grado previo a la obtención del título de Médico General con el tema:

“FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO EN PATOLOGÍAS PUERPERALES FRECUENTES EN MADRES ADOLESCENTES VERSUS MADRES ADULTAS DEL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA, QUITO-ECUADOR. ENERO-JUNIO.2013”

El interesado puede hacer uso del presente, conforme convenga su interés. Es todo lo que podemos certificar en honor a la verdad.

Riobamba, Diciembre 2013

Dr. Flavio Vintimilla

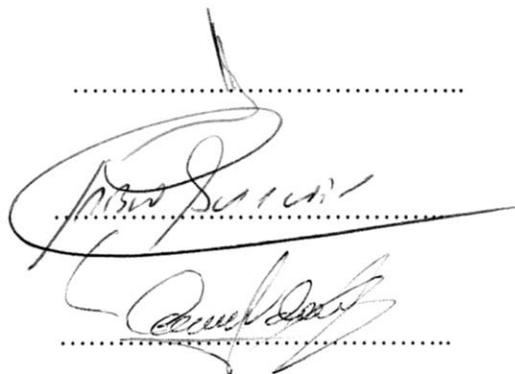
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dr. Pablo Alarcón

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Carlos Valarezo

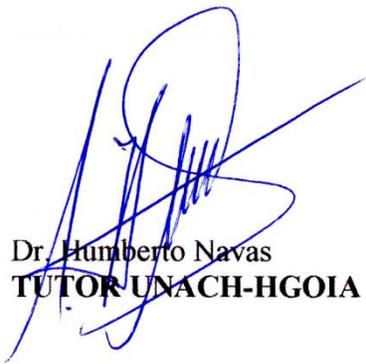
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



ACEPTACIÓN TUTORÍA CIENTÍFICA

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por el señor estudiante Diego Efraín Naula Lema con C.C. 060351960-4, previo a la obtención del título de médico general, con el tema “FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO EN PATOLOGÍAS PUERPERALES FRECUENTES EN MADRES ADOLESCENTES VERSUS MADRES ADULTAS DEL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA, QUITO-ECUADOR. ENERO-JUNIO.2013” y acepto asesorar el presente estudio en calidad de tutor científico durante la etapa de desarrollo del trabajo, hasta su presentación final y evaluación.

Quito, Abril 2013.

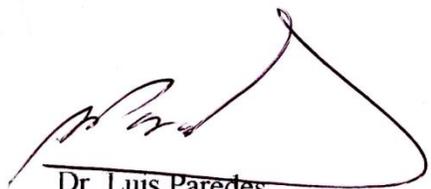

Dr. Humberto Navas
TUTOR UNACH-HGOIA

 **HOSPITAL G.O.I.A.**
Dr. Humberto Navas L.
LIBRO 1 / FOLIO 26 / No. 78
INH: 17-08-00859

ACEPTACIÓN TUTORÍA METODOLÓGICA

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del proyecto de grado presentado por el señor estudiante Diego Efraín Naula Lema con C.C. 060351960-4, previo a la obtención del título de médico general, con el tema “FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO EN PATOLOGÍAS PUERPERALES FRECUENTES EN MADRES ADOLESCENTES VERSUS MADRES ADULTAS DEL HOSPITAL GÍNECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA, QUITO-ECUADOR. ENERO-JUNIO.2013” y acepto asesorar el presente estudio en calidad de tutor metodológico durante la etapa de desarrollo del trabajo, hasta su presentación final y evaluación.

Quito, Abril 2013.



Dr. Luis Paredes
TUTOR UNACH

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, por permitirme paso a paso, día tras día, prepararme profesionalmente en la maravillosa medicina, con la finalidad de alguna manera ayudar a los más necesitados.

Al Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora y al Hospital Básico Sangolquí, por permitirme de alguna forma obtener a diario durante el año de Internado Rotativo, nociones prácticas para la formación de mi vida profesional.

A los Doctores: Humberto Navas y Luis Paredes, tutores del internado rotativo de la Universidad Nacional de Chimborazo, por apoyarme con sus conocimientos y sobre todo por brindarme su valioso tiempo para dar fin al presente trabajo.

A mis Padres por confiarme y apoyarme moral y económicamente durante los seis años de mi carrera.

DEDICATORIA

A mis Padres por darme esa dicha de vivir y de encaminarme en la ciencia de la medicina y sobre todo por estar junto a mí en los malos y buenos momentos.

A mi esposa y mis 2 hijas por darme ese motivo y confianza y por ser los motores de mi vida y seguir día a día afianzando más y más en el arte de la medicina.

A cada uno de mis profesores de mi querida y recordada Universidad Nacional de Chimborazo por brindarme nuevos conocimientos de ciencia y por formar en mí una persona que ayudará a los más necesitados.

TABLA DE CONTENIDOS

Agradecimiento.....	v
Dedicatoria.....	vi
Resumen.....	xii
Abstract.....	xv
Introducción.....	1
CAPITULO I	
Problematización.....	3
Planteamiento del problema.....	3
Formulación del problema.....	3
Objetivos.....	3
Justificación.....	4
CAPITULO II	
Marco teórico.....	5
• Puerperio.....	5
○ Puerperio Inmediato.....	5
○ Puerperio precoz y tardío.....	8
• Causas de Hemorragias postparto.....	10
• Factores de riesgo obstétrico.....	10
○ Primiparidad precoz.....	13
○ Primiparidad tardía.....	13
○ Multiparidad.....	14
○ Edad.....	14
○ Peso.....	16
○ Talla.....	16
○ Antecedentes Patológicos Personales.....	16
○ Días de Hospitalización.....	17
○ Controles prenatales inadecuados.....	18
○ Infecciones del canal del parto.....	18
• Patologías Puerperales.....	19

○ Hemorragias del tercer período.....	19
○ Factores predisponentes de hemorragia postparto.....	21
○ Coagulación Intravascular Diseminada.....	22
○ Shock hipovolémico.....	22
▪ Manejo hemodinámico del paciente con shock.....	23
▪ Tratamiento de la hemorragia postparto.....	24
▪ Protocolo de manejo de la hemorragia postparto.....	24
○ Atonía uterina.....	25
○ Retención placentaria y membranas ovulares.....	28
○ Distocias dinámicas.....	28
○ Distocias anatómicas.....	28
○ Desgarro del canal blando del parto.....	29
○ Desgarro del cuello uterino.....	29
○ Desgarro vaginal.....	30
○ Desgarros vulvoperineales.....	30
○ Complicaciones infecciosas.....	31
▪ Infección puerperal.....	31
▪ Fiebre puerperal.....	32
▪ Endometritis puerperal.....	33
▪ Mastitis puerperal.....	35
▪ Dehiscencia e infección de herida quirúrgica.....	36
○ Complicaciones psíquicas.....	37
Definición de Variables.....	39
Hipótesis.....	39
Variables.....	40
Operacionalización de variables.....	40
CAPITULO III	
Marco metodológico.....	42
Metodología.....	42
• Localización y temporalización.....	42
• Tipo y diseño de la investigación.....	42

Población y muestra.....	42
Descripción de procedimientos.....	43
Aspectos Bioéticos.....	43
CAPITULO IV	
Análisis de resultados.....	44
Comprobación de la hipótesis.....	69
CAPITULO V	
Conclusiones.....	70
Recomendaciones.....	71
Bibliografía.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Causas de Hemorragia postparto.....	10
Tabla 2. Distribución de complicaciones puerperales según grupo etario.....	16
Tabla 3. Estadía hospitalaria de las puérperas complicadas.....	17
Tabla 4. Distribución de frecuencia de las complicaciones puerperales.....	19
Tabla 5. Condiciones que se asocian con atonía uterina.....	26
Tabla 6. Distocias.....	28
Tabla 7. Grados de desgarros.....	31

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y Gráfico 1: Distribución de madres según edad.....	44
Tabla y Gráfico 2: Distribución de madres con patología puerperal según edad.....	45
Tabla y Gráfico 3: Distribución de madres según escolaridad.....	46
Tabla y Gráfico 4: Distribución de madres analfabetas con patología puerperal.....	47
Tabla y Gráfico 5: Distribución de madres según estado civil.....	48
Tabla y Gráfico 6: Distribución de madres con patología puerperal según estado civil.....	49
Tabla y Gráfico 7: Distribución de madres según número de gestas.....	50
Tabla y Gráfico 8: Distribución de madres con patología puerperal según número de gestas.....	51
Tabla y Gráfico 9: Distribución de madres según número de controles prenatales.....	52
Tabla y Gráfico 10: Distribución de madres con patología puerperal según número de controles prenatales.....	53
Tabla y Gráfico 11: Distribución de madres según número de ecos obstétricos.....	55
Tabla y Gráfico 12: Distribución de madres con patología puerperal según número de ecos obstétricos.....	56
Tabla y Gráfico 13: Distribución de madres según edad gestacional.....	57
Tabla y Gráfico 14: Distribución de madres con patología puerperal según edad gestacional.....	58
Tabla y Gráfico 15: Distribución de madres según planificación del embarazo.....	59
Tabla y Gráfico 16: Distribución de madres con patología puerperal según planificación del embarazo.....	60
Tabla y Gráfico 17: Distribución de madres según días de hospitalización.....	61
Tabla y Gráfico 18: Distribución de madres con patología puerperal según días de hospitalización.....	62
Tabla y Gráfico 19: Distribución de madres según antecedente prenatal.....	63
Tabla y Gráfico 20: Distribución de madres según patología puerperal.....	65

Tabla y Gráfico 21: Distribución de madres según patología puerperal: Hemorragia Postparto.....	67
Tabla y Gráfico 22: Distribución de madres según vía de finalización del embarazo.....	68

RESUMEN

El puerperio constituye una de las etapas de mucho cuidado para la mujer durante el parto o post cesárea, debido a que en ella se puede presentar diferentes patologías precedidas de factores de riesgo que se han dado durante la gestación, como la edad extrema, adolescentes (12-19 años) y adultas (20-35 años), como también RPM (Ruptura prematura de membranas), lo que influye en más tiempo de estadía y por ende aparece como problema el síndrome de depresión puerperal, entre otras patologías puerperales.

Identificar los factores de riesgo obstétricos en patologías puerperales frecuentes en madres adolescentes versus madres adultas del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal en donde la muestra la investigación estuvo constituido por 432 madres entre adolescentes (sala A) y adultas (sala C) púérperas post parto o post cesárea, del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) de Quito, las mismas que fueron escogidas al azar 72 casos por cada mes de estudio, durante el período Enero-Junio 2013.

El trabajo realizado mostró una mayor cantidad de madres adultas 223 casos (51%) y 209 madres adolescentes (49%). 175 adolescentes (83,4%) y 139 adultas con instrucción secundaria completa e incompleta, Solteras: 100 adolescentes (47,9%) y 29 adultas (12,9%). 143 adolescentes (68,2%) primigestas y 122 adultas multigestas (54%). Ningún control prenatal 4 casos por cada grupo (2%). Ningún eco obstétrico: 4 adolescentes (2%) y 6 adultas (3%). Edad gestacional Pretérmino: 45 adolescentes (22%) y 46 adultas (21%). Embarazo no planeado: 164 adolescentes (78%) y 158 adultas (70,7%). Antecedente Prenatal: RPM: 45 adolescentes (21,1%) y 23 adultas (10,1%). ITU (Infección del tracto urinario): 31 adolescentes (15,1%) y 38 adultas (17,8%). DCP (Desproporción céfalo pélvico): 10 adolescentes (5%) y 1 adulta (0,4%). Pelviano: 7 adolescentes (3,3%) y 11 adultas (5%).

La ausencia de controles prenatales y de ecografías obstétricas repercute para un embarazo de alto riesgo y por ende también influye en un inadecuado desarrollo del puerperio. También procesos prenatales como: RPM, Vaginosis, repercuten con un adelanto del parto y esto provoca mayor hospitalización de la madre, con riesgo de desarrollar algún proceso nosocomial y de depresión puerperal. Además factores como DCP y presentación Pelviana

predisponen a que la madre termine el embarazo por cesárea, de este modo esto repercute en la recuperación lenta de la mujer en el post quirúrgico.

Al personal de salud que labora en el Centro Obstétrico del HGOIA y demás casas de salud (Dilatación), actuar con más cuidado para que no se produzcan procesos que cursen con una hemorragia más de lo normal que se desencadena en un parto o cesárea como Desgarros, alumbramiento incompleto, procesos infecciosos.

A las madres que tomen conciencia de que el estar embarazada repercute una gran responsabilidad y acudir a los controles necesarios para evitar un embarazo riesgoso y actuar a tiempo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

The postpartum period is a stage of great care to women during postpartum or post cesarean. Mothers can present different pathologies preceded by risk factors that have been given during pregnancy, such as: extreme age, adolescents (12-19 years) and adults (20-35 years), as well as RPM (premature rupture of membranes) which influences in a longer stay which can lead to the postpartum depression syndrome, and other postpartum disorders .

The objective is to identify risk factors for puerperal obstetric pathologies commonly seen in teenage mothers versus adult mothers in the Gynecology Obstetric "Isidro Ayora" Hospital.

It is a descriptive, prospective observational and cross cutting study where the research universe consisted of 432 adolescent mothers (room A) and adult (Room C) postpartum or post cesarean Gynecology Obstetric Isidro Ayora Hospital (HGOIA) located in Quito City. 72 Patients were chosen at random during the period January to June 2013 who met the inclusion criteria for the study proposal.

The work showed a greater amount of adult stem 223 cases (51%) and 209 teenagers mothers (49%). 175 teenagers (83.9%) and 139 adults with complete and incomplete secondary education, Singles: 100 teenagers (47.9%) and 29 adults (12.9%). 143 teenagers (68.2%) primiparous and 122 adult multiparous (54%). No prenatal care four cases per group (2%). No ultrasound obstetrics: 4 teenagers (2%) and 6 adults (3%). Preterm gestational age: 45 teenagers (22%) and 46 adults (21%). Unplanned pregnancy: 164 teenagers (78%) and 158 adults (70.7%). Prenatal history: RPM (premature rupture of membranes): 45 teenagers (21.1%) and 23 adults (10.1%). ITU (Urinary tract Infection): 31 teenagers (15.1%) and 38 adults (17.8%). DCP (Cephalic Pelvic Disproportion): 10 teenagers (5%) and 1 adult (0.4%). Pelvic presentation: 7 teenagers (3.3%) and 11 adults (5%).

The absence of prenatal and obstetric ultrasounds impact for a high-risk pregnancy and therefore also influences inadequate postnatal development. Prenatal processes such as: RPM (Premature Rupture of Membranes) and Vaginosis, cause a preterm labor and causes an increased hospitalization period. Mothers can be at risk of developing a nosocomial process and postpartum depression. Also, factors such as DCP (Cephalic Pelvic Disproportion) and Pelvic presentation predispose mothers to end pregnancy ends in cesarean which causes slow recovery of women in the post-surgical.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

Health personnel working in HGOIA Obstetric Center and other health homes are recommended to act more carefully to avoid processes leading to bleeding more than usual such as tears, incomplete delivery, infectious processes. Mothers are recommended to be aware that pregnancy is a great responsibility so that it is necessary to go to prenatal controls and prevent pregnancy risky or act in timely.

Reviewed by:

MsC. Ligia López H.,
ENGLISH TEACHER

INTRODUCCIÓN

El momento del nacimiento de un nuevo ser, debe ser siempre un momento de alegría y mucha felicidad para la madre y familiares, pero en ocasiones este momento se ve truncado por desenlaces fatales dependiendo de diferentes problemas que cursa la mujer ya sea durante el embarazo o el parto, siendo el período del parto y postparto donde hay el mayor riesgo de morbi-mortalidad materna y fetal, como consecuencia de un embarazo de alto riesgo.

Al Puerperio se le conoce, como el período de tiempo que comprende desde el nacimiento hasta las 6 semanas postparto, los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características preconcepcionales, la misma que comprende: 1) Puerperio Inmediato (hasta las primeras 24 horas), 2) Puerperio Mediato (hasta los diez días postparto), 3) Puerperio Tardío (hasta los 45 días postparto). Siendo así que el período donde se hallan las principales causas de mortalidad materna es durante el puerperio inmediato.^{1, 2.}

La OMS ha estimado que la mortalidad materna global reportada en el embarazo y en el momento del parto está entre 500.000-600.000 muertes anuales, donde la mayoría de estas muertes (80%) proceden por problemas que ocurren durante o luego del tercer periodo del parto, principalmente por hemorragias en las primeras 4 horas postparto y en un 20% se encuentran por presencia de enfermedades que complican el embarazo eutócico (Anemia, Hepatitis B, VIH/SIDA, enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares, etc.), esto de manera muy evidente en países en vías en desarrollo.³

Cada año se producen cerca de 14 millones de casos de hemorragias asociadas al embarazo y al menos 128.000 de estas mujeres mueren dentro de las primeras 4 horas postparto debiéndose a complicaciones durante el alumbramiento

En Argentina se detectó una mortalidad materna del 6,5 % en el período 2004-2008 a causa de esta patología.²⁸

Muchas de las complicaciones producidas en los partos domiciliarios llegan tarde o no llegan a los centros de atención, haciendo que esta causa de muerte esté directamente ligada a la deficiente calidad de atención en el embarazo, parto y postparto.⁴ Según la

Organización Panamericana de la Salud, la mortalidad materna representa un grave problema de salud, sus causas son evitables si se actúa con la debida oportunidad.⁵

La MM en Cuba descendió considerablemente con el cursar de los años gracias a un trabajo sistemático, cada día con más recursos humanos y tecnológicos, hoy se encuentra entre los países de baja tasa, pero las cifras han aumentado en la última década a más de 40 por 100 000 nacidos vivos. La provincia de Matanzas en los años 2000 al 2006 tuvo una tendencia ascendente, lo que constituyó un problema a resolver y conociéndose que las hemorragias ocupan el primer lugar entre las causas de muerte materna. ²⁹

Las tres principales causas de MM en Cuba durante los años 2000-2006 fueron: las hemorragias (25%), infecciones (15%) y eclampsia (12%).²⁹

La mayoría de problemas obstétricos que ocurre durante el puerperio, es en países en vías de desarrollo. En nuestro país (Ecuador), nos enfrentamos al egreso precoz de las pacientes debido al desequilibrio existente entre la demanda y la capacidad de oferta instalada y el que muchas de las complicaciones producidas en los partos domiciliarios llegan tarde o no llegan a los centros de atención de salud, haciendo que esta causa de morbimortalidad este ligada directamente a la deficiencia de atención durante el parto y postparto inmediato.⁶

El puerperio inmediato (24 primeras horas desde que ocurre el alumbramiento) se constituye en un período crítico e importante, con un alto riesgo de complicaciones que pueden tener consecuencias fatales para la mujer puérpera y su hijo o hija. De hecho, el 11,9 % de las muertes maternas en el Ecuador en el 2006 tuvieron como causa directa la Hemorragia posparto.

En la Provincia de Pichincha, ciudad de Quito, Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora”, no cuentan con datos estadísticos de los factores de riesgo obstétricos de patologías puerperales frecuentes entre madres adultas y adolescentes, por lo que se realiza el siguiente trabajo y a la vez proporcionar información necesaria para que en el momento que se identifique uno de esos factores de riesgo, actuar de forma inmediata y oportuna para así evitar consecuencias no deseadas para la futura madre.

CAPITULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio pretende analizar de forma comparativa los diferentes factores de riesgo obstétricos de las patologías puerperales más frecuentes en madres adolescentes versus madres adultas, para así determinar cuál de los grupos de madres se ve afectado de manera más notoria durante el transcurso del puerperio postparto o postcesárea en las salas A (adolescentes) y C (adultas) del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, y de esta forma efectuar o llegar a conocer de manera oportuna los factores de riesgo obstétricos que a la final se verán inmiscuidos en un inadecuado desarrollo del puerperio y actuar de manera inmediata para que no haya fatales desenlaces en las madres puérperas.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo determinar y/o identificar los factores de riesgo obstétricos de patologías puerperales frecuentes en madres adolescentes versus madres adultas del Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora”. Quito-Ecuador. Periodo Enero-Junio 2013?

1.3. OBJETIVOS

GENERAL:

- Identificar los factores de riesgo obstétricos en patologías puerperales frecuentes en madres adolescentes versus madres adultas del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

ESPECÍFICOS:

- Analizar los diferentes factores de riesgo obstétricos durante el puerperio en pacientes puérperas internadas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.
- Analizar las patologías puerperales más frecuentes en pacientes puérperas del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

- Determinar el número de pacientes con patologías puerperales según vía de finalización del embarazo.
- Determinar los factores de riesgo de patologías puerperales frecuentes según condición conyugal de las madres puérperas.
- Proponer estrategias operacionales que permitan disminuir las complicaciones durante el puerperio en las pacientes del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

1.4. **JUSTIFICACIÓN**

El servicio de atención hospitalaria para la mujer puérpera postparto y postcesárea en la Sala A (madres adolescentes) y C (madres adultas) del Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro-Ayora” ofrece atención integral a pacientes internadas en el mismo. Esta investigación permitirá determinar acciones oportunas, en caso de presentarse problemas patológicos durante el puerperio en pacientes postparto o postcesárea, que permitan una corrección oportuna de los problemas y disminuir la magnitud de las complicaciones puerperales.

El determinar los factores de riesgo obstétricos de las patologías puerperales más frecuentes implica que hay condiciones que incrementan la morbimortalidad materna, y de hecho justifican realizar este estudio que permita determinar no solo los factores de riesgo obstétricos ni las patologías puerperales frecuentes que interfieren en el curso normal del puerperio, sino, en base a eso tomar medidas oportunas y adecuadas frente a cualquier problema que interfiera en un adecuado curso normal del puerperio ya sea postparto o postcesárea.

La identificación oportuna de los factores de riesgo obstétricos de las patologías puerperales más frecuentes, permitirán establecer propuestas operacionales que, de ser implementadas, consigan disminuir la aparición y/o severidad de las complicaciones durante el curso normal del puerperio.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

PUERPERIO

El Puerperio es el período que transcurre desde el alumbramiento hasta que la mayoría de las modificaciones producidas por el embarazo vuelven a su estado preconcepcional, es decir desde el nacimiento hasta la sexta semana postparto.¹ Este período es de suma importancia y a la vez de gravedad potencial, ya que se estima una mortalidad alta sobre todo en países en vías de desarrollo por complicaciones durante este periodo en comparación con las patologías que ocurren durante el embarazo.

Desde el punto de vista clínico podemos distinguir:

- **Puerperio Inmediato:** hasta las primeras 24 horas.
- **Puerperio Precoz o mediato:** hasta los 10 días postparto.
- **Puerperio Tardío:** hasta los 45 días postparto.¹

PUERPERIO INMEDIATO

Luego del parto la mujer siente sensación de alivio y bienestar. Dependiendo de lo largo del período dilatante y lo traumático del parto, podrá sentir dolores que suelen calmar con analgésicos comunes y antiinflamatorios no esteroideos. No es rara la aparición de escalofríos, sin ninguna connotación patológica. En los dos o tres primeros días del puerperio puede haber poliuria, sobre todo en mujeres que tenían edemas. Las anomalías en el funcionamiento vesical son frecuentes, pudiéndose observar retención aguda de orina o incontinencia urinaria que suelen desaparecer en los primeros días o durar hasta meses.²

También puede presentarse incontinencia rectal para gases y más raramente para heces fecales, que también suelen desaparecer en los primeros días, de no ser así se debe remitir al especialista.²

Principales complicaciones a valorar durante el puerperio inmediato:

- Procesos hemorrágicos
- Procesos infecciosos
- Procesos tromboembólicos
- Procesos hipertensivos
- Procesos depresivos

Conducta

Se debe tomar muy en cuenta, durante la anamnesis, si se trata de un puerperio postparto o postcesárea, a demás verificar: lactancia, episiotomía y registrar en la historia clínica materna.¹

Control estricto dentro de las 2 primeras horas de la pérdida sanguínea, pulso, presión arterial y la persistencia del globo de seguridad de Pinard (útero bien contraído). Si el útero está blando y con contornos poco nítidos se puede realizar maniobras para expulsar la sangre y los coágulos, a la vez que se indican uterotónicos. El masaje uterino también es una manera de ayuda para la contracción uterina.²

Luego de 2 horas postparto inmediato, se controlaran diariamente hasta el alta de la paciente, los signos vitales (Presión arterial, Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, temperatura, involución uterina, características de los loquios), En caso de haber realizado la episiorrafia se debe observar antes del alta. Todos estos parámetros deben ir anotados con fecha y hora en la historia clínica de la paciente.^{1,2,6.}

A demás, según patología previa, vía de finalización del embarazo y severidad de la hemorragia, se solicitaran exámenes de laboratorio correspondientes.¹

Se vigilara desde el comienzo del postparto, la diuresis y las deposiciones, estas ocurren habitualmente al tercer día y se ven facilitadas con una profusa hidratación, alimentación y deambulación. El útero involuciona a razón de 2cm por día.²

Los **loquios** son una eliminación líquida que sale por la vagina, formada por la sangre de la zona cruenta dejada por el desprendimiento de la placenta, las excoriaciones de la caduca, cuello y vagina, a la que se agrega el líquido de exudación de dichas lesiones y las células

de descamación de todo el tracto genital. Los loquios van disminuyendo a medida que avanza los días postparto. En las primeras 48 horas los loquios son sanguinolentos, al tercer día son serohemáticos, a la semana son serosos y suelen desaparecer a los 15 días. El olor recuerda al esperma. Los loquios sospechosos de procesos infecciosos son: turbios, achocolatados, purulentos y o fétidos.² Cuando el útero es sensible suele ser anormal. Un útero blando, doloroso, al que cuesta delimitar, que no se contrae al estimularlo con masaje uterino y que es más voluminoso del que corresponde debe ser considerado como patológico. Es importante educar a la mujer púérpera para detectar la infección a tiempo y poder indagar la misma. La púérpera debe deambular tan pronto en las primeras 24 horas. La región perineal debe higienizarse con un simple lavado externo, con agua que haya sido hervida y jabón, una vez al día. La episiorrafia debe mantenerse limpia. El dolor en el puerperio inmediato puede ser por causa de la episiotomía y los entuertos, el mismo que puede ser manejado con AINES (paracetamol o ibuprofeno) de no haber contraindicación o a su vez administrarlos de manera alternada.^{1,2}

Para la higiene corporal se procederá al baño de ducha y se evitará el de inmersión y las irrigaciones vaginales. No es conveniente reiniciar las relaciones sexuales coitales vaginales hasta luego de desaparecidos de los loquios, ya que aumenta el riesgo de infección uterina.²

Control de las mamas y apoyo de la lactancia materna

Se vigilara el estado de turgencia de las mamas, la secreción del calostro y de leche, la ausencia de signos inflamatorios y presencia de grietas en el pezón y se debe dar alojamiento conjunto. La ducha diaria es suficiente para la higiene de las mamas. No se recomiendan limpiar los restos de leche porque hidratan la areola y previenen la formación de grietas.^{1,2,6}

Valoración del estado emocional

La mujer después del parto pasa por una serie de cambios psicológicos y emocionales relacionados con el cansancio físico, el nuevo rol de mujer-madre, molestias puerperales,

preocupación por el bienestar del RN, etc. Hay que identificar el estado emocional y dar apoyo profesional en caso de requerir.²

PUERPERIO PRECOZ Y TARDÍO

Una de las complicaciones importantes que puede ocurrir en el puerperio precoz y tardío son las infecciones. Es preciso por tanto brindar una información completa de las posibles complicaciones infecciosas que puede presentar, de los síntomas sospechosos y de alarma (fiebre, escalofríos, malestar general, decaimiento, loquios fétidos, rubor, dolor abdominopelvico que no cede a los analgésicos comunes, tos con expectoración mucopurulenta, síndrome urinario alto y bajo, etc.) y de la importancia de la consulta ante esta sintomatología.^{1,2}

Problemas comunes del puerperio

Periné.- Si el periné ha sido lesionado y reparado puede presentar dolor considerable y requerir analgésicos, hielo y complementos para mejorar el confort en la posición sentada. Si el dolor es muy importante debe controlarse en búsqueda de infección o hematomas.^{2,7}

Micción.- Puede ser dificultosa las primeras 24 horas y puede necesitar cateterización. Una de cada 10 mujeres sufren, de incontinencia de esfuerzo, suelen mejorar con ejercicios del periné y desaparecer a las pocas semanas.^{2,7}

Intestino.- Durante las primeras horas puede aparecer disminución de la motilidad intestinal en forma de constipación que suelen mejorar con dieta rica en verduras y abundantes líquidos. Ocasionalmente se pueden utilizar laxantes. Debe valorarse la presencia de hemorroides y sus complicaciones.²

Mastitis.- Cuadro febril por condición inflamatoria de la mama, que puede o no estar acompañada de infección, al ser esta durante la lactancia se la denomina, mastitis de la lactancia o mastitis puerperal.¹ Puede ser ocasionada por defectos en la lactancia, lo cual mejora con una correcta lactancia, compresas frías o calientes (lo que más calme el dolor) y analgésicos comunes. No es necesario suprimir la lactancia.² En ocasiones ocurre infección por *Sphylococcus aureus* y requiere tratamiento con antibióticos, como:

- Eritromicina 250-500 mg cada 6 horas
- Dicloxacilina 500 mg cada 6 horas
- Cefalexina 500 mg cada 6 horas
- Amoxicilina 500 mg cada 8 horas

Si se sospecha de anaerobios y la sintomatología no mejora se puede añadir Clindamicina 600 mg cada 6 horas. En el caso de absceso se indica drenaje quirúrgico.²

Dolor de Espalda.- Aproximadamente el 25% de las parturientas presentan dolor lumbar que requieren fisioterapia y analgesia.²

Psicológicos.- Al tercer o al quinto día las mujeres se sienten temporalmente tristes y ansiosas, y más o menos un 10% de las puérperas pueden presentar depresión postnatal. La psicosis puerperal es un trastorno menos frecuente (1-3/1000) que suele aparecer a los 5-15 días luego del parto.²

Entre los factores de riesgo que cursan con mortalidad materna, es de suma importancia resaltar la variable edad de la gestante, debido a que el riesgo de mortalidad se mantiene hasta los 30 años, y a partir de esa edad se ve incrementada la misma.^{6,8,9,10.}

En cuanto a la paridad, la menor mortalidad se observa entre el segundo y tercer parto, y desde este el riesgo aumenta significativamente e inclusive supera a la mortalidad registrada durante el primer parto. También se registran que dentro de las complicaciones uterinas por las que fallecen las madres, son las hemorragias que se producen por diferentes causas durante el puerperio inmediato (dentro de las primeras 24 horas postparto).^{6,8.}

En casi la totalidad, la mortalidad materna se da lugar con mas notoriedad en los países en vías de desarrollo donde se observan factores como: Nivel socioeconómico, nivel cultural y el tecnológico de forma deficiente.

Una de las causas de primera índole que se ve inmiscuida en la mortalidad de la madre, son las hemorragias y estas sobre todo se dan durante el alumbramiento y el puerperio inmediato.^{6.}

CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO

Tabla 1. CAUSAS DE HEMORRAGIA POSTPARTO
Atonía Uterina
Retención Placentaria
Lesiones del canal blando del parto
Rotura Uterina
Placenta ácreta
Inversión Uterina
Cuagulopatías

A estas causas de hemorragia se suman factores de riesgo como la edad materna, muy precoz o muy avanzada, alta paridad, etc.^{6,11}.

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO

Riesgo obstétrico es la probabilidad de que se produzca una situación inesperada. Donde se puede desencadenar: muerte fetal, muerte materna, retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro, etc.^{6,8}.

Riesgo es la mayor susceptibilidad de presentar una enfermedad o daño a la salud que tiene un individuo o grupo de personas expuestos a un determinado factor. ²⁵

Se entiende por **factor de riesgo** a aquellos marcadores que se ven asociados a una enfermedad o daño con distinta intensidad y/o frecuencia.²⁵

Factores de riesgo que deben ser evaluados en todas las embarazadas

- Características individuales o condiciones socio-demográficas desfavorables.
 - Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.
 - Ocupación: esfuerzo físico, carga horaria, exposición a agentes químicos y biológicos, estrés.
 - Desocupación personal y/o familiar.
 - Situación inestable de la pareja.
 - Analfabetismo, baja escolaridad.

- Desnutrición.
- Obesidad
- Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.
- Tabaquismo
- Violencia doméstica.
- Antecedentes obstétricos
 - Muerte perinatal en gestación anterior.
 - Antecedente de recién nacidos con malformaciones del tubo neural.
Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores.
 - Recién nacido con peso al nacer menor de 2500g. igual o mayor de 4000 g.
 - Aborto habitual o provocado.
 - Cirugía uterina anterior.
 - Hipertensión.
 - Diabetes gestacional en embarazos anteriores.
 - Nuliparidad o Multiparidad.
 - Intervalo Inter-genésico menor de 2 años.
 - Antecedente de alumbramientos prolongados y/o retenciones placentarias con alumbramiento manual y/o legrado uterino en partos anteriores.
- Patologías del embarazo actual
 - Desviaciones en el crecimiento fetal.
 - Embarazo múltiple, Oligoamnios, polihidramnios.
 - Ganancia de peso inadecuado.
 - Amenaza de parto de Pretérmino o gestación prolongada.
 - Preeclampsia.
 - Hemorragias durante la gestación.
 - Ruptura prematura de membranas.
 - Placenta previa.
 - Diabetes gestacional.
 - Hepatopatías del embarazo (colestasis, etc.)
 - Malformaciones fetales.
 - Incompatibilidad de Madre con factor Rh negativo.

- Óbito fetal.
- Enfermedades infecciosas: TBC, Sífilis, HIV, Rubéola, Citomegalovirus, Parvovirus B19, Varicela, Herpes Genital, HPV, Hepatitis A, B y C, Chagas, Toxoplasmosis Aguda, etc.
- Patologías maternas previas al embarazo.
 - Cardiopatías.
 - Neuropatías.
 - Nefropatías.
 - Endocrinopatías (Hipertiroidismo, Diabetes, etc.)
 - Hemopatías.
 - Hepatopatías
 - Hipertensión arterial.
 - Epilepsia.
 - Enfermedades infecciosas.
 - Enfermedades autoinmunes.
 - Ginecopatías (malformaciones congénitas del aparato genital, enfermedades oncológicas, etc.)²⁵

Según Pacheco, hay dos circunstancias relacionadas con situaciones de riesgo: La primera relacionada con antecedentes de mal historial obstétrico, y la segunda se presentan en pacientes que controlan su embarazo y en un momento dado se desarrolla una complicación inesperada, estas por lo general necesitan decisiones difíciles y no es extraño que la evolución fetal o materna sea desfavorable. De ahí se requiere brindar un diagnóstico del embarazo a tiempo para poder determinar factores que pongan en riesgo a la madre y el producto.^{6,12} Al identificar un factor de riesgo, en muchas ocasiones determina una actuación sanitaria específica con lo cual se disminuye el efecto negativo. De diversas maneras se puede disminuir los factores de riesgo como por ejemplo la o las causas que pudieren desencadenar el parto antes del término.¹²

De este modo se describe a continuación, como: el embarazo precoz, paridad en añosas y Multiparidad las cuales se relacionan directamente con la morbi-mortalidad materna según estudios relacionado con las complicaciones sobre todo durante el puerperio inmediato, como: Atonía uterina, retención de placenta, membranas o restos corioplacentarios y

desgarros de partes blandas. Todos estos factores producen una alteración materna sobre todo del tipo hemodinámico y contribuyendo aún más al aumento de la morbimortalidad materna.^{6,13,14,15.}

PRIMIPARIDAD PRECOZ

Se considera así cuando el primer parto ocurre antes de los 19 años de edad. Desde la década de los 70 se considera que la embarazada adolescente era un problema de tipo sociológico con consecuencias médicas, y para que se produzcan alteraciones durante el puerperio, los factores de riesgo obstétricos que más se destacaron fueron: pobreza, mala nutrición y una salubridad deficiente preconcepcional.^{13,16,17.}

El embarazo en mujeres adolescentes, puede hacer que esta curse con aborto o con un parto antes del término por la mala adaptación del útero infantil a su contenido. Durante el parto pueden presentarse distocias por la falta de un adecuado desarrollo de la pelvis y por ende durante el alumbramiento se pueden presentar alteraciones como una inadecuada contracción uterina.^{13,17.}

PRIMIPARIDAD TARDIA

Corresponde a la mujer que tiene su primer parto luego de los 30 años de edad y se la considera como primípara añosa.

En los Estados Unidos debido a que las mujeres en su mayoría retrasan su maternidad, han aumentado considerablemente el embarazo y parto luego de los 35 años de edad. Durante el 2005 hubo 357.053 nacimientos en mujeres de entre 40 y 44 años, y 2.329 en mujeres de entre 45 y 49 años.⁶ Esta tendencia ha continuado intensificándose en las mujeres pasadas los 30 años. Con el pasar de los años, el útero de la mujer va perdiendo su normalidad fisiológica, como por ejemplo las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales: Elasticidad y contractilidad, al sufrir degeneración fibrosa, por eso es que durante la gestación la falta de distensibilidad del músculo uterino (miometrio) puede ser la

causa de interrupción de la gestación y durante el parto y alumbramiento el útero se contrae de forma deficiente dando lugar al origen de las hemorragias.4,6,8.

En cuanto a las partes blandas (cuello, vagina, vulva y periné) durante el parto cursa con distocias para su libre dilatación, con lo que si se fuerza el parto se produce desgarras de uno o de todos los componentes del canal del parto.13,17,18.

MULTIPARIDAD

Aquella mujer que ha dado a luz más de una vez y esto a su vez constituye un factor de riesgo muy importante durante el embarazo, parto o puerperio, relacionándose así con un incremento en la morbi-mortalidad materna por causas sobre todo que desencadenan hemorragia intra o postparto.2,6,8.

EDAD

Adolescentes: Es el período que estadísticamente, por planificación y evaluación, abarca de los 10 a los 19 años, pero como proceso su comienzo es biológico dado que se asocia al inicio de la maduración sexual (pubertad) y su finalización sociológica porque es cuando consigue la independencia del núcleo familiar y la económica. Significa “crecer rápidamente” o “crecer hacia” es decir la condición y el proceso de crecimiento, a partir del cual se logrará la identidad personal.

