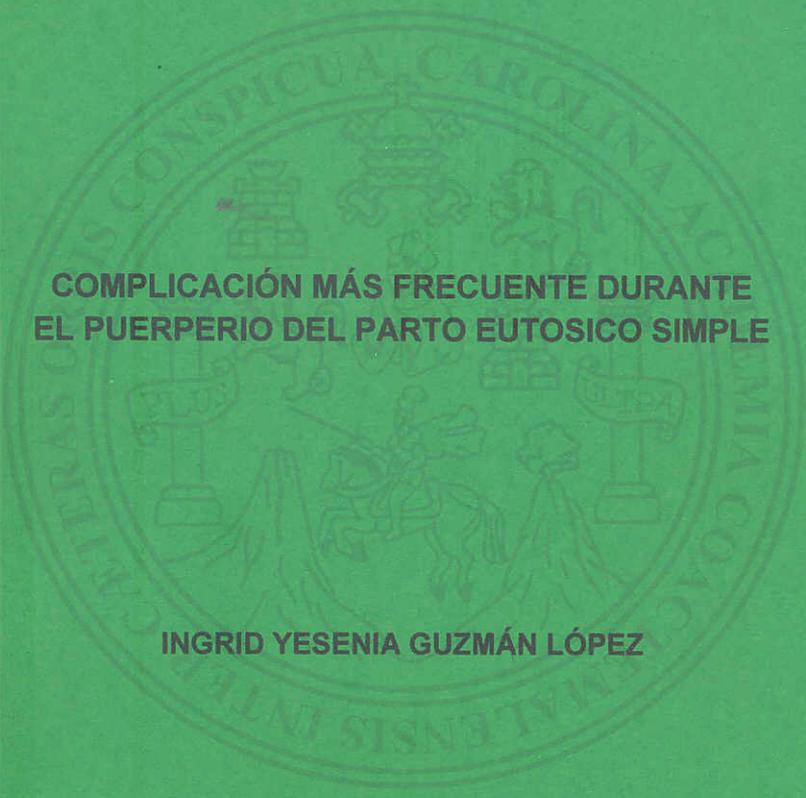


63

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



COMPLICACIÓN MÁS FRECUENTE DURANTE  
EL PUERPERIO DEL PARTO EUTOSICO SIMPLE

INGRID YESENIA GUZMÁN LÓPEZ

Tesis

Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ginecología y Obstetricia  
Para obtener el grado de  
Maestra en Ginecología y Obstetricia

Junio 2012

C. 2



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**HACE CONSTAR QUE:**

La Doctora: Ingrid Yesenia Guzmán López

Carné Universitario No.: 100016489

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"Complicación más frecuente durante el puerperio del parto eutóxico simple"**.

Que fue asesorado: Dr. Luis Humberto Araujo Rodas

Y revisado por: Dr. Jorge David Alvarado Andrade

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para junio 2012.

Guatemala, 12 de junio de 2012

**Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes, MSc.**

Director  
Escuela de Estudios de Postgrado

**Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.**

Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades

//lamo

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 24 de enero de 2012

Doctor

**Luis Alfredo Ruiz Cruz**

Coordinador General del Programa de Maestrías y Especialidades

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimado doctor Ruiz:

Deseo que sus actividades diarias sean de éxito, el motivo de la presente es informarle que he revisado el Informe Final de la Tesis titulada: **COMPLICACION MÁS FRECUENTE DURANTE EL PUERPERIO DEL PARTO EUTOSICO SIMPLE** presentado por la **Dra. Ingrid Yesenia Guzmán López**, carné 100016489, el cual ha cumplido con todos los requisitos para su aval establecidos por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y por la Universidad de San Carlos de Guatemala, pudiendo continuar con todos los trámites correspondientes para la impresión de tesis y realización del acto de graduación.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,



Dr. Edgar Herrarte  
Médico y Cirujano  
Cuietado 7,800

**Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez**

Coordinador Docente Maestría en Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Universidad de San Carlos de Guatemala



**Vo. Bo. Dr. Ricardo Walter García Manzo**

Coordinador Específico de Programas de Postgrados

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

Dr. Ricardo García Manzo  
Médico y Cirujano  
Col. 2,572

Guatemala, 24 de enero de 2012

Doctor

**Ricardo Walter García Manzo**

Coordinador Específico de Programas de Postgrado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente

Estimado doctor García Manzo:

De la manera más atenta me dirijo a usted deseando que sus labores diarias sean de éxito.

El motivo de la presente es informarle que la **Dra. Ingrid Yesenia Guzmán López**, carné 100016489, realizó su Maestría en Ginecología y Obstetricia en el Hospital de Ginecobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social aprobando los cursos y exámenes satisfactoriamente. Así mismo en septiembre de 2011, fue aprobado su examen de tesis por lo cual solicito su revisión y autorización para la impresión de la misma.