Es un proceso de crisis vital, entendiendo como tal el acto de distinguir, elegir, decidir y/o resolver, con derecho a la incertidumbre, al conflicto que lleva a la elaboración de cambios tanto físicos, como psíquicos y de la esfera social. Es un período formativo crucial que moldea la forma en que los niños y las niñas vivirán sus años adultos, no solo en relación con su salud sexual y reproductiva, sino también en su vida productiva social y económica.

Se clasifica en tres etapas:

- Adolescencia temprana (10 a 13 años).
- Adolescencia media (14 a 16 años).
- Adolescencia tardía (17 a 19 años).

La maduración biológica y la capacidad reproductiva (menarca y espermarca) entre los 11 y 14 años, son hechos que se relacionan con la maduración, el crecimiento y la sexualidad, serán vivenciados según como se hayan construidos y transmitido la sexualidad en cada familia. Los jóvenes, se encuentran aptos para la reproducción, pueden engendrar un hijo, aunque psicológicamente y socialmente no estén preparados para asumir una maternidad y paternidad temprana.²⁵

La edad de la madre se ve inmiscuida estrechamente con riesgo durante el embarazo y parto. Sobre todo las madres adolescentes (12-19 años) tienen más probabilidades de presentar complicaciones ya que el canal del parto no tiene un adecuado desarrollo, también se ven en riesgo de tener hijos de bajo peso o desnutridos.

En las mujeres que tienen 35 o más años, presentan probabilidad de desarrollar presión arterial elevada, diabetes gestacional, etc. Siendo así que las mujeres de edad avanzada son las más propensas a desarrollar diabetes gestacional, hipertensión arterial inducida por el embarazo, lo cual puede desencadenar aborto espontáneo.⁶

Las mujeres primerizas de edad madura, pueden no presentar problemas durante el embarazo pero si durante el parto, corriendo el riesgo de retardar el segundo periodo del parto (expulsión) y provocando sufrimiento fetal y esto a su vez incrementa la probabilidad de recurrir a terminar el embarazo por vía abdominal (cesárea). Muchas de las veces por tener un parto prolongado recurren a la maniobra de Kristeller, el mismo que al hacer presión con mucha fuerza sobre el globo uterino desde el abdomen corre el riesgo de que el útero se lesione y se produzca una hemorragia que puede ser incontrolable.

Otro problema que asecha a la mujer gestante superior a los 35 años de edad, es que también corren el riesgo de dar a luz a un mortinato.

Tabla 2

Distribución de complicaciones puerperales según grupos etarios

Edades	Complicaciones	
	No.	%
15-19 años	30	17,4
20-24 años	50	29,1
25-29 años	35	20,3
30-34 años	35	20,3
35-40 años	22	12,8
Total	172	100

Comportamiento Patológico del Puerperio. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2011.29

PESO

Una mujer con un peso menor a 45 kg durante el embarazo tiene la probabilidad de tener un hijo de bajo peso al nacer. Al contrario una obesa tiene el riesgo de tener un hijo grande para su edad gestacional y por esto a su vez cursar con distocia durante las fases del parto.⁶

TALLA

Las mujeres con una talla menor a 150 cm corren el riesgo de no poder finalizar su embarazo con un parto normal y por lo tanto terminar su embarazo por vía abdominal (cesárea).^{1,2,6,8.}

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

Antes de embarazarse es recomendable que la mujer que padezca alguna enfermedad crónica, se haga controlar su enfermedad para de ahí llevar a cabo normalmente una gestación.

De otra manera aquella mujer que ya tuvo varios abortos a repetición corre el riesgo aún más de sufrir nuevo o nuevos abortos. Y aquella mujer que tuvo un hijo con retraso de crecimiento tiene mayor probabilidad de sufrir otro caso similar.⁶

DIAS DE HOSPITALIZACIÓN

Lo ideal para una paciente puerpera normal en cuanto al tiempo de estadía son 72 horas, es decir 3 días de estadía hospitalaria para su recuperación adecuada, pero muchas de las veces por ser la mayoría de los hospitales públicos en nuestro país, se les envía a casa antes del tiempo por falta de espacio físico para otras pacientes que ingresan, por lo contrario hay pacientes que requieren de más días de hospitalización como las que tienen hijos prematuros y además las madres con alguna patología crónica asociada, es desde entonces que el tiempo de estadía se convierte en un factor de riesgo para el puerperio porque al poco tiempo de hospitalización se relacionan patologías como la producción de hemorragias, y en tiempos prolongados se relacionan con patologías nosocomiales, como por ejemplo las infecciones hospitalarias por gérmenes hospitalarios que en su mayoría son multirresistentes.

Tabla 3

Estadía hospitalaria de las puerperas complicadas

Estadía hospitalaria	No.	%
2-7-días	114	66,3
8-14 días	55	32,0
15 días y más	3	1,7
Total	172	100

Comportamiento Patológico del Puerperio. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2011.²⁹

CONTROLES PRENATALES INADECUADOS

La embarazada con peso normal sigue la frecuencia de controles de un embarazo de Bajo Riesgo, 5 controles como mínimo.

Las embarazadas con bajo peso y obesas siguen la frecuencia de controles de un embarazo de Alto Riesgo, 8 a 9 controles como mínimo. 25

INFECCIONES DEL CANAL DEL PARTO

Vaginosis

Se denomina vaginosis bacteriana a la entidad clínica producida por un desequilibrio en la flora vaginal normal que se manifiesta en los casos sintomáticos por la presencia de prurito, ardor y flujo malolientes característicos, no siendo imprescindible realizar métodos de laboratorio para su diagnóstico en la mayoría de los casos.

Se admite que hay un complejo de microorganismos presentes y responsables de la etiología en el cuadro instalado que es el complejo GAMB (Gardnerella vaginalis, Anaerobios, Mobiluncus, Micoplasma, Ureaplasma etc.). Presenta la siguiente sintomatología: flujo genital, abundante, homogéneo, blanquecino grisáceo o amarillento, ligeramente fétido, con o sin burbujas, afectando al epitelio vaginal. Los síntomas vulgares son poco frecuentes (prurito, ardor, dispareunia). En una revisión de los estudios del caso y control y de la cohorte, encontraron que las mujeres con vaginosis bacteriana tienen aumentada 1.85 veces la probabilidad de presentar un parto Pretérmino. También presentan un aumento en la incidencia de ruptura prematura de membranas.

Los tratamientos ensayados en pacientes portadoras, incluyeron distintos esquemas antibióticos. Los usados en las intervenciones fueron el metronidazol oral, la eritromicina, la amoxicilina, la clindamicina y también esquemas locales con óvulos y cremas vaginales de igual composición.

En la revisión sistemática publicada en la biblioteca de Salud Reproductiva de OMS se evaluó la efectividad del tratamiento antibiótico en las pacientes con vaginosis bacteriana (McDonald 2006).

Las conclusiones de dichos estudios fueron las siguientes:

El tratamiento antibiótico mostró ser efectivo para curar la vaginosis bacteriana durante el embarazo pero no se observó una disminución en la incidencia de parto prematuro ni rotura prematura de membranas sistemáticamente. Reduce el riesgo de bajo peso al nacer.

Se observó una mayor incidencia de partos pretérminos en el grupo tratado con Clindamicina 300 mg

La Amoxicilina no resultó eficaz en el tratamiento de la Vaginosis Bacteriana

Se recomiendan los tratamientos con Metronidazol 500 mg. cada 12 horas durante 7 días, en lugar de la dosis única de 2 gr. en un día, dado su mejor tolerancia.²⁵

PATOLOGÍAS PUERPERALES

Tabla 4

Distribución de frecuencia de las complicaciones puerperales

Complicaciones puerperales		No.	%
Afecciones mamarias	Congestión mamaria	18	10,5
	Mastitis aguda	33	19,2
	Absceso de mama	9	5,2
	Total	60	34,9
Loquiometría		16	9,3
Endometritis		27	15,7
Sangramientos	Atonías	8	4,6
	Hematomas (vulva, vagina)	4	2,3
	Desgarros vaginales	1	0,6
	Total	13	7,5
Sepsis de la herida		10	5,8
Hipertensión arterial grave		6	3,5
Sepsis urinaria		6	3,5
Anemia moderada		4	2,3
Tromboflebitis		2	1,2
Otras		6	3,5

Comportamiento Patológico del Puerperio. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2011.²⁹

HEMORRAGIAS DEL TERCER PERÍODO

Según la Organización Mundial de la Salud, la hemorragia postparto se define como la pérdida de 500ml de sangre o más a través del canal vaginal que se produce durante el parto o postparto inmediato o un descenso del Hematocrito del 10% o más en las primeras dos horas postparto.^{2,3}

Actualmente se considera que cualquier pérdida de sangre que lleve a la mujer puérpera a una alteración hemodinámica debe ser considerada como una hemorragia postparto.

Algunos autores consideran que para un embarazo eutócico (feto único) se considera hemorragia postparto a un sangrado más o menos de 500 ml y para un embarazo gemelar, más o menos de 1000 ml.^{3,6}

La incidencia de Hemorragia Postparto varía en los diferentes estudios entre 2.5 a 16 %, debido a que no se estima con exactitud la pérdida de un volumen real de sangre. También es de suma dificultad medir la cantidad de pérdida sanguínea por lo que la sangre suele estar mezclada con líquido amniótico, orina, etc. Además por lo que se queda manchando las sábanas, los baldes, el piso y sobre todo se añade soluciones antisépticas para la limpieza estéril del campo del parto.⁶

Fisiopatogénia

La capa muscular (miometrio) del útero durante el alumbramiento se contrae y se retrae, a su vez se va engrosando y disminuyendo el volumen uterino. Posteriormente la placenta por el cambio de tamaño del útero comienza a desprenderse y al salir, el útero se endurece formando el “Globo de seguridad de Pinard”. A medida que la placenta se separa ocurre el sangrado por los vasos que quedan desprendidos por lo que el útero al contraerse detiene el sangrado.^{1,2,6,8,12}.

El sangrado continuo que no cesa con un manejo activo del tercer periodo del parto (Alumbramiento) lleva a que el útero sea el desencadenante de un sangrado continuo y profuso que no se detiene.^{1,2,4,6}.

El grado de pérdida de sangre asociado con la separación de la placenta y su expulsión depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de la acción de las contracciones sobre el lecho placentario durante y después de la separación.

Clasificación

Primaria: Pérdida hemática superior a 500 ml originada en el canal del parto dentro de las 24 horas posteriores al parto.

Secundaria: Sangrado anormal o excesivo originado en el canal del parto que tiene lugar entre las 24 horas posteriores al parto y al final del puerperio (12 semanas).²⁷

Factores Predisponentes de Hemorragia Postparto

Algunos factores aumentan la posibilidad de que se presente hemorragia excesiva después del parto. La mayor parte interfiere con el mecanismo normal de la hemorragia.^{3,5,8.}

- a) **Sobre distensión uterina:** Cuando el contenido de la cavidad uterina en gestación es de gemelos, feto macrosómico, polihidramnios, etc., las fibras del miometrio se han estirado tanto que al finalizar el embarazo no son capaces de retraerse con la rapidez y contraerse de forma adecuada para ocluir los vasos abiertos en forma rápida postparto.
- b) **Lesiones:** Puede existir hemorragia considerable a partir de laceraciones vaginales, rotura uterina, desgarros de cuello o incluso de episiotomía. Autores manifiestan que el sangrado promedio por episiotomía medio lateral es de aproximadamente 250 ml.
- c) **Parto domiciliario:** Generalmente se da a lugar en el medio rural sobre todo en países en vías de desarrollo y debido a: preferencias culturales, motivo económico, una calidad deficiente de salud en esa zona. Al ocurrir la hemorragia la comadrona o partera al no contar con los materiales suficientes y adecuados y sobre todo al no tener conocimientos para intervenir de inmediato ocurre lo inesperado y lo indeseable con la mujer gestante o puerpera.
- d) **Adherencia placentaria anormal:** Son alteraciones de adherencia de la placenta de forma inadecuada.
 - a. **Placenta ácreta:** Cuando las vellosidades coriónicas casi en su totalidad penetren a través de la decidua (invaden el miometrio).
 - b. **Placenta íncreta:** Cuando la placenta ha penetrado el miometrio.
 - c. **Placenta pércreta:** Cuando totalmente atraviesa las capas del útero y pueden ser:
 - i. P. P. Total: Incluidos todos los cotiledones
 - ii. P. P. Parcial: Incluidos algunos cotiledones
 - iii. P. P. Focal: Incluido un solo cotiledón.

COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA (CID)

La CID se relaciona en particular con el desprendimiento prematuro de la placeta, pero también puede ocurrir en caso de embolia amniótica y luego de retención uterina de un feto muerto durante algunas semanas.¹¹ Al producirse el desprendimiento placentario se libera tromboplastina del tejido placentario al torrente sanguíneo, y esto consume el fibrinógeno. En otros casos el mecanismo no es bien claro, pero se da lugar a la depleción rápida de los factores de la coagulación y plaquetas que resultan en una hemorragia catastrófica.

Signos clínicos:⁸

1. Hemorragia > a 500 ml
2. Sangre roja rutilante y brillante
3. Palidez generalizada
4. Hipotensión arterial
5. Taquicardia (>100 lpm)
6. Sudoración profusa
7. Piel húmeda
8. Mareos, nauseas
9. Shock

SHOCK HIPOVOLÉMICO

Es la incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo a los órganos vitales. Se caracteriza por:^{1,8}

- a. Pulso rápido y débil
- b. Hipotensión arterial (Sistólica < 90 mmHg)
- c. Palidez generalizada
- d. Sudoración, piel fría y húmeda
- e. Taquipnea (> 30 rpm)
- f. Ansiedad, confusión o inconsciencia
- g. Oliguria (< 30 ml/h)

Sin embargo, hay que tener en cuenta que en la paciente obstétrica la hemorragia o la caída de la presión arterial pueden retraerse (especialmente en mujeres que han recibido oxitocina)

Manejo hemodinámico del paciente con shock

Se debe instalar el manejo específico para shock hipovolémico según protocolo del Ministerio de Salud del Ecuador¹:

1. Inicie una infusión IV (ideal dos) con una cánula o aguja de alto calibre (calibre 14 o 16)
2. Recoja sangre para exámenes de hemoglobina, tipificación, pruebas cruzadas y pruebas de coagulación junto a la cama inmediatamente antes de la infusión de líquidos.
3. Administre IV 1 litro de solución salina normal (al 0.9%) o Lactato Ringer en 15-20 minutos. (LOS CRISTALOIDES SON LA PRIMERA ELECCIÓN PARA COMPENSAR LA VOLEMIA)
4. Administre al menos 2 litros durante la primera hora
5. Evite utilizar los sustitutos del plasma (ej. Dextrano) No hay evidencia de que los sustitutos del plasma sean superiores a los cristaloides en la reanimación del paciente hipovolémico.
6. Fíjese como meta reponer 3 veces la pérdida de volumen calculado a un ritmo más rápido.
7. No administre líquidos por vía oral a una mujer en shock
8. Monitoree las constantes vitales (c/d 15 min) y la pérdida de sangre
9. Administre Oxígeno 6-8 L por minuto por mascarilla
10. Constate si el alumbramiento se ha producido o no
11. Si el alumbramiento se ha producido revise la placenta y membranas para determinar su integridad.
12. Si el alumbramiento fue completo trate como atonía – hipotonía uterina
13. Si el alumbramiento fue incompleto solicite de urgencia Anestesiólogo para proceder con la extracción manual de placenta, revisión de cavidad uterina y

compresión bimanual para tratar la atonía hipotonía uterina secundaria que se puede producir.

Tratamiento de la hemorragia postparto

Una hemorragia postparto debe ser considerado como una emergencia grave. El éxito terapéutico depende de:

1. Su diagnóstico oportuno
2. Identificar la causa
3. Aplicar las medidas terapéuticas generales
4. Tratar las causas que originaron la hemorragia postparto

Protocolo de manejo de la hemorragia postparto₁:

1. Brinde masaje continuo al útero atónico, si no se consigue contraerse luego del parto.
2. Si se acompaña de sangrado abundante y atonía – hipotonía uterina use los fármacos oxitócicos que se pueden administrar juntos o en forma secuencial:
 - a. **OXITOCINA:**
IV: Infunda 20 UI en 1 L de líquidos a 60 gotas por minuto.
IM: 10 UI
Dosis continua IV: Infundir 20 unidades en 1 litro de líquido a 40 gotas por minuto
Dosis máxima no más de 3 L de líquidos IV que contengan
No administrar OXITOCINA en bolo IV
 - b. **ERGOMETRINA/METILERGOMETRINA**
IM o IV (lentamente): 0,2 mg
Repetir 0,2 mg IM después de 15 minutos
Si se requiere, administre 0,2 mg. IM o IV (lentamente) cada 4 horas, 5 dosis (un total de 1,0 mg).
NO USE: en caso de Preeclampsia, hipertensión, cardiopatía₁
 - c. **MISOPROSTOL**
1 dosis de 600 ug VO o SL. Tener precaución con las pacientes asmáticas.

3. Si el sangrado continúa a pesar del manejo arriba mencionado realice compresión bimanual del útero.

Protocolo del tratamiento de hemorragia postparto tardía₁:

1. Si continua el sangrado pese a las medidas ya antes mencionadas, realice:
 - a. Si el cuello uterino está dilatado, explore manualmente para extraer coágulos y fragmentos placentarios.
 - b. Si el cuello no está dilatado, evacúe bajo anestesia el útero para extraer los fragmentos placentarios.
 - c. Si el sangrado continúa y es profuso, considere la ligadura de las arterias uterina y uteroovárica o una histerectomía.
 - d. De ser posible, realice el examen histopatológico del material de legrado o las muestras de la histerectomía para descartar un tumor trofoblástico.
2. Considere la terapia transfusional si: Hemoglobina es menor de 7 g/dl o si presentan shock. Si es mayor de 7 g/dl administrar hierro elemental a dosis de 100 a 200 mg/d por 6 meses, o usar esquema parenteral con hierro sacarosa.
3. Considere el uso de antibiótico si hay signos de infección puerperal.
4. Monitoree el sangrado vaginal y tome los signos vitales de la mujer.
5. Asegúrese de que el útero esté totalmente contraído.
6. Mantenga el masaje uterino cada 15 minutos por 2 horas por compresión bimanual del útero.
7. Control del puerperio según protocolo de manejo del puerperio.
8. Solicite hemoglobina (Hb) y hematocrito (Hcto) a las 24 horas.

ATONÍA UTERINA

Etiopatogenia

El miometrio está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras del miometrio se contraen y se retraen, posteriormente el útero se engrosa y disminuye su volumen, por lo tanto la placenta comienza a separarse a medida que la superficie del útero disminuye. Al separarse la placenta, el útero se hace firme y globoso, llegando a atravesar la línea media abdominal. El

cordón umbilical puede parecer alargado. Este proceso lleva habitualmente 10-30 minutos; si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego del nacimiento se considera un alumbramiento prolongado. 1,2,8.

Al final de un embarazo a término, 500-800 ml de sangre afluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones uterinas continuas y coordinadas comprimen los vasos sanguíneos controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario. Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina; los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia.1,6,8,12.