Sin otro particular y agradeciendo su atención a la presente, me suscribo,

Atentamente,



**Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez**

Coordinador Docente Maestría en Ginecología y Obstetricia  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
Universidad de San Carlos de Guatemala

*Dr. Edgar Herrarte  
Médico y Cirujano  
Colegiado 3,869*

Guatemala, 16 de agosto de 2011

Doctor

**Ricardo Walter García Manzo**

Coordinador Específico de Programas de Postgrado

Universidad de San Carlos de Guatemala

Presente

Estimado Doctor García Manzo:

Por este medio le informo que revisé el contenido del Informe Final de Tesis con el título, **COMPLICACION MÁS FRECUENTE DURANTE EL PUERPERIO DEL PARTO EUTOSICO SIMPLE** presentado por la **Dra. Ingrid Yesenia Guzmán López**, carné 100016489, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la Maestría en Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular, me suscribo de usted,

Atentamente,



**Dr. Jorge David Alvarado Andrade**

*Revisor de Tesis*

Docente de Investigación Maestría en Ginecología y Obstetricia  
Especialista A de Ginecología y Obstetricia  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

*Dr. Jorge D. Alvarado*  
PROGRAMA DE INVESTIGACION  
IGSS - USAC

## INDICE

CONTENIDO	PAGINA
1) Resumen	1
2) Introducción	2
3) Antecedentes	3
4) Objetivos	4
i) General	4
ii) Especifico	4
5) Material y Métodos	15
i) Diseño del estudio	15
ii) Área de estudio	15
iii) Población y muestra	15
iv) Fórmula de cálculo de la muestra	16
v) Criterios de inclusión y exclusión	17
vi) Operacionalización de variables	18
vii) Procesamiento y recolección de datos y muestreo	18
viii) Procesamiento y análisis de los datos	19
ix) Aspectos éticos y recursos físicos humanos y financieros	20
6) Resultados	21
7) Discusión y Análisis	29
8) Conclusiones	31
9) Recomendaciones	32
10) Bibliografía	34
11) Anexos	36
i) Instrumento de recolección de datos	36
ii) Cronograma	37

## INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

Tabla y figura 1	Edad de pacientes	21
Tabla y figura 2	Numero de consultas	22
Tabla y figura 3	Tipo de consulta	23
Tabla y figura 4	Manejo del trabajo de parto	24
Tabla y figura 5	Complicaciones en el puerperio	25
Tabla y figura 6	Causas de hemorragias	26
Tabla y figura 7	Días de estancia hospitalaria	27

## RESUMEN

Ingrid Yessenia Guzmán López, Médico y Cirujano Residente III, especialidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Gineco-Obstetricia IGSS, Guatemala, Guatemala

**“Complicaciones más frecuentes durante el puerperio del parto eutósico simple en Hospital de Gineco-Obstetricia, IGSS de pamplona en el periodo de abril a septiembre de 2009”**

### INTRODUCCION

El puerperio se define como el periodo que transcurre luego del alumbramiento hasta seis semanas después. Es un periodo con una elevada tasa de morbi mortalidad materna por la gran cantidad de patologías que pueden llegar a afectar a las pacientes. Nuestra población se caracteriza por una alta tasa de natalidad, por lo tanto son muy importantes las medidas de prevención y promoción de salud. Por lo tanto el puerperio, debe ser un periodo de amplio estudio y cobra importancia la necesidad de un correcto control prenatal y un adecuado plan educacional enfocado en disminuir los problemas en dicho periodo.

### METODOLOGIA

El estudio se realizó en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, siendo un estudio descriptivo observacional de abril a septiembre de 2009, tomando toda mujer que tuvo un parto eutósico simple y con una complicación puerperal, durante los meses de abril a septiembre de 2009, que ingresan al módulo de postparto complicado.

### RESULTADOS

Los resultados más importantes del estudio son que la anemia represento un 45% de las complicaciones puerperales, presentándose en pacientes de 20 a 34 años principalmente, y que se presenta especialmente en pacientes que tienen menos de tres consultas prenatales y que su primera consulta se presentó de manera tardía.

### CONCLUSIONES

La anemia es la principal complicación puerperal que se presenta en pacientes postparto eutósico simple, el grupo de mayor riesgo para desarrollarla son las pacientes en edad fértil de 20 a 34 años, y son factores de riesgo para ello tener tres o menos consultas prenatales o ninguna, y haber iniciado dichas visitas de manera tardía, y puede relacionarse con la inducción al trabajo de parto, pero los alcances de este estudio no pueden concluirlo y es necesario realizarlo posteriormente aplicando este estudio.