Se trata de un cuadro en que el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae, no contrae, alterándose así la hemostasia. Es decir que la atonía uterina tiene lugar cuando fracasan los mecanismos de contracción normales después del alumbramiento placentario. La incidencia ha sido de 1/20 partos.⁶ Además de ser la causa más frecuente de hemorragia postparto, es también la indicación más común de histerectomía postparto; así en un estudio Clark et al. hallaron que era la indicación en el 40% de los casos.19,20

Se han descrito toda una serie de condiciones que predisponen a la atonía uterina como lo indica la tabla siguiente.

Tabla 5
Condiciones que se asocian con atonía uterina
Hiperdistensión uterina
Gestación múltiple
Hidramnios
Distensión por coágulos
Paridad en añosas
Parto prolongado
Multiparidad

Diagnóstico

Clínicamente el útero, luego de haberse vaciado, sigue con un tamaño mayor que lo normal, ya que el fondo se encuentra por encima del ombligo. La consistencia es muy blanda y no se ha formado el globo de seguridad de Pinard. Al realizar masaje uterino este se contrae, disminuye su tamaño y aumenta su consistencia, pero rápidamente vuelve a su estado anterior. La ausencia de lesiones de partes blandas, de trastornos de la coagulación o de retención de restos placentarios confirma el diagnóstico.^{1,6,8}

La administración de agentes estimulantes de la contractilidad uterina como la oxitocina se ha asociado con atonía uterina; no obstante, cada vez más autores creen que sería la indicación que ha llevado a la utilización de estas sustancias, más que las drogas en sí las responsables de la atonía uterina.¹⁹

Tratamiento

El tratamiento inicial de la atonía uterina consiste en la práctica de masaje uterino o compresión en los casos más graves y la administración de oxitocina por vía intravenosa. El masaje o la compresión uterina, además de provocar en muchas ocasiones la contracción uterina, puede disminuir por sí mismo la hemorragia y así dar tiempo a que los fármacos administrados realicen su acción farmacológica.^{6,8}

Cuando estas medidas fallan, se necesita una nueva exploración del canal del parto y del útero para descartar que existan otras causas de hemorragia. Si la exploración es negativa se puede ensayar la administración de maleato de metilergonobina.

La vía de administración más aceptable es la intramuscular, ya que no causa los incrementos tan bruscos de la presión arterial observados cuando su administración es por vía intravenosa; sin embargo, la vía intramuscular es de absorción menos predecible, sobre todo en las pacientes hipotensas.^{1,2,3,8}

Los derivados prostaglandínicos se han mostrado efectivos en el control de la atonía uterina postparto cuando han fallado las medidas hasta aquí expuestas.¹

RETENCIÓN DE LA PLACENTA Y MEMBRANAS OVULARES

Es frecuente aun en el parto espontáneo. Puede retenerse la totalidad de las membranas o solo parte de ellas, tanto, en extensión como en espesor. Esto suele ocurrir por la realización de maniobras apresuradas para el alumbramiento y por la friabilidad o un grupo de adherencia acentuando de las membranas. Lo más habitual es que aquellas se eliminen en los días siguientes del puerperio, junto con los loquios, generalmente en descomposición, a la par que se observan entuertos o fetidez loquear, puesto que la retención facilita el ascenso de gérmenes y predispone a la endometritis.^{1,6,8,12.}

Como tratamiento se recurre a la administración en primera línea los antibióticos, y en aquellas retenciones acentuadas se puede recurrir al curetaje.²²

Tabla 6. Distocias		
TOTAL		PARCIAL
a. Distocias dinámicas	Anillos de contracción	a. Restos placentarios
	Inercia	b. De membranas
b. Distocia anatómica	Adherencia anormal de la placenta	

Fuente: Obstetricia de Williams

DISTOCIAS DINÁMICAS

Estas pueden deberse a insuficiencia de la contractilidad (inercia) o a contracciones perturbadas (anillos de contracción).²¹

DISTOCIAS ANATÓMICAS

Adherencia anormal de placenta (placenta ácreta, íncreta, pércreta). Causas: Endometritis. Procesos inflamatorios de la placenta o raspado uterino previo.

Diagnostico

Retención total o parcial: con el tacto intrauterino se comprueba dificultad en el desprendimiento por falta de plano de cibaje. Si existe desprendimiento parcial hay hemorragia.

Tratamiento

La tendencia actual es la histerectomía. Si la placenta tiene pocas zonas de adherencias anormales, puede intentarse el desgarro de la misma en dichas zonas.

DESGARRO DEL CANAL BLANDO DEL PARTO

Se dan lugar generalmente como consecuencia de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo. Estas lesiones se pueden presentar en todo el trayecto del canal del parto (periné, vulva, vagina, cuello y cuerpo uterino).^{1,8,23}

DESGARRO DEL CUELLO UTERINO

Esta patología se produce como secuela del pasaje de la cabeza fetal por un cuello aun no dilatado totalmente o como consecuencia a que la presentación es un poco más grande que el canal cervical. Se pueden presentar lesiones cervicales serias secundarias a maniobras en las que generalmente ha tenido que intervenir la fuerza. Suelen producirse por: partos precipitados, pujos antes del tiempo, fetos voluminosos, etc. Se trata de los desgarros que miden más de 2 cm de profundidad a partir del borde externo del cuello generalmente bilaterales, llegan a veces hasta la inserción de la vagina y aún más lejos, son muy sangrantes, con presencia de sangre roja rutilante y continua a pesar de que esta una excelente retracción uterina, debida generalmente al desgarro de la rama cervical de la uterina.^{1,2,8,23}

Síntomas

Si pese a que el útero está bien retraído y hay hemorragia, hay que pensar que hubo un desgarro cervical, entonces es obligatorio realizar una revisión con valvas o un espejo vaginal (especulo).

Profilaxis

No intentar extraer por vía vaginal un feto pelviano, tampoco hacer pujar antes de que se haya conseguido una dilatación cervical adecuada, no utilizar fórceps para extraer el producto.

Tratamiento

Al ver que no cesa la hemorragia y que se constata que hay un desgarro, es de recomendación realizar una sutura de la misma con hilo absorbible, empezando por encima del ángulo superior de la herida, es decir desde el sitio que no está con la lesión.^{1,8}

DESGARRO VAGINAL

Una lesión de la pared del canal vaginal en el trayecto longitudinal, que puede abarcar sólo a la mucosa, a todos los planos de la vagina y aún a los órganos contiguos (vejiga, recto).^{8,23}

Mecanismo de producción

Generalmente es como secuela de partos forzados, rotaciones intravaginales del fórceps, dilataciones violentas de vaginas fibrosas, mal irrigadas o con cicatrices de partos anteriores; también puede producirse en partos de fetos voluminosos o también cuando la cabeza del feto se desprende con diámetros mayores a las de la pelvis, la misma que se considera como un DCP (desproporción céfalo pélvico). La misma se puede observar abriendo campo en el canal vaginal.²³

Complicaciones

Se puede originar inflamaciones agudas o crónicas del tejido conjuntivo pelviano y fístulas perineales rectales o vesicales.

DESGARROS VULVOPERINEALES

Se distinguen cuatro tipos o grados de desgarros, de acuerdo a la manera en que se extienden por los tejidos blandos que forman el periné:²⁴

Tabla 7. Grados de desgarros	
GRADO	DEFICINIÓN
I	Afecta únicamente la piel
II	Afecta a la musculatura perineal
III	Afecta has el esfínter externo del ano
IV	Afecta toda la pared del recto

También se presentan desgarros mediales del periné, que originan su rotura con conservación anatómica de la vulva y del ano.²⁴

Etiopatogenia

Se relaciona directamente con la sobre distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza u hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra, además de ciertos factores condicionantes, a saber, tejidos fibrosos en las primíparas añosas, cicatrices anteriores que no se dejan distender, edema, hipoplasia, ángulo púbico muy agudo.^{6,24}

Diagnóstico

Observación directa de la lesión.

COMPLICACIONES INFECCIOSAS

INFECCIÓN PUERPERAL

Proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el período puerperal por dos picos febriles mayores a 38° C, separados al menos por 6 horas en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del nacimiento.^{1,2,8}

Potencialmente grave es una de las causas principales de muerte materna por ocasionar abscesos, peritonitis, trombosis de venas profundas o embolia pulmonar que lleva al shock séptico.^{1,2,8}

La cesárea es la situación más predecible de endometritis postparto, especialmente luego de la rotura de membranas de cualquier duración. El rango de endometritis postparto es de 0.9 a 3.9 % y de cesárea superior al 10%.

FIEBRE PUERPERAL

Aquella mujer puérpera que presenta una temperatura de 38° C o aún más, que se da lugar luego de 24 h postparto.^{1,8}

Factores de riesgo

Generales:

- Anemia
- Desnutrición
- Obesidad
- Enfermedades crónicas
- Condición socioeconómica, sanitaria e higiénica deficiente.

Específicos:

- Durante el parto
 - Trabajo de parto prolongado
 - Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones)
 - Desgarros cervicales y vagino perineales mal reparados
 - Revisión manual de la cavidad uterina
- Durante la cesárea
 - Técnica quirúrgica inadecuada
 - Tiempo quirúrgico prolongado
 - Cesárea de urgencia
 - RPM > 6 horas

Etiología.- Es de naturaleza polimicrobiana y la mayoría de los gérmenes causales habitan en el tracto genital de la mujer. El efecto sinérgico de la combinación microbiana y de factores predisponentes, así como la presencia de tejido desvitalizado o condiciones

generales de resistencia disminuida en el huésped, aumentan exponencialmente la virulencia y patogenicidad de estos gérmenes, dando lugar a la infección puerperal.

Los gérmenes que con más frecuencia se aíslan:

- Aerobios
 - Streptococos (A, B, D)
 - Enterococos
 - E. coli
 - Klebsiella
 - Staphylococcus aureus
 - Gardenellavaginalis
- Anaerobios
 - Bacteroides spp.
 - Peptostreptococcus spp.
 - Clostridium
- Otros
 - Ureaplasma urealyticum
 - Mycoplasma hominis
 - Chlamydia trachomatis

ENDOMETRITIS PUERPERAL

Cuadro febril por infección del útero luego del parto caracterizado por útero muy sensible y loquios de mal olor. La infección puede darse lugar si existe cesárea, retención de restos placentarios o instrumentaciones. 1,2,4,6,8

Factores de riesgo

- Cesárea
- RPM
- Corioamnionitis
- Trabajo de parto prolongado
- Alumbramiento Domiciliario
- Etc.

Etiología

Polimicrobiana, fuente endógena, vía ascendente o por contigüidad < 24 – 48 h estreptococos.

Clínica

- Fiebre
- Malestar general
- Anorexia
- Secreción vaginal fétida
- Dolor abdominal en hipogastrio

Diagnóstico

- Leucocitos 15000 – 30000
- Cultivo del tracto genital o endometrio
- Uro cultivo
- Hemocultivo
- Eco abdominal

La cesárea es la situación más predecible de endometritis posparto y el rango de incidencia de endometritis después del parto vaginal es de 0,9 a 3,9 % y de cesárea, superior al 10 %; mientras que Luján reporta entre el 5 y el 85 % en su serie. Luego de una cesárea la complicación más común es la infección que fluctúa entre 19,7 % y 51 % su incidencia, con un riesgo entre 5 a 10 veces mayor que en un parto vaginal.²⁹

La endometritis que es la complicación séptica más frecuente asociada con el parto, para las cesáreas su incidencia varía según la población investigada entre el 5 y el 85 %.²⁹

Entre 2000 y 2004, Chile informó 83 hospitales donde las tasas de endometritis puerperal se obtuvieron de acuerdo al tipo de parto, vaginal o cesárea; para ello se vigilaron 626 402 partos, de los cuales 30,0 % fueron cesáreas, mas fue importante la disminución del 66 % de las endometritis postcesárea, con una reducción del 39 % en la endometritis posparto vaginal.²⁹

En el Brasil, la infección puerperal varía (1 % a 7,2 %), con fallas en el sistema de vigilancia, se observa hoy en día un uso abusivo de cesáreas. Ensayos clínicos han demostrado que la profilaxis con antimicrobianos reduce hasta el 60 % de endometritis en cesárea con y sin trabajo de parto, aun cuando hay variabilidad, en la mayoría de los

estudios se observan beneficios. Esta puede ser causa de que en el estudio esta complicación sea menor que posparto.²⁹

MASTITIS PUERPERAL

Cuadro febril por condición inflamatoria de la mama, que puede o no estar acompañada de infección. Asociada con la lactancia se llama mastitis de la lactancia o mastitis puerperal.^{1,8}

Mastitis Infecciosa

Cuadro febril con inflamación e infección localizada polimicrobiana de la mama secundaria a ingurgitación mamaria y solución de continuidad, generalmente unilateral. Puede llegar a organizarse y la infección determinar un absceso mamario.^{1,2,6,8,11}

Factores favorecedores

- Obstrucción del ducto
- Grietas en pezón
- Cremas en pezón
- Estrés
- Mastitis previas

Etiología

- Estafilococo aureus
- Estafilococo epidermidis
- E. coli

Clínica

- Fiebre mayor 38° C postparto o postcesárea
- Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito.
- Escalofríos
- Taquicardia
- Dolor y sensibilidad de las mamas 3 – 5 días postparto

- Mamas agrandadas, duras
- Área enrojecida, cuneiforme en la mama
- Generalmente afectación unilateral
- Secreción purulenta del pezón
- Adenopatías axilares
- Puede llegar a formar un absceso mamario

DEHISCENCIA E INFECCIÓN DE HERIDA PERINEAL O ABDOMINAL

Proceso febril, inflamatorio e infeccioso que afecta a la herida de la episiotomía o de la cesárea. Puede tratarse de colección exudativa (seroma), sanguínea (hematoma) o purulenta (absceso).²

Examen Físico

- Fiebre mayor a 38° postparto y post cesárea
- Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito.
- Escalofríos
- Taquicardia
- Deshidratación variable

Infección de las heridas perineales o abdominales

- Herida excepcionalmente sensible, dolorosa, endurecida con secreción serosa, sanguinolenta o purulenta.
- Eritema y edema más allá del borde de la incisión.

Exámenes de laboratorio

- BH: leucocitosis con desviación a la izquierda, TP, TPP, Plaquetas, Tipificación; Rh, pruebas cruzadas.
- Prueba de coagulación junto a la cama

- Coloración gram y fresco o cultivo de secreción purulenta: no justifica porque la endometritis es polimicrobiana: Estreptococos, Anaerobios, E. coli, Bacteroides, Clostridium, estafilococo aureus, etc.

COMPLICACIONES PSÍQUICAS

Psicosis postparto

La psicosis postparto ocurre de manera característica cerca del momento del parto y afecta a menos de 1% de las mujeres. No se conoce la causa, aunque aproximadamente la mitad de las mujeres que presentan psicosis también tienen antecedentes de enfermedades mentales. La psicosis postparto se caracteriza por la aparición abrupta de delirios o alucinaciones, insomnio, preocupación por el bebé, depresión grave, ansiedad, desesperación e impulsos suicidas o infanticidas.

A veces, la atención del bebé puede continuar como de costumbre. El pronóstico de recuperación es excelente pero cerca de 50% de las mujeres padecerá una recaída en partos posteriores. En general:

- Proporcione apoyo psicológico y ayuda práctica (con el bebé y el cuidado de la casa).
- Escuche a la mujer y bríndele aliento y apoyo. Esto es importante para evitar consecuencias trágicas.
- Reduzca el estrés.
- Evite tocar cuestiones emocionales cuando la condición de la madre es inestable.
- Si se administran medicamentos antipsicóticos, tenga en cuenta que los medicamentos pueden pasar al bebé a través de la leche materna y que habrá que reevaluar la lactancia materna.²⁶

Después del parto y a pesar del agotamiento que provoca el nacimiento, la mujer suele experimentar una sensación transitoria de cansancio y abatimiento, que no influye significativamente ni en sus relaciones interpersonales ni en su preocupación por la presentación personal. Tampoco se ve afectado el cuidado o la atención hacia el recién nacido.⁶

Estos síntomas de tristeza, de dudas acerca de su capacidad para sacar adelante esta nueva etapa de crianza, los requerimientos propios de la lactancia, la nueva percepción de sí misma y de su aspecto corporal así como su nueva relación con el esposo en el contexto de ser tres y no dos, es necesario diferencia de síntomas depresivos mayores.

Son 4 los síndromes asociados al puerperio:

1. Desordenes de estrés post traumático que se instala rápidamente, a las 24 – 28 horas post parto traumático.
2. Tristezas normales del puerperio que no requieren de tratamiento específico y se presentan después de los tres días del parto (prevalencia 80%).
3. Psicosis puerperal (prevalencia 0.2%)
4. Depresión post parto cuya prevalencia es del 10-20% y se presenta en el puerperio tardío, normalmente no antes de las tres o cuatro semanas.

Es rara vez diagnosticada en forma precoz y su enfoque incluye detección de factores de riesgo y enfoque preventivo incluso utilizando con éxito terapia de reposición estrogénica profiláctica.

La depresión se presenta con mayor frecuencia en mujeres con historia familiar de depresión, que han tenido depresión post parto anteriores o problemas significativos de ajuste con su recién nacido.⁶

En ellas existe marcando desinterés por su hijo, incapacidad para cuidarlo, y la duración del síndrome afecta la calidad de vida, la relación de pareja y oscurece el pronóstico del recién nacido.⁶

Por otro lado se ha demostrado que el ambiente que envuelve al paciente embarazada, una relación de apoyo por parte de su esposo, presenta menor riesgo de depresión y mayor éxito en el manejo del stress post parto.

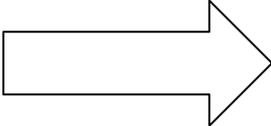
2.1. DEFINICIÓN DE VARIABLES

- **Procedencia domiciliaria.-** Perteneiente o relativo al domicilio. Persona que tiene domicilio o está vecinado en un lugar, la casa puede estar ubicada en un sector urbano o rural.
- **Edad.-** Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento.
- **Instrucción.-** Caudal de conocimientos adquiridos. Curso que sigue un proceso o expediente que se está formando o instruyendo este puede cursar por primaria, secundaria o superior, es un sinónimo del término escolaridad.
- **Estado Civil.-** Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que repercuten en la capacidad de obrar de la misma.
- **Paridad.-** Cantidad de partos por vía vaginal o cesárea.
- **Controles prenatales.-** La comprobación, inspección, fiscalización, intervención que realiza el equipo de salud en la mujer gestante para identificar algún factor de riesgo.
- **Hemorragias.-** Circunstancia que puede deberse a una alteración o a una rotura traumática de los vasos sanguíneos, además de aparecer como complicación de muchas otras enfermedades.
- **Desgarros.-** Solución de continuidad de un tejido macroscópicamente normal.
- **Infecciones.-** Procesos ocasionados por microorganismos (bacterias, virus, hongos y o parásitos) a nivel de tejidos blandos.

2.2. HIPÓTESIS

Los factores de riesgo obstétricos de patologías puerperales frecuentes, intervienen más en madres adolescentes que en madres adultas atendidas en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, enero-junio 2013?

2.3. VARIABLES

IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES		
Factores de riesgo obstétricos en patologías puerperales frecuentes en madres puérperas adolescentes versus adultas del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.		
Variable independiente		Variable dependiente
Factores de Riesgo <ul style="list-style-type: none"> • Procedencia domiciliaria • Edad • Instrucción • Estado civil • Hábitos tóxicos • Paridad • Controles prenatales • Ecografías 		Patologías Puerperales INMEDIATAS <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias • Desgarros • Alumbramiento incompleto • Otras MEDIATAS <ul style="list-style-type: none"> • Procesos infecciosos

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ESCALA	VALOR
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO		
Factor de Riesgo Modificable		
Controles Prenatales	Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • 1- 4 • 5 • ≥ 6
Instrucción	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior

Estado Civil	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión estable • Otro
Ecografías	Continua	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • 1-2 • 3 • ≥ 4
Factor de Riesgo no modificable		
Edad	Continua	<ul style="list-style-type: none"> • 12-19 años • 20-35 años
Paridad	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Primigesta • Secundigesta • Multigesta
VARIABLE	ESCALA	VALOR
VARIABLE DEPENDIENTE: PATOLOGÍA PUERPERAL		
Hemorragia postparto	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si/No
Desgarros	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • G1,G2,G3
Infecciones	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si/No
Alumbramiento	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Completo/incompleto
Otras	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si/No

CAPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. METODOLOGÍA

3.1.1. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

El estudio se llevó a cabo en las pacientes que presentaron complicaciones puerperales, las mismas que fueron seleccionadas al azar en el área de post parto y post cesárea de madres adolescentes (sala A) y madres adultas (sala C) del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora localizado en la ciudad de Quito, durante el período Enero – Junio 2013.

3.1.2. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio fue todas las madres puérperas adolescentes y adultas desde Enero a Junio de 2013, siendo este un promedio de 400 puérperas por cada mes, dando un total de 2400 pacientes post parto y post cesárea, de las cuales se escogieron durante los 6 meses de estudio una muestra de 432 pacientes entre parto normal y cesárea, que corresponden a un promedio mensual seleccionado al azar de 72 pacientes.

Este grupo de estudio estuvo constituida por todas las mujeres que de una y otra manera han presentado una o varias patologías puerperales, las mismas que fueron escogidas de acuerdo a los respectivos criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión: Todas las pacientes puérperas de la Sala A (Adolescentes) y C (Adultas) ingresadas durante el tiempo de estudio en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

Criterios de Exclusión: 1) Todas las pacientes puérperas que han tenido algún trastorno hipertensivo de la gestación.2) Todas las pacientes puérperas que tienen alguna patología crónica ya diagnosticada.

3.2.1. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada para la recolección de datos fue la observación y recolección directa de datos de las historias clínicas de las pacientes hospitalizadas en las salas A (madres adolescentes) y C (madres adultas) del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora durante enero a Junio del 2013.

3.2.2. ASPECTOS BIOÉTICOS

Toda información se manejó confidencialmente y su empleo fue exclusivamente estadístico para este trabajo.

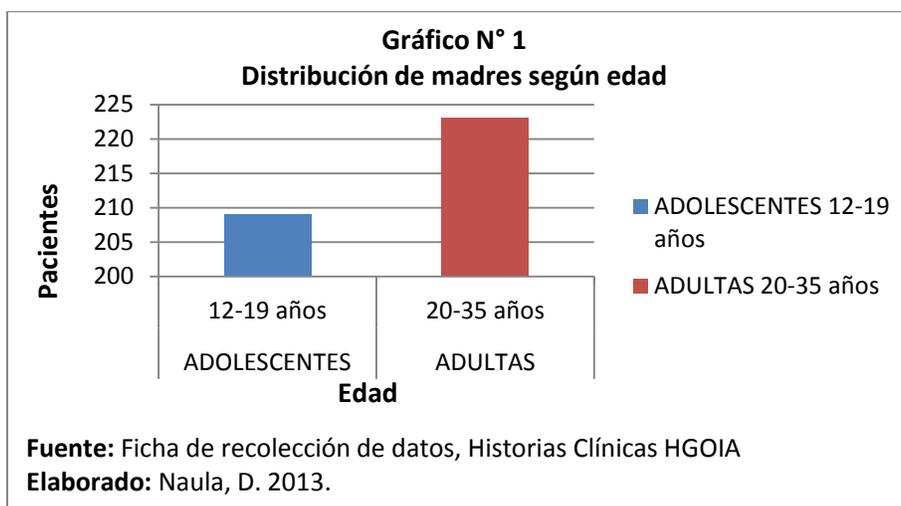
No se realizó ninguna manipulación y daño a la información de las historias clínicas del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA N° 1			
Distribución de madres según edad			
Adolescentes	12-19 años	209	49%
Adultas	20-35 años	223	51%
TOTAL		432	100%

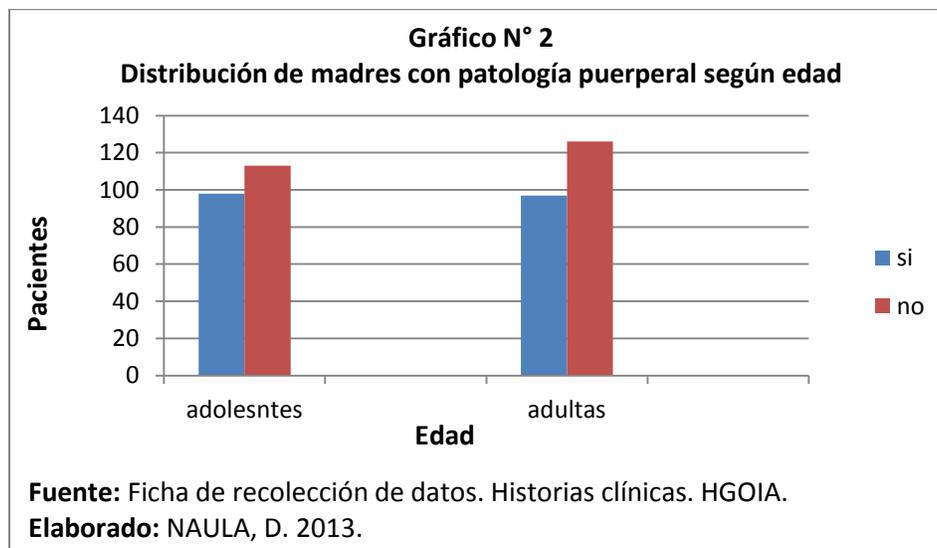
Fuente: Ficha de recolección de datos, Historias Clínicas HGOIA
Elaborado: Naula, D. 2013.



ANÁLISIS: La mayoría de madres con el 51% (223 casos) son adultas entre los 20-35 años de edad, al contrario con el 49% (209 casos) de madres son adolescentes con un rango de edad de 12 a 19 años.

Tabla N° 2					
Distribución de madres con patología puerperal según edad					
Adolescentes (209)			Adultas (223)		
P. Puerperal	Frecuencia	%	P. Puerperal	Frecuencia	%
Si	97	46	Si	97	43
No	112	54	No	126	57

Fuente: Ficha de recolección de datos. Historias clínicas. HGOIA.
Elaborado: NAULA, D. 2013.



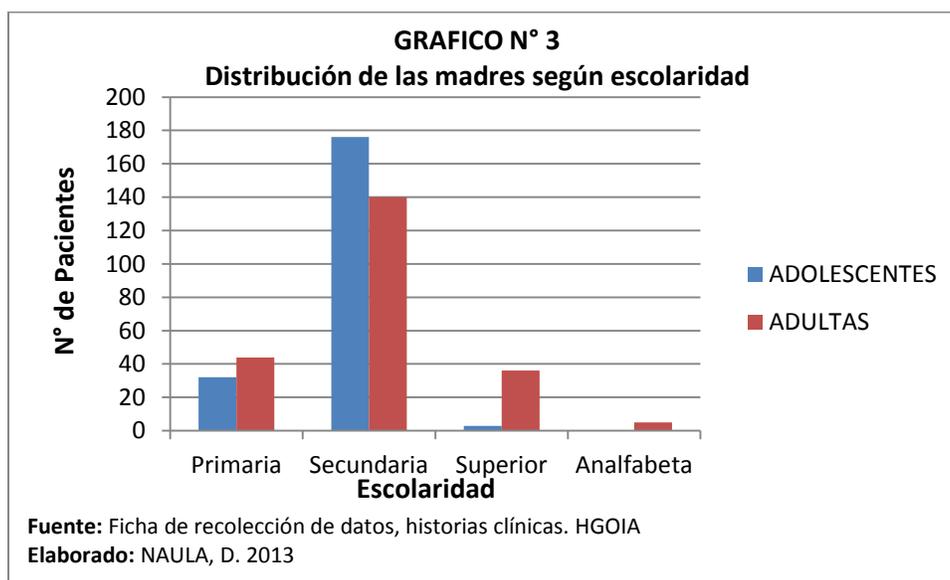
ANÁLISIS: Se estima que el 46% de las adolescentes (97 casos) frente a un 43% de las madres adultas (97 casos) han presentado patología puerperal.

Un estudio realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra en la ciudad del Tena en el 2010, fueron analizados 66 casos de madres púerperas, en donde se determinó que el grupo de predominio fue entre los 20-29 años con un 42% (28 casos), seguida con el 38% (25 casos) para menores de 19 años y con un 20% (13 casos) las madres mayores de 30 años, relacionadas al igual con hemorragias postparto.

En otro estudio realizado en el Hospital General Docente de Riobamba en el 2009, determinaron, que el grupo de madres púerperas que presentaron patología puerperal fueron entre 19-26 años de edad con un 44%.

TABLA N° 3				
Distribución de madres según escolaridad				
Escolaridad	Adolescentes	%	Adultas	%
Primaria	31	15,2	43	19,6
Secundaria	175	83,4	139	62,2
Superior	3	1,4	36	16
Analfabeta	0	0	5	2,2
TOTAL	209	100	223	100

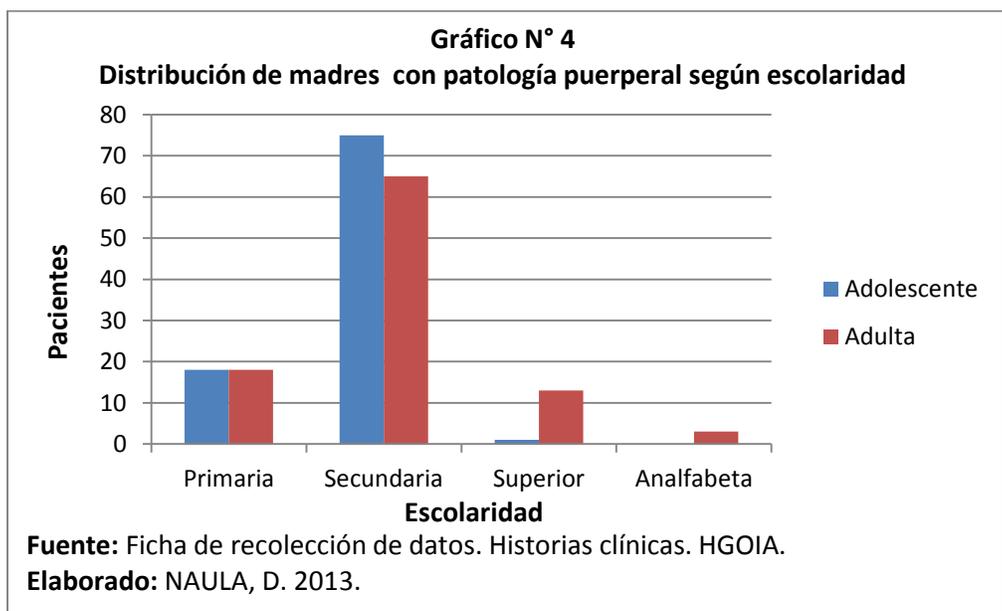
Fuente: Ficha de recolección de datos, Historias Clínicas HGOIA
Elaborado: Naula, D. 2013.



ANÁLISIS: Se estima que la mayoría de madres tanto adolescentes como adultas tienen un nivel de instrucción secundaria, de las cuales con un 83,4% son madres adolescentes (175 casos) frente a un 62,2% son madres adultas (139 casos). Seguidas de un nivel de escolaridad Primaria, con 15,2% (31 casos) para madres adolescentes y con 19,6% (43 casos) para madres adultas.

Tabla N° 4					
Distribución de madres con patología puerperal según escolaridad					
Adolescentes			Adultas		
Escolaridad	Frecuencia	%	Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria (31)	18	58	Primaria (43)	18	42
Secundaria (175)	75	43	Secundaria (139)	65	47
Superior (3)	1	33	Superior (36)	13	36
Analfabeta (0)	0	0	Analfabeta (5)	3	60

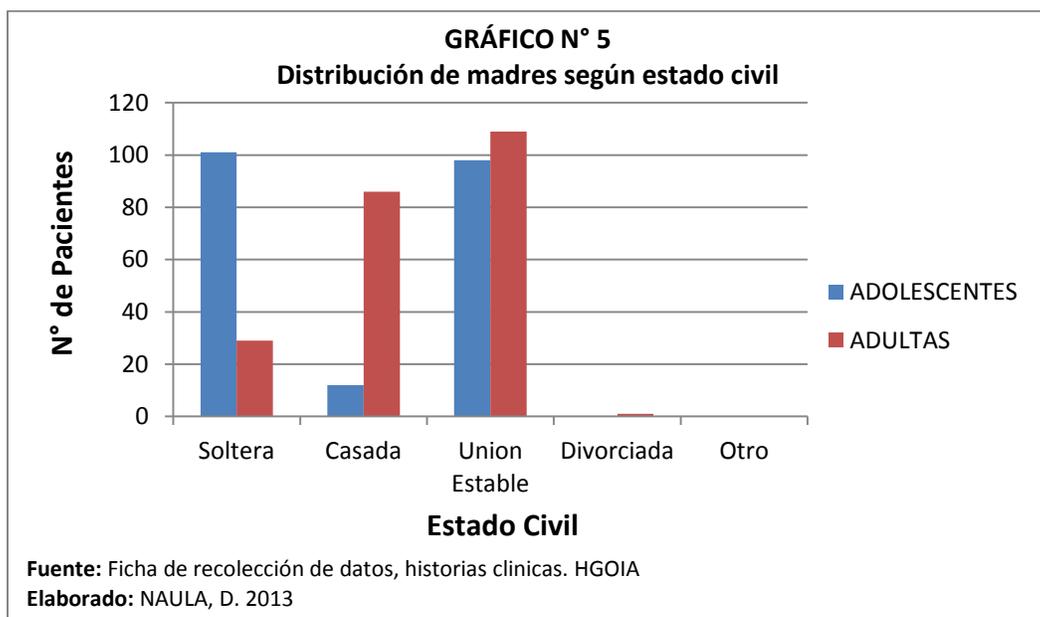
Fuente: Ficha de recolección de datos. Historias clínicas. HGOIA.
Elaborado: NAULA, D. 2013.



ANÁLISIS: La mayoría de madres con un nivel de escolaridad secundaria, de 175 adolescentes, 75 madres (43%) y de 139 adultas, 65 madres (47%) presentaron patología puerperal, seguidas de madres con un nivel primaria, de 31 madres adolescentes, 18 casos (58%) y de 43 madres adultas, 18 casos (42%) presentaron patología puerperal.

TABLA N° 5 Distribución de madres según estado civil				
Estado Civil	Adolescentes	%	Adultas	%
Soltera	100	47,9	29	12,9
Casada	12	5,7	85	38,2
Unión Estable	97	46,4	108	48,4
Divorciada	0	0	1	0,44
Otro	0	0	0	0
TOTAL	209	100	223	100

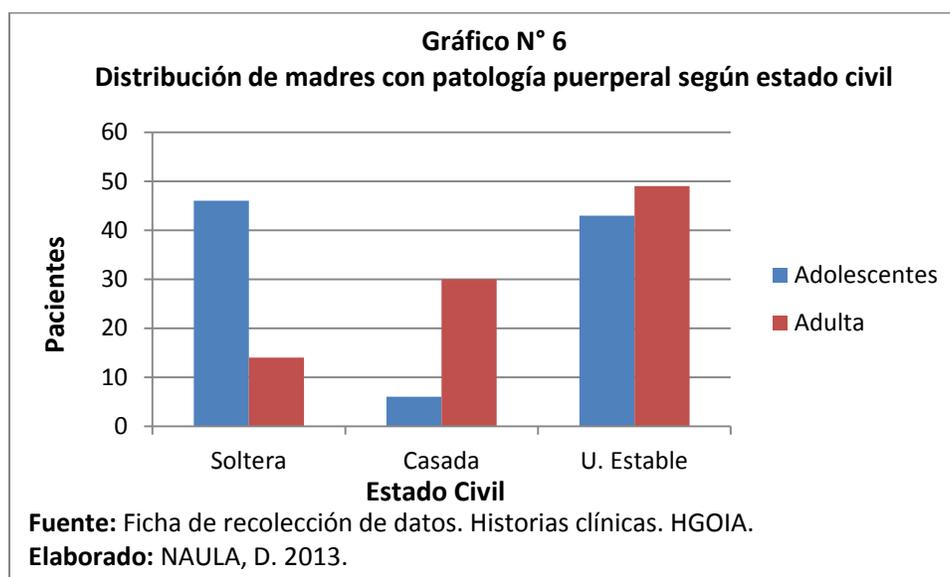
Fuente: Ficha de recolección de datos, Historias Clínicas HGOIA
Elaborado: Naula, D. 2013.



ANÁLISIS: Según la población de madres adolescentes en su mayoría son solteras 47,9% (100 casos) seguidas de unión estable con un 46,4% (97 casos). Al contrario en el grupo de madres adultas el mayor número de madres son de unión estable con un 48,4% (108 casos) seguido de mujeres adultas casadas con un 38,2% (85 casos).

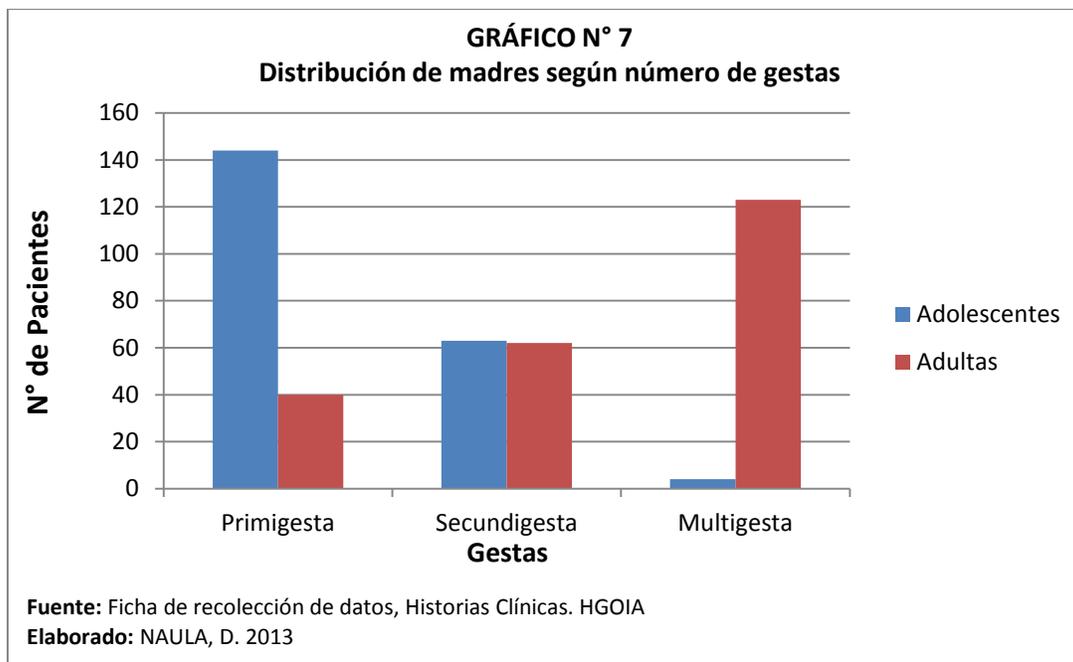
Tabla N° 6					
Distribución de madres con patología puerperal según estado civil					
Adolescentes			Adulta		
Estado Civil	Frecuencia	%	Estado Civil	Frecuencia	%
Soltera (100)	46	46	Soltera (29)	14	48
Casada (12)	6	50	Casada (85)	30	35
U. Estable (97)	43	44	U. Estable (108)	49	45

Fuente: Ficha de recolección de datos. Historias clínicas. HGOIA.
Elaborado: NAULA, D. 2013.



ANÁLISIS: De este modo se determina que dentro del grupo de madres con unión estable son las que han presentado mayormente de alguna forma algún tipo de patología puerperal, en un 45% (49 casos) de adultas y con un 44% (43 casos) de adolescentes. A su vez dentro del grupo de madres solteras, las adolescentes son las que con un 46% (46 casos) frente a las adultas 48% (14 casos) presentaron de algún modo alguna patología puerperal, de estas las que en primera instancia destacan son las hemorragias.

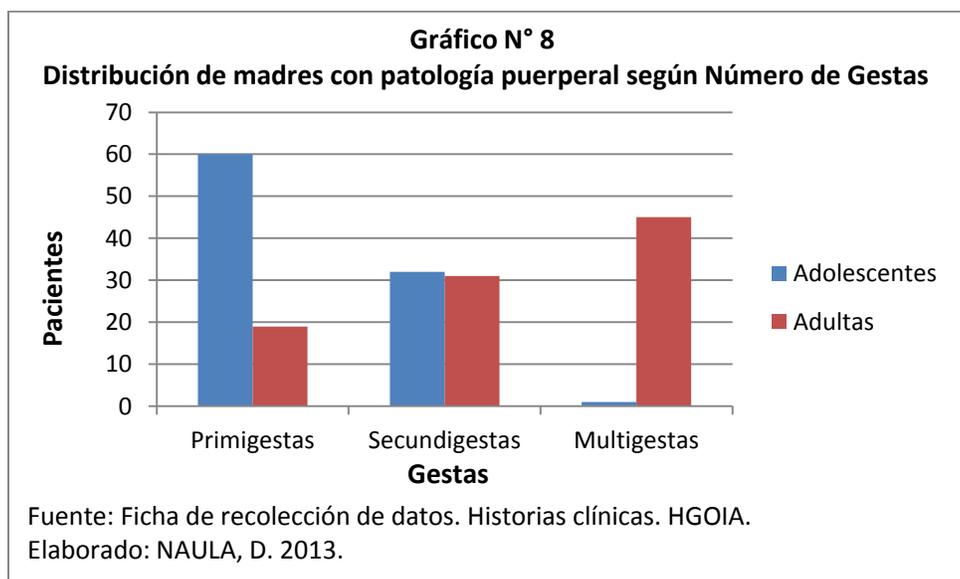
TABLA N° 7				
Distribución de madres según número de gestas				
Gestas	Adolescentes	%	Adultas	%
Primigesta	143	68,2	40	18
Secundigesta	62	29,8	61	28
Multigesta	4	2	122	54
TOTAL	209	100	223	100
Fuente: Ficha de recolección de datos, Historias Clínicas HGOIA				
Elaborado: Naula, D. 2013.				



ANÁLISIS: La mayoría de primigestas son madres adolescentes con 68,2% (143 casos) en comparación con 18% de madres adultas (40 casos), seguidas de madres adolescentes secundigestas con 29,8% (62 casos) y con 54% (122 casos) de madres adultas multigestas.

Tabla N° 8					
Distribución de madres con patología puerperal según Número de Gestas					
Adolescentes			Adultas		
Gestas	Frecuencia	%	Gestas	Frecuencia	%
Primigestas (143)	60	42	Primigestas (40)	19	46
Secundigestas (62)	32	51	Secundigestas (61)	31	50
Multigestas (4)	1	25	Multigestas (122)	45	37

Fuente: Ficha de recolección de datos. Historias clínicas. HGOIA.
Elaborado: NAULA, D. 2013.



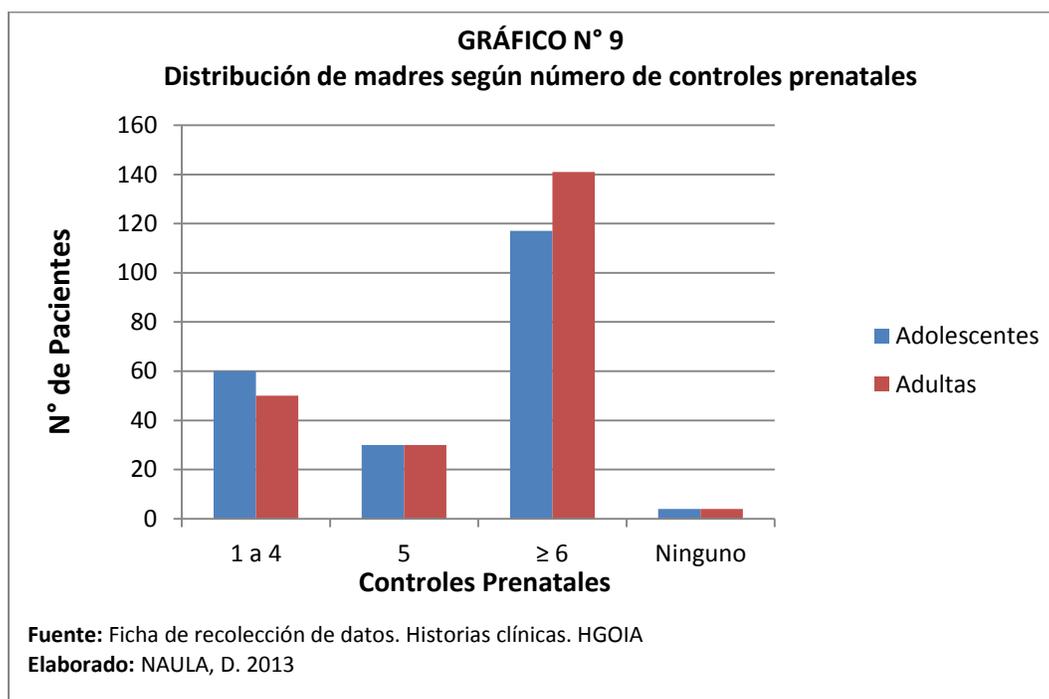
ANÁLISIS: De este modo, con un 42% (60 casos) de madres adolescentes primigestas han presentado patología puerperal en comparación con un 46% (19 casos) de madres adultas primigestas.

En madres multigestas, hay un 37% (45 casos) de adulta y un caso con el 25% de adolescentes, han desarrollado patología puerperal.

En las madres secundigestas el 50% (31 casos) de adultas frente a un 51% (32 casos) de adolescentes presentaron patología puerperal.

TABLA N° 9				
Distribución de madres según número de controles prenatales				
C. Prenatales	Adolescentes	%	Adultas	%
1 a 4	59	28,4	49	22
5	30	14,2	30	13
≥ 6	116	55,4	140	63
Ninguno	4	2	4	2
TOTAL	209	100	223	100

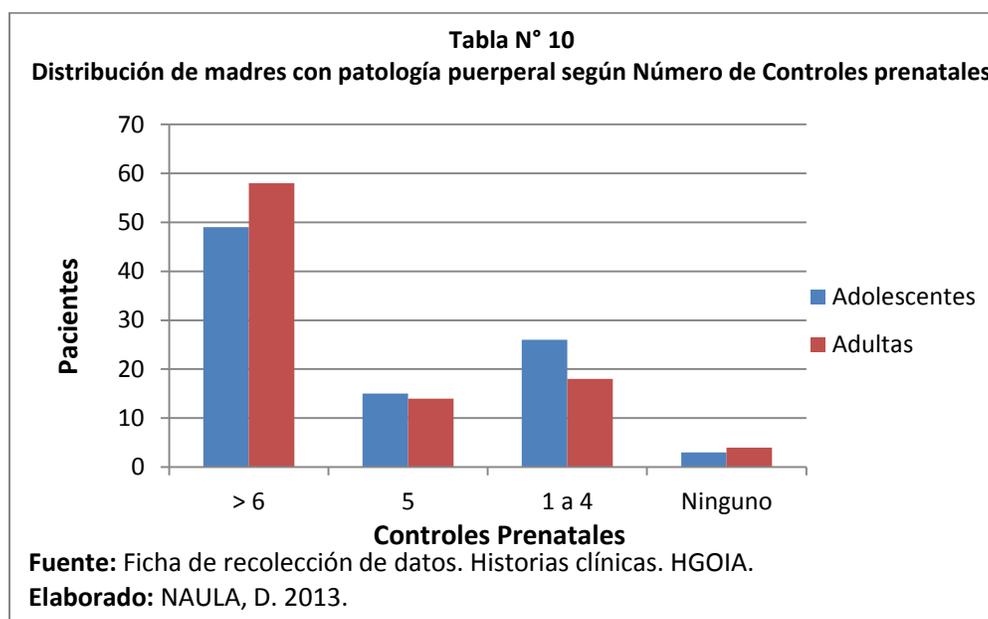
Fuente: Ficha de recolección de datos, Historias Clínicas HGOIA
Elaborado: Naula, D. 2013.



ANÁLISIS: La mayoría de madres se han realizado más de 6 controles prenatales, 55,4% (116 casos) de adolescentes y 63% (140 casos) de adultas, seguidas de madres con un deficiente control prenatal, con un 28,4% (69 casos) de adolescentes y 22% (49 casos) de adultas, de acuerdo al número adecuado de control prenatal (5 controles) en adolescentes se determinó un 14,2% (30 casos) y en adultas 13% (30 casos), hubieron 4 casos con el 2% por cada grupo de madres.

Tabla N°10 Distribución de madres con patología puerperal según Número de Controles prenatales					
Adolescentes			Adultas		
C. Prenatales	Frecuencia	%	C. Prenatales	Frecuencia	%
> 6 (116)	49	42	>6 (140)	58	41
5 (30)	15	50	5 (30)	14	47
1 a 4 (59)	26	43	1 a 4 (49)	18	36
Ninguno (4)	3	75	Ninguno (4)	4	100

Fuente: Ficha de recolección de datos. Historias clínicas. HGOIA.
Elaborado: NAULA, D. 2013.



ANÁLISIS: De este modo se determina que en el grupo de madres con un adecuado control prenatal de los 30 casos de adolescentes y madres adultas, 15 pacientes (50%) y 14 pacientes (47%) han presentado patología puerperal respectivamente. En madres que se realizaron un control prenatal deficiente de 1-4 controles, de 59 casos de adolescentes hubo 26 casos (43%) y de 49 casos de adultas hubo 18 casos (36%) que presentaron alguna patología puerperal. En el grupo de madres que no hicieron ningún control prenatal hubo, de 4 casos por cada lado, 3 casos (75%) de adolescentes y 4 casos (100%) de adultas que presentaron patología puerperal.

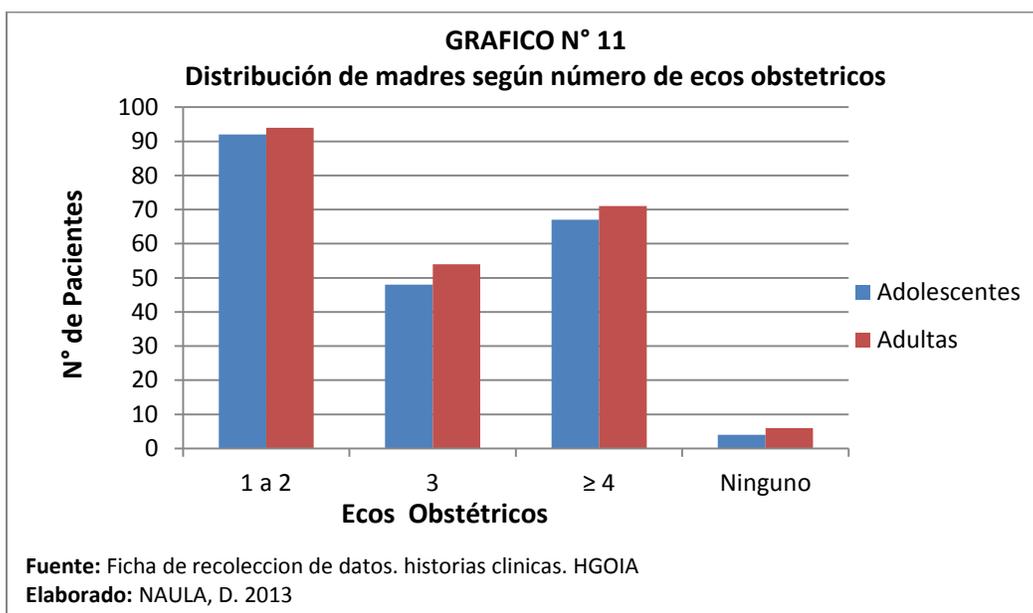
En un estudio realizado en la ciudad de Riobamba en las madres en general presenta que un 66% de 178 pacientes no ha tenido un control prenatal ideal. De aquí se confirma que este

es un factor importante a tomar en cuenta para la prevención de un embarazo de alto riesgo y así evitar su repercusión durante el parto y en el puerperio.

En otro estudio realizado en madres en general en el hospital José María Velasco Ibarra en el 2010, se conoció que un 65% de las puérperas no han tenido un control prenatal adecuado.

TABLA N° 11				
Distribución de madres según número de ecos obstétricos				
E. Obstétricos	Adolescentes	%	Adulta	%
1 a 2	91	44	93	41
3	48	23	54	24
≥ 4	66	31	70	32
Ninguno	4	2	6	3
TOTAL	211	100	225	100

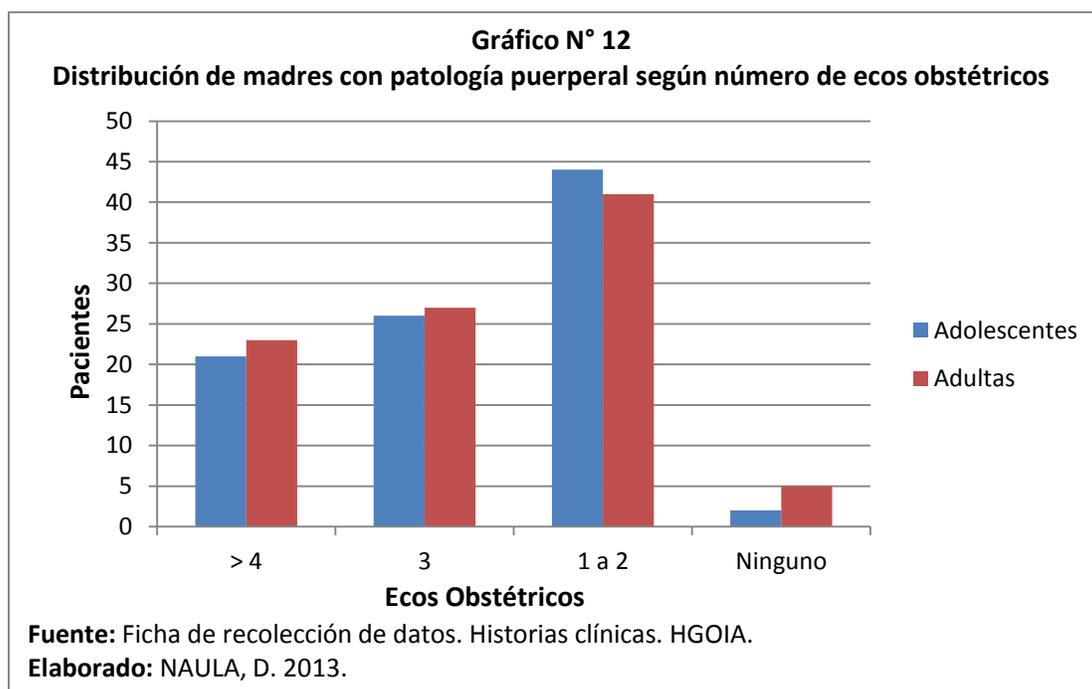
Fuente: Ficha de recolección de datos, Historias Clínicas HGOIA
Elaborado: Naula, D. 2013.



ANÁLISIS: La mayoría de madres no se han realizado un control ecográfico adecuado, con un 44% (91 casos) de adolescentes y con un 41% (93 casos) de adultas. Seguidas están las madres con 3 controles ecográficos, con un 23% (48 casos) de madres adolescentes y con un 24% (54 casos) de madres adultas. Además hay 66 madres adolescentes (31%) y 70 madres adultas (32%) que han realizado más de 4 controles ecográficos.

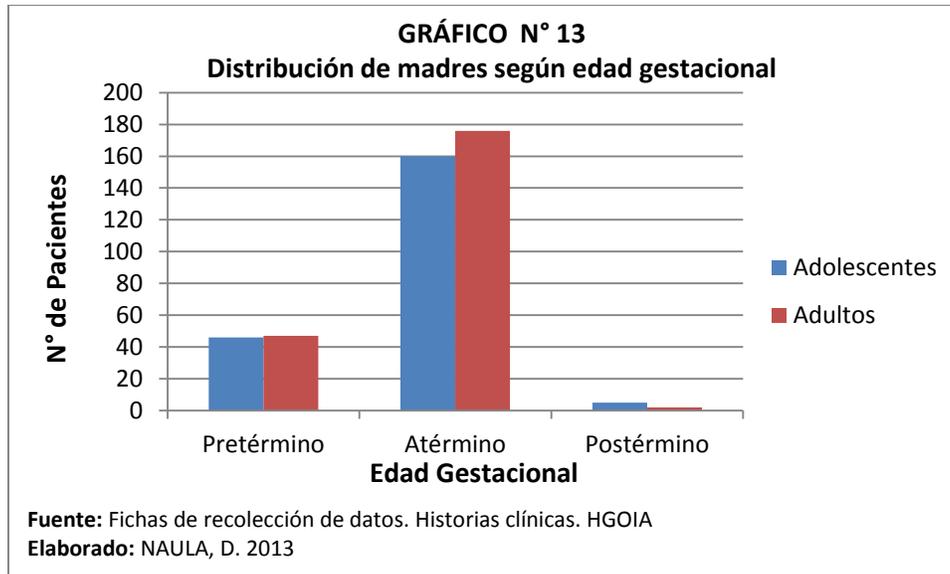
Tabla N° 12					
Distribución de madres con patología puerperal según número de ecos obstétricos					
Adolescentes			Adultas		
Eco Obstétrico	Frecuencia	%	Eco Obstétrico	Frecuencia	%
> 4 (66)	21	31	>4 (70)	23	32
3 (48)	26	54	3 (54)	27	50
1 a 2 (91)	44	48	1 a 2 (93)	41	44
Ninguno (4)	2	50	Ninguno (6)	5	83

Fuente: Ficha de recolección de datos. Historias clínicas. HGOIA.
Elaborado: NAULA, D. 2013.



ANÁLISIS: Se estima que, 44 madres adolescentes (48%) y 41 madres adultas (44%) de las que tienen un control ecográfico deficiente, 26 madres adolescentes (54%) y 27 madres adultas (50%) de las que tenían un control ecográfico adecuado además 21 madres adolescentes (31%) y 23 madres adultas (32%) de las que han tenido más controles ecográficos de lo normal, han presentado alguna patología puerperal.

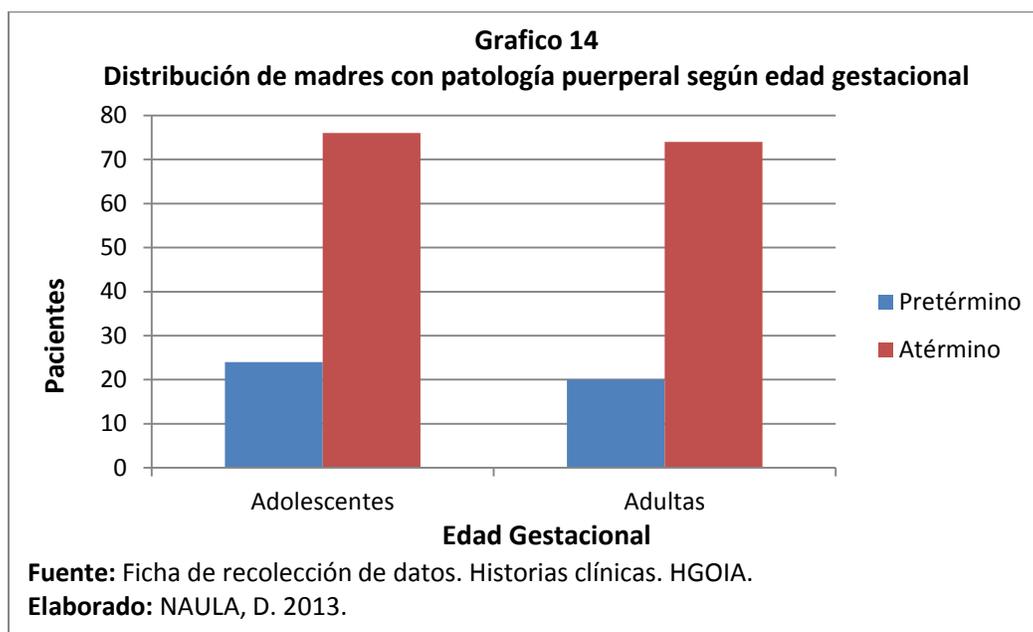
TABLA N° 13				
Distribución de madres según edad gestacional				
E. Gestacional	Adolescentes	%	Adultas	%
Pretérmino	45	22	46	21
Atérmino	159	76	175	78,2
Postérmino	5	2	2	0,8
TOTAL	209	100	223	100
Fuente: Ficha de recolección de datos, Historias Clínicas HGOIA				
Elaborado: Naula, D. 2013.				



ANÁLISIS: La mayoría de madres llegaron a una gestación Atérmino, 159 madres adolescentes (76%) y 175 madres adultas (78,2%), seguidas de madres con gestación Pretérmino con 45 casos (22%) de adolescentes y 46 casos de adultas (21%).

Tabla 14					
Distribución de madres con patología puerperal según edad gestacional					
Adolescentes			Adultas		
Edad Gestacional	Frecuencia	%	Edad gestacional	Frecuencia	%
Pretérmino (45)	24	52	Pretérmino (46)	20	26
Atérmino (159)	76	48	Atérmino (175)	74	42

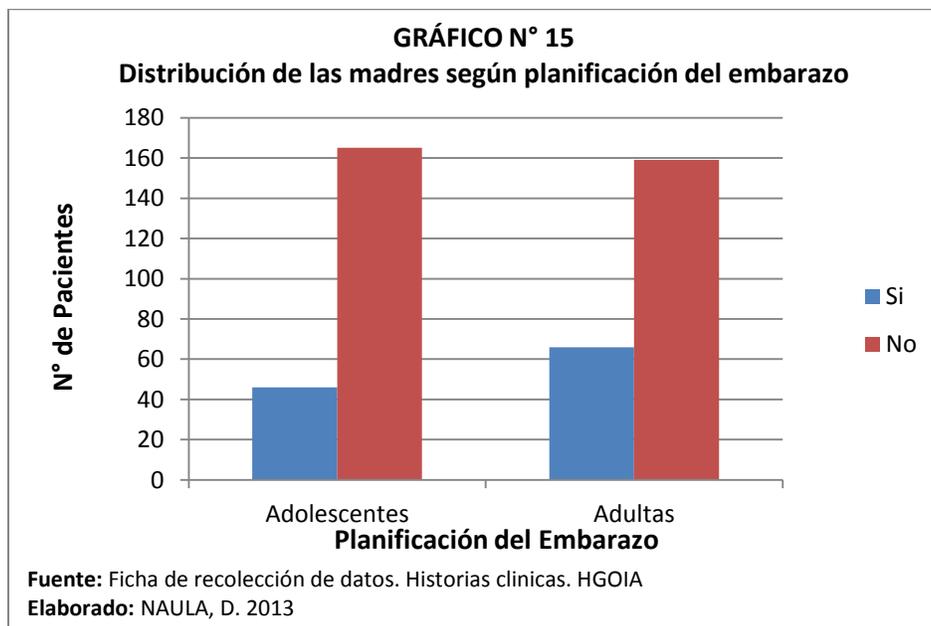
Fuente: Ficha de recolección de datos. Historias clínicas. HGOIA.
Elaborado: NAULA, D. 2013.



ANÁLISIS: De este modo de 76 madres adolescentes (48%) y 74 madres adultas (42%) presentaron patología puerperal. Seguidas de madres con gestación Pretérmino con 45 casos (22%) de adolescentes y 46 casos de adultas (21%) de las cuales 24 madres adolescentes (52%) y 20 madres adultas (26%) presentaron patología puerperal.

TABLA N° 15				
Distribución de madres según planificación del embarazo				
P. Embarazo	Adolescentes	%	Adultas	%
Si	45	22	65	29,3
No	164	78	158	70,7
TOTAL	209	100	223	100

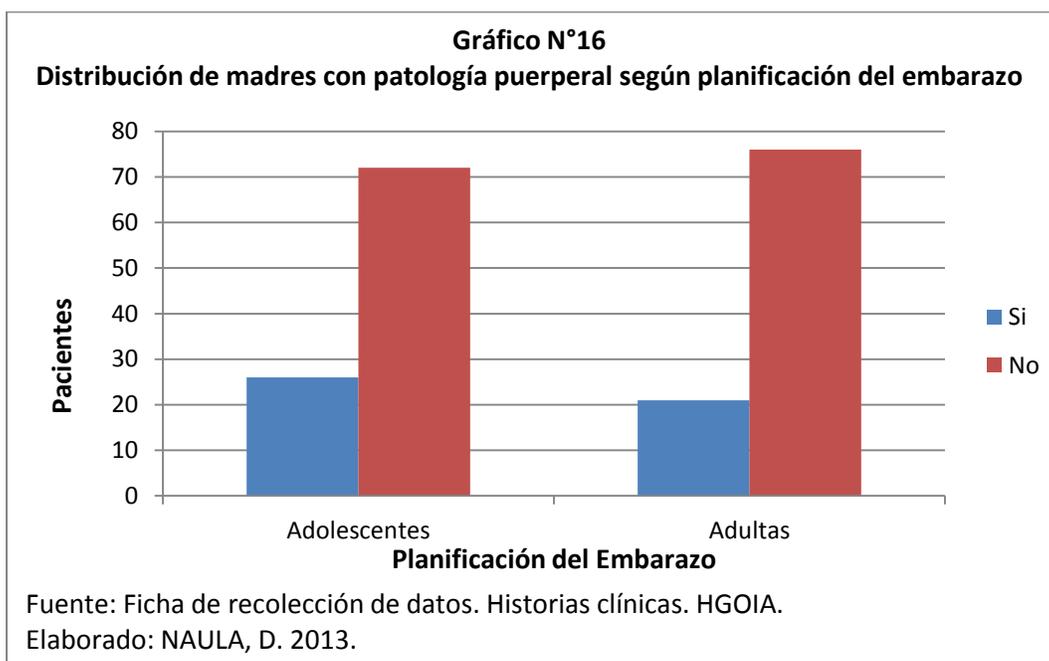
Fuente: Ficha de recolección de datos, Historias Clínicas HGOIA
Elaborado: Naula, D. 2013.



ANÁLISIS: La mayoría de madres de ambos grupos no planeaban embarazarse, siendo así que 164 adolescentes (78%) y 158 madres adultas (70,7%). Al contrario que 45 madres adolescentes (22%) y 65 madres adultas (29,3%) si tenían planeado embarazarse.

Tabla N°16 Distribución de madres con patología puerperal según planificación del embarazo					
Adolescentes			Adultas		
P. Embarazo	Frecuencia	%	P. Embarazo	Frecuencia	%
Si (45)	26	57	Si (65)	21	32
No (164)	72	44	No (158)	76	48

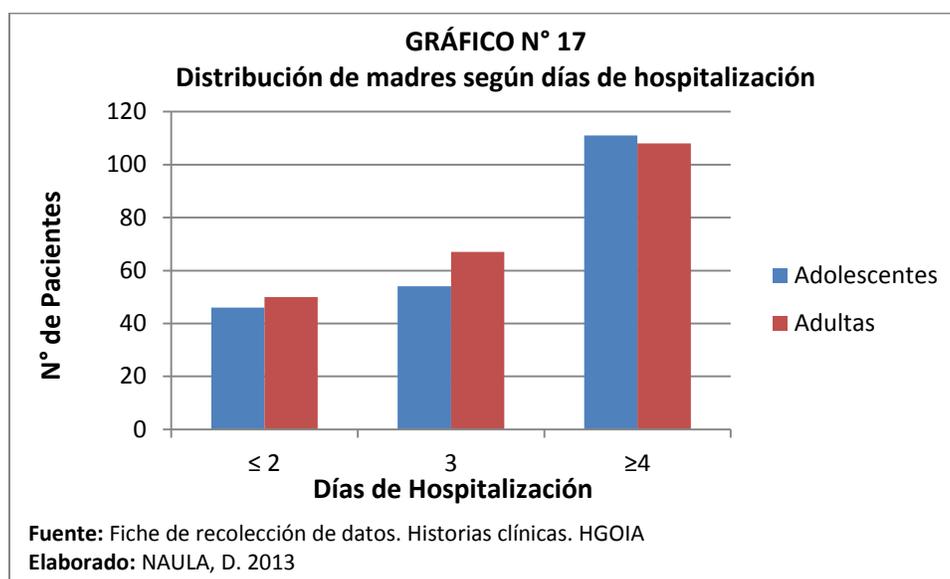
Fuente: Ficha de recolección de datos. Historias clínicas. HGOIA.
Elaborado: NAULA, D. 2013.



ANÁLISIS: Se estima que, 76 madres adultas (48%) y 72 madres adolescentes (44%) presentaron patología puerperal, en primer lugar la hemorragia postparto, seguidas de 21 casos de madres adultas (32%) y 26 casos de madres adolescentes (57%) presentaron también alguna patología puerperal.

TABLA N° 17				
Distribución de madres según días de hospitalización				
Días de Hospitalización	Adolescentes	%	Adultos	%
≤ 2	46	22	50	22
3	53	26	66	30
≥4	110	52	107	48
TOTAL	209	100	223	100

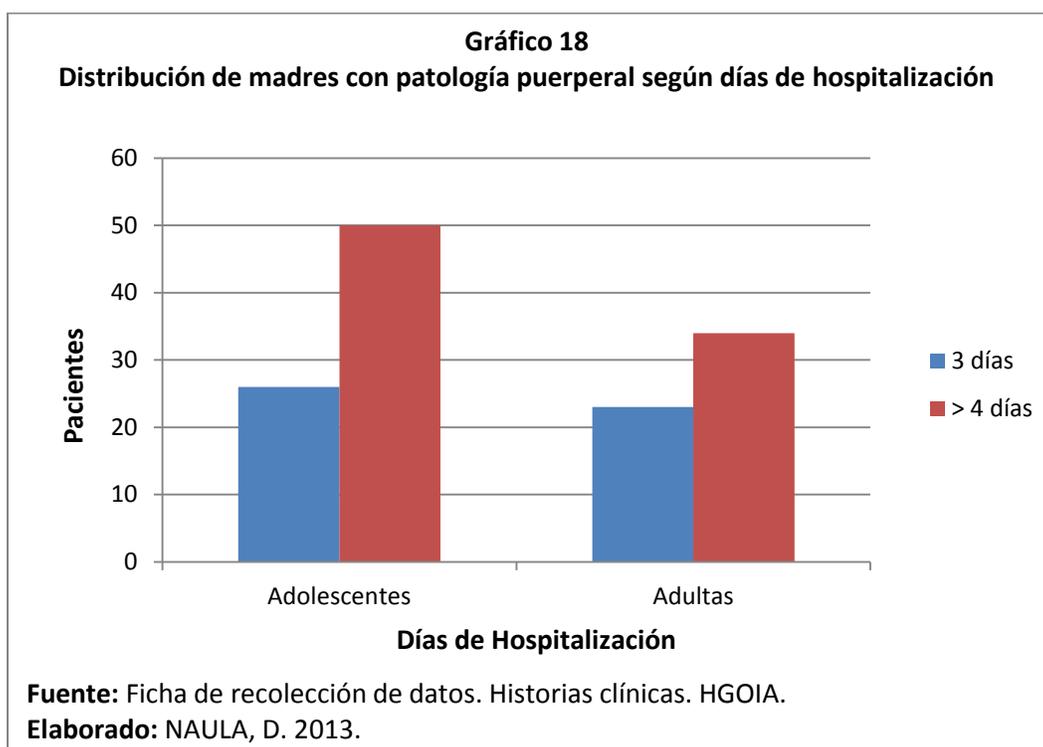
Fuente: Ficha de recolección de datos, Historias Clínicas HGOIA
Elaborado: Naula, D. 2013.



ANÁLISIS: La mayoría de madres tuvieron más de 4 días de hospitalización, 110 madres adolescentes (52%) y 107 madres adultas (48%), seguidas de madres que fueron dadas de alta a los 3 días, con 26% (53 casos) de madres adolescentes y 30 % (66 casos) de madres adultas y con 22% (46 casos) de adolescentes y con 22% (50 casos) de madres adultas.

Tabla 18					
Distribución de madres con patología puerperal según días de hospitalización					
Adolescentes			Adultas		
Días de Hospitalización	Frecuencia	%	Días de Hospitalización	Frecuencia	%
3 días (53)	26	48	3 días (66)	23	34
> 4 días (110)	50	45	>4 días (107)	34	31

Fuente: Ficha de recolección de datos. Historias clínicas. HGOIA.
Elaborado: NAULA, D. 2013.

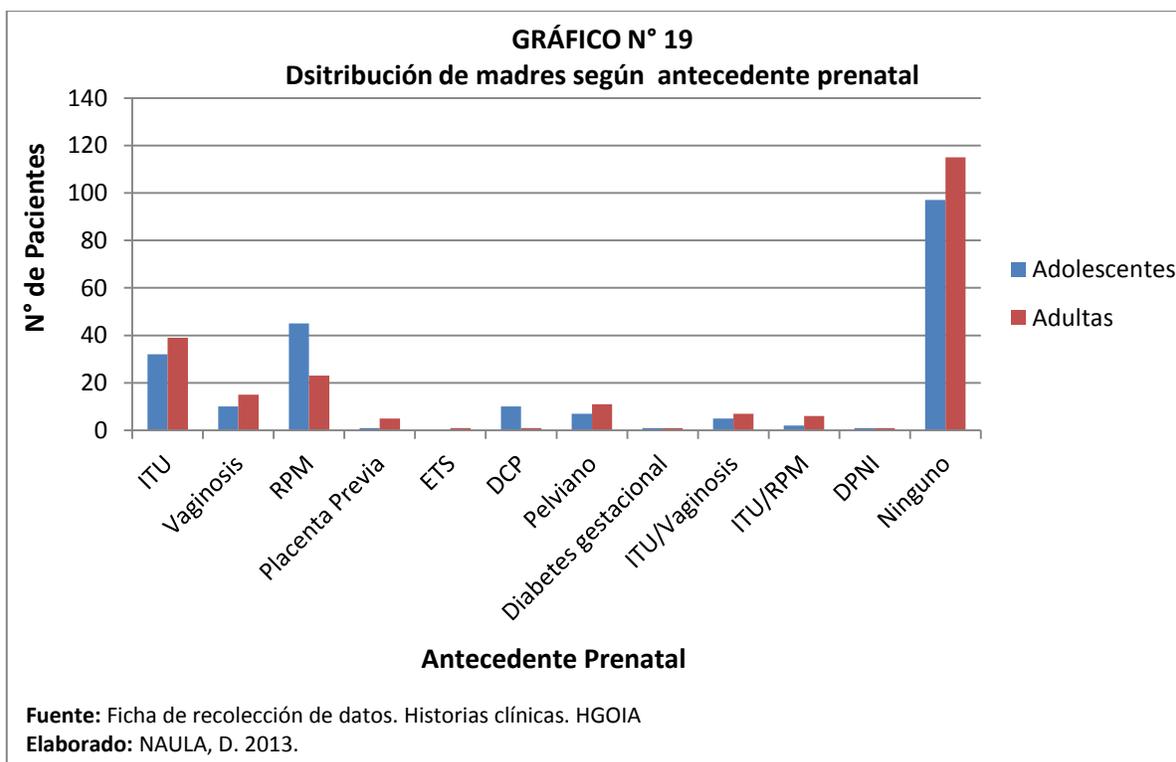


ANÁLISIS: De las madres que fueron dadas de alta a los 3 días, de 53 madres adolescentes, 26 madres (48%) y de las 66 madres adultas, 23 madres (34%) presentaron patología puerperal.

De las madres que fueron dadas de alta luego de 4 días o más, de 110 madres adolescentes, 50 casos (45%) y de 107 madres adultas, 34 casos (31%) presentaron patología puerperal, como los procesos infecciosos.

Antecedente Prenatal	Adolescentes	%	Adultas	%
ITU	31	15,1	38	17,3
Vaginosis	10	5	15	7
RPM	45	21,1	23	10,1
Placenta Previa	1	0,4	5	2,2
ETS	0	0	1	0,4
DCP	10	5	1	0,4
Pelviano	7	3,3	11	5
Diabetes gestacional	1	0,4	1	0,4
ITU/Vaginosis	5	2,3	7	3,1
ITU/RPM	2	1	6	2,6
DPNI	1	0,4	1	0,4
Ninguno	96	46	114	51,1
TOTAL	209	100	223	100

Fuente: Ficha de recolección de datos, Historias Clínicas HGOIA
Elaborado: Naula, D. 2013.

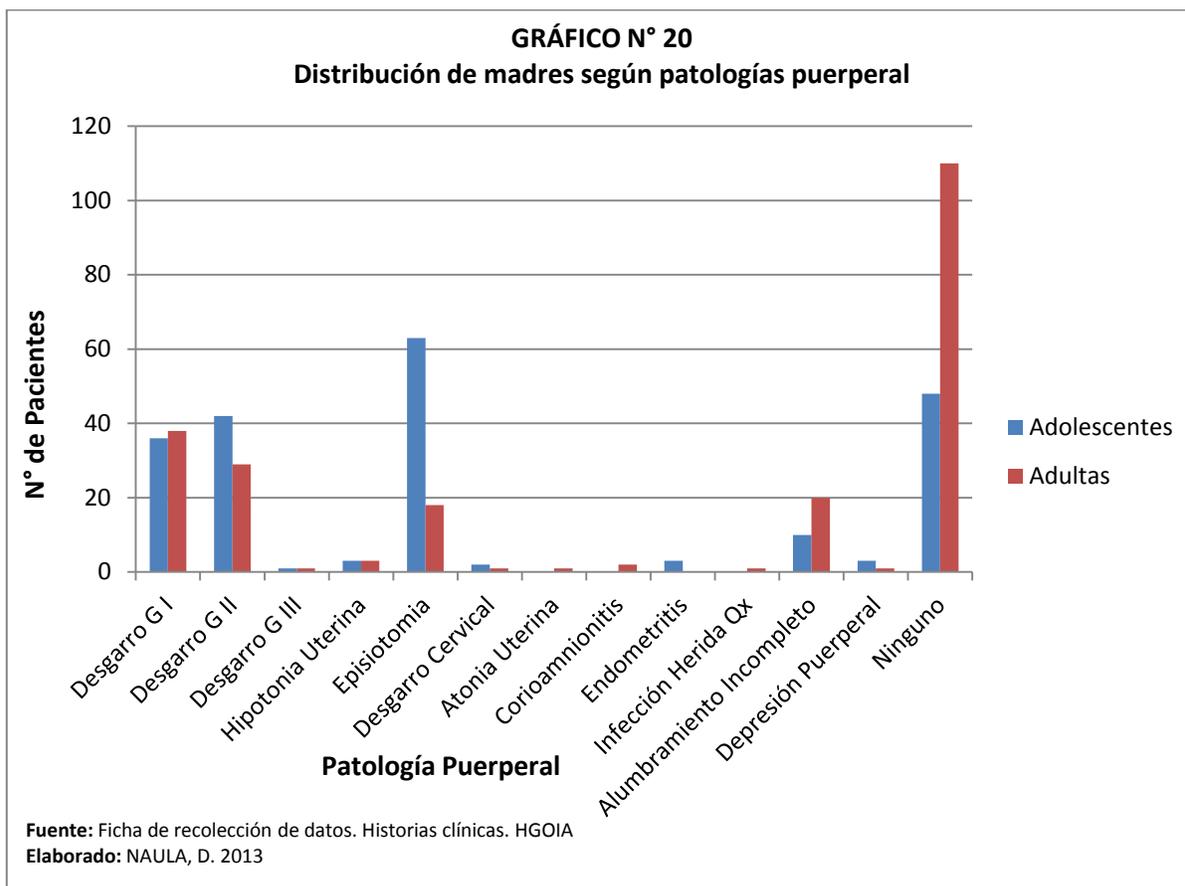


ANÁLISIS: La mayoría de pacientes no han tenido ningún antecedente prenatal: 96 casos de adolescentes (46%) y 114 casos de adultas (51,1%), en comparación a que 45 casos de adolescentes (21,1%) presentaron RPM de diferentes horas de evolución.

Seguidas de las madres adultas con mayor incidencia de Infección del Tracto Urinario (ITU), con 38 casos (17,3%), en comparación, las madres adolescentes con ITU se ve 31 casos (15,1%).

TABLA N° 20					
Distribución de madres según patología puerperal					
Patología Puerperal		Adolescentes	%	Adultas	%
Hemorragia Postparto Adolescentes (156 casos =) (75%) Adultas (110 casos =) (49%)	Desgarro G I	36	17	37	17
	Desgarro G II	42	20	29	13
	Desgarro G III	1	0,5	1	0,4
	Hipotonía Uterina	3	1,2	3	1,3
	Episiotomía	62	30	18	8
	Desgarro Cervical	2	1	1	0,4
	Atonía Uterina	0	0	1	0,4
	Alumbramiento Incompleto	10	5	20	8,9
	Corioamnionitis	0	0	2	0,9
Endometritis	3	1,2	0	0	
Infección Herida Qx	0	0	1	0,4	
Depresión Puerperal	3	1,2	1	0,4	
Ninguno	47	23	109	48,9	
TOTAL		209	100	223	100

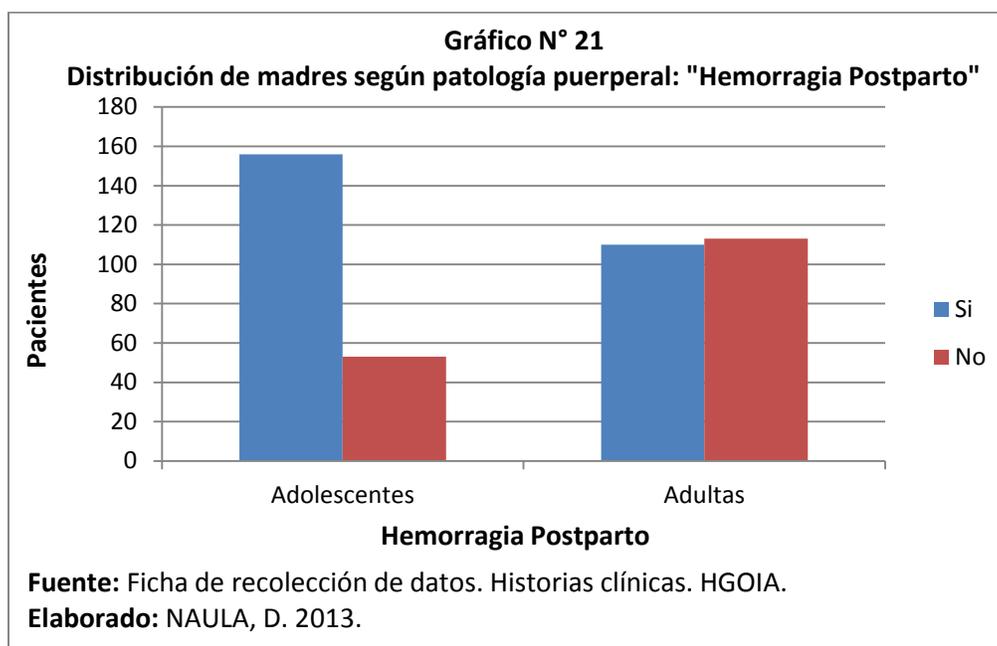
Fuente: Ficha de recolección de datos, Historias Clínicas HGOIA
Elaborado: Naula, D. 2013.



ANÁLISIS: La mayoría de madres adolescentes, 47 casos (23%) de madres adolescentes y 109 casos (48,9%) de madres adultas, no presentaron ninguna patología puerperal. Seguida de madres adolescentes 45% y madres adultas 41% presentaron patología puerperal sobre todo la hemorragia postparto, seguida de procesos infecciosos como la endometritis puerperal en adolescentes, 3 casos (1,2%) y en madres adultas corioamnionitis 2 casos (0,9%).

Tabla N° 21				
Distribución de madres según patología puerperal: "Hemorragia Postparto"				
Hemorragia Postparto	Adolescentes	%	Adultas	%
Si	156	75	110	49
No	53	25	113	51

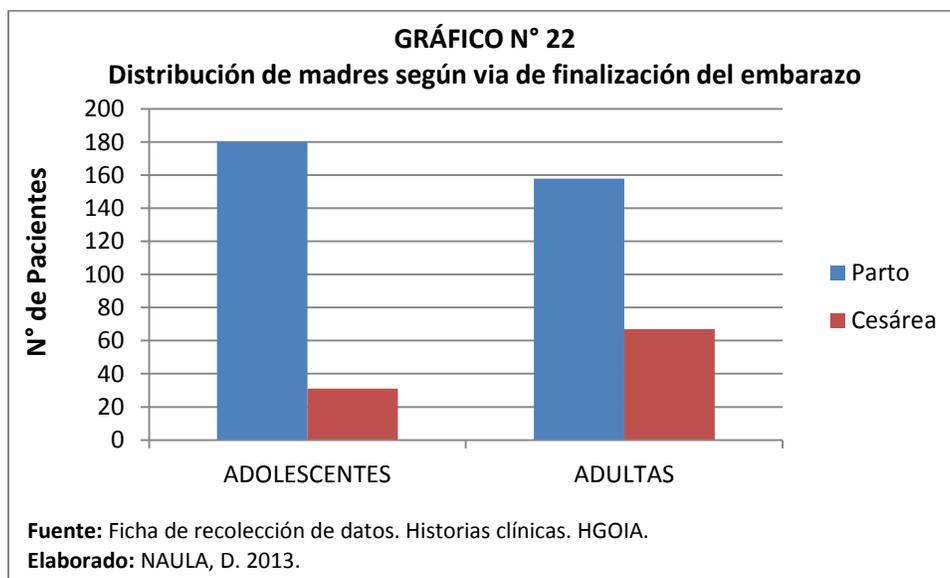
Fuente: Ficha de recolección de datos. Historias clínicas. HGOIA.
Elaborado: NAULA, D. 2013.



ANÁLISIS: Se determina que la patología puerperal frecuente, en ambos grupos de madres es la hemorragia postparto, con 156 casos (75%) de madres adolescentes y con 110 casos (49%) de madres adultas.

TABLA N°22				
Distribución de madres según vía de finalización del embarazo				
Fin del Embarazo	Adolescentes	%	Adultas	%
Parto Vaginal	179	85,3	157	70,2
Parto por Cesárea	30	14,7	66	29,8
TOTAL	209	100	223	100

Fuente: Ficha de recolección de datos, Historias Clínicas HGOIA
Elaborado: Naula, D. 2013.



ANÁLISIS: La mayoría de pacientes: adolescentes 179 casos (85,3%) y adultas 157 casos (70,2%), terminaron su embarazo por vía vaginal, la misma que está, en relación con los desgarros en su mayoría de los casos ya sea este de GI o GII. De lo contrario 30 madres adolescentes (14,7%) 66 madres adultas (29,8%) terminaron su embarazo por o cesárea.

En un estudio realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra en la ciudad del Tena en el 2010 en madres en general, el 76% de los casos tuvieron partos vaginales y mayoritariamente se relacionó con alumbramiento incompleto, desgarro cervical o vaginal en mujeres primigestas influenciadas por parto domiciliario, mientras que con el 24% de las pacientes se relacionan con heridas quirúrgicas infectadas, generalmente por manipulación de la herida por la paciente.

4.1. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

De Acuerdo a los datos obtenidos, en la presente investigación se concluye que la hipótesis planteada se cumple de manera parcial, debido a que, si bien la mayoría de factores de riesgo presentan porcentajes más elevadas en las madres adolescentes, algunos de estos factores de riesgo obstétrico aunque en menor número, inciden mayoritariamente en la madre adulta.

Entre los factores que inciden mayoritariamente en la madre adulta se encuentran, principalmente, los siguientes:

- Escolaridad:
 - Las madres adultas con nivel primario, presentaron mayor porcentaje de patología puerperal que las madres adolescentes.
 - Las madres adultas con nivel secundaria presentaron mayor porcentaje de patología puerperal que las madres adolescentes
 - Las madres adultas sin ningún nivel educativo presentan mayor porcentaje de patología puerperal que las madres adolescentes analfabetas.
- Estado civil:
 - Las madres solteras adultas presentan mayor porcentaje de patología puerperal que las madres adolescentes.
 - Las madres adultas en unión estable presentan mayor porcentaje de patología puerperal que las madres adolescentes.
- Número de Gestas:
 - Las madres adultas primigestas presentan mayor porcentaje de patología puerperal que las primigestas adolescentes.
 - Las madres adultas multigestas presentan mayor porcentaje de patología puerperal que las madres adolescentes multigestas.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES: De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se concluye que:

- De acuerdo a la edad, la mayoría de pacientes de nuestro estudio son madres adultas, siendo así que, tanto las madres adolescentes y las madres adultas en su mayoría, no presentaron patología puerperal.
- El nivel de escolaridad que prima, en las madres adolescentes y en las madres adultas, es el nivel secundario, de ahí que, los dos grupos de madres según nivel de instrucción secundario presentaron en su mayoría patología puerperal.
- Según el estado civil de las madres, en su mayoría son: unión estable y solteras, de las cuales, las madres solteras son las que mayormente presentaron patología puerperal.
- La mayoría de madres adolescentes fueron, primigestas, en relación a la mayoría de madres adultas que fueron multigestas, sin embargo el grupo que presentó mayor patología puerperal fue el de las secundigestas.
- Los dos grupos de madres gestantes en su mayoría realizaron más del mínimo requerido de controles prenatales de las cuales las que presentaron patología puerperal son las madres con un control prenatal básico. Pero las madres que se realizaron el mínimo requerido de controles prenatales fueron las que en mayor porcentaje presentaron patología puerperal.
- En su mayoría, las madres de los dos grupos llegaron a una edad gestacional a término. Las madres adolescentes del grupo Pretérmino presentaron mayormente patología puerperal, mientras que, en el grupo de las madres adultas las que presentaron patología puerperal fueron las del grupo de madres con edad gestacional a término.
- La gran mayoría de madres embarazadas adultas y adolescentes no tuvieron planificación del embarazo. Es interesante, el hecho que las madres adolescentes que si planificaron el embarazo, el mayor porcentaje presento

patología puerperal, al contrario en madres adultas que no planificaron el embarazo fueron las que mayormente presentaron patología puerperal.

- La mayoría de madres estuvieron hospitalizadas más de los días 3 días establecidos como norma, las mismas fueron las que más presentaron patología puerperal.
- El antecedente prenatal de riesgo más frecuente tanto en madres adolescentes y en adultas fue la Ruptura Prematura de Membranas seguidas de la Infección del Tracto Urinario. En tanto que el antecedente prenatal menos frecuente (casi nulo), fueron las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).
- En ambos grupos de madres la patología puerperal más frecuente fue la hemorragia postparto.

5.2. RECOMENDACIONES: De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se recomienda que:

- Las madres, obtengan un nivel educativo actualizado, ya que según este estudio las gestantes con un nivel educativo superior, presentaron patología puerperal en escaso porcentaje
- Todas las madres embarazadas en general y en especial las madres solteras embarazadas, reciban una adecuada planificación del embarazo para que los riesgos de patología puerperal sean mínimos.
- Las madres deben realizar control prenatal óptimo para disminuir el riesgo de patología puerperal.
- Se desea tener un control adecuado en mujeres embarazadas con edad gestacional pre término.
- Realizar un estudio complementario para determinar que el grupo de mujeres que no tuvieron el mínimo requerido de días de hospitalización (3 días), fueron las que más patología puerperal presentaron.
- El personal de salud, mantenga campañas permanentes o continuas de comunicación y/o educación acerca del desarrollo normal del embarazo y las posibles alteraciones en el transcurso del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. **COMPONENTE NORMATIVO MATERNO.** Ministerio de Salud Pública del Ecuador. CONASA 2008.
2. **GUÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.** Normas de Atención a la mujer en el proceso del parto y puerperio. Ministerio Salud Pública. Uruguay 2008.
3. **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Mortalidad Materna. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2007; 66(1).
4. **YUPANGUI, E.** Riesgo de mortalidad materna en embarazadas. Saquisilí-Guayaquil.2012
5. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD.** Morbi-mortalidad Materna. Boletín de la Organización Panamericana de Salud 2005; 34(1); 1.
6. **PAZÁN, F.** factores de riesgo de patologías puerperales. Hospital José María Velasco Ibarra. Tena-Ecuador.2010.
7. **KARIN, W.** MD Normal and Abnormal Puerperium. American Collage of Obstetricians and Gynecologist. Section 5 of 9. Article Last Update: Jun, 2006.
8. **SCHWARCZ, R. FESCINA, R. DUVERGES, C.** Obstetricia. 6° Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2005. Pp: 644-59.
9. **CUNNINGHAM, F. LEVENO, K. BLOOM, S.HAUTH, J.GILSTRAP, L. WENSTROM.** Obstetricia de Williams. 22° Ed. México. McGraw-Hill, 2006. Pp.695-721.
10. **BOTELLA, J.** Tratado de Ginecología. 14° ed. Madrid: Díaz de Santos, 1993. pp.341-42.
11. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE REPÚBLICA DOMINICANA.** Situación epidemiológica-eventos bajo Observancia-Mortalidad Materna. Boletín del MSP República Dominicana 2010; 46 (1). Pp. 34-35.
12. **BOTERO, J.** Obstetricia y Ginecología. 8^{va} ed. Bogotá. Corporación para investigación biológica. 2004. Pp. 278-279.
13. **BEZARES, B. SANZ, O. JIMENEZ, I.** Patología Puerperal. An. Sist. Sanit. Navar. 2009;32 (supl. 1): 169-175
14. **GOBIERNO DE CANTABRIA-ESPAÑA.** Protocolo de atención del embarazo y puerperio, 2007. Pp 55-61.
15. **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.** Morbi-mortalidad Materna. Boletín del MSP 2008; 13(1); 1.
16. **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS.** Tasas brutas de Natalidad. Mortalidad Infantil y Materna. Boletín del INEC 2008; 10(1); 1.
17. **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.** Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. Hospital Luis Castelazo Ayala. México, D.F. 2005.
18. **MUÑOZ, R. ALCAZAR, L.** Prevención, diagnóstico y tratamiento de las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio. Boletín informativo editado por el Instituto Nacional de Salud de México. 2006.
19. **CABERO, L. SALIVAR, D. COBRILLO, E.** Obstetricia y Medicina Materno fetal. 1 ed. Madrid. Panamericana, 2007. Pp.1063-1087.

20. **GUILL, M.A. PEREZ SANTANA, JM. RODRIGUEZ, M. PINEDA, J. VENTURA MARTINEZ, J. DOTEL MEDINA, F.M.** Pronóstico de la puérpera quirúrgica séptima en el Hospital Nuestra Señora de Altagracia. *RevMedDomin* 2004; 54 (4): 128-31.
21. **MARTINEZ, B.** Puerperio Patológico. Hospital Universitario Materno Infantil 10 de Octubre. Habana-Cuba. 2008.
22. **DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA.** Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. Ministerio de Salud Pública. Argentina 2007.
23. **RODRIGUÉZ, A. CÓRDOVA, A. ALVAREZ, M.** Factores epidemiológicos que influyen en la mortalidad puerperal grave. *Revista cubana Obstetricia y Ginecología*, 2004. 30 (3). Pp. 1-2.
24. **PLASENCIA MONCAYO, N.** Enfoque hemodinámico y metabolismo en el sangrado genital grave. *GinecolObstetMex* 2008. 63 (6): 250-2.
25. **GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS PARA EL CONTROL DEL EMBARAZO Y LA ATENCION DEL PARTO Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO.** Buenos aires salud. Diciembre 2012.
26. **IMPAC.** Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para Obstetrices y médicos. 2002.
27. **GUÍA CLÍNICA BASADA EN LAS EVIDENCIAS: Manejo de la Hemorragia Postparto.** Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) Novedades del CLAP N° 16, ABRIL 2002.
28. **IRATÍ, G.** Patología puerperal. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Abril 2011.
29. **SANABRIA, Z. FERNÁNDEZ, C.** Comportamiento Patológico del puerperio. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2011; 37 (3):330-340.