## INTRODUCCION

Uno de los objetivos de los que trabajamos en salud, es la disminución de la Morbimortalidad, a través de acciones de promoción y prevención, y la asistencia oportuna y correcta de las enfermedades.<sup>6-7</sup>

Los que ejercemos la obstetricia, sabemos que el puerperio, conlleva un elevado riesgo de *Morbimortalidad materna*, convirtiéndose su disminución, en uno de nuestros objetivos.<sup>6</sup>

Para lograr esto es importante tener los conocimientos que nos permitan, el control prenatal adecuado, identificar los factores de riesgo, y controlar según el grado de riesgo, reconocer precozmente las desviaciones, y así iniciar el plan educacional, diagnóstico oportuno y un tratamiento correcto, todo esto nos conducirá a una disminución de la morbi mortalidad Materna Puerperal.<sup>14</sup>

## ANTECEDENTES

Los factores de riesgo durante la paridad son múltiples, entre los cuales el desconocimiento sobre los cuidados prenatales por parte de la gestante, cobran gran importancia. El conocimiento psico-social permite reconocer que la educación es una variable clave en la explicación y transformación de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva. En condiciones de bajos niveles de escolaridad, la incidencia del embarazo precoz y el embarazo tardío, múltiple y muy frecuente, es significativamente el resultado de la ignorancia en este ámbito, además de los prejuicios, los mitos y otras circunstancias, que toman más complejo el problema de la salud reproductiva.<sup>13-14</sup>

A medida que aumenta la paridad también se incrementa el número de fallecimientos por causas asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio. Algunos estudios muestran que las mujeres multíparas de más de cinco hijos exhiben tasas más altas de mortalidad que las mujeres de baja paridad. Como lo señaló Winikoff en 1983, el riesgo mejor conocido y más definido de la maternidad es el riesgo obstétrico de alta paridad, quedando aún bastantes campos por investigar.<sup>14</sup>

Muchas de las complicaciones del embarazo están asociadas con la alta paridad y pueden presentarse como: hemorragia, patología de placenta, anemia, mala presentación, prolapso uterino y ruptura del útero entre otras. En el campo de la salud, la preocupación por la calidad de vida se expresa de diferentes maneras y también se buscan múltiples estrategias para contribuir en la disminución de Los índices de morbilidad y mortalidad. La educación y comunicación en el fomento y la conservación de salud siempre ocuparán un lugar importante para la transformación de actitudes y conductas cuyo resultado se refleje en la toma de conciencia sobre la función que todos y cada uno debemos desempeñar en el mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.<sup>15</sup>

Con esta investigación se pretende identificar las complicaciones más frecuentes durante el puerperio en el parto eutósico simple y así poder enfatizar en la educación en el control prenatal para de esa manera disminuir la morbilidad en el puerperio.<sup>13</sup>

## OBJETIVOS

### *OBJETIVO GENERAL*

Identificar el tipo de complicación mas frecuente en la paciente con diagnostico parto eutósico simple durante su puerperio, en pacientes ingresadas al servicio de posparto complicado

### *OBJETIVOS ESPECÍFICOS*

1. Determinar el grupo etareo, con mayor número de complicaciones.
2. Determinar el porcentaje de pacientes con complicaciones y su el número y tipo control prenatal.
3. Relacionar el manejo del inicio del trabajo de parto con la presencia de complicaciones en el puerperio.
4. Determinar los días de estancia hospitalaria en las pacientes con complicaciones en el puerperio

## MARCO TEORICO

### PUERPERIO

Es el período en el que se producen, transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas, esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pre grávido. Debemos destacar que solo la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo. Este período se extiende convencionalmente desde la finalización del período de pos alumbramiento hasta 45-60 días del pos parto.<sup>1-2</sup>

#### ETAPAS DEL PUERPERIO

##### 1) *Puerperio Inmediato:*

Comprende las primeras 24 hs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos. En este periodo el esfuerzo orgánico, está destinado a lograr la hemostasia uterina.

En el alumbramiento, se produce el desprendimiento y expulsión de la placenta y membranas ovulares, éste se produce a nivel del límite entre decidua compacta y esponjosa; y queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes; la capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores.<sup>12-13</sup>

Para una eficaz hemostasia se ponen en juego 2 mecanismos:

##### a) *La retractilidad*

Fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina.

##### b) *La contractilidad*

Fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporario de la fibra muscular uterina.

Ambos fenómenos en conjunto provocan la compresión y oclusión vascular que se denominan Ligaduras Vivientes de Pinard. Clínicamente palpamos un útero de consistencia dura elástica, de límites bien definidos que se denomina "Globo de Seguridad de Pinard", periódicamente adquiere una consistencia dura leñosa que provoca dolor, denominados "Entuertos", el fondo uterino se ubica aproximadamente a nivel umbilical.

La hemostasia lograda no es total, se pierden pequeñas cantidades de sangre rojo rutilante, acompañada de restos de decidua esponjosa, lo que se elimina por genitales luego del parto se denomina "Loquios", en las primeras 24 hs. estos son hemáticos, y se pierden aproximadamente 500 cc. de sangre.<sup>12-13</sup>

En este período aparecen episodios de escalofríos y palidez cutánea generalizada, estos pueden durar minutos o prolongarse, existen tres mecanismos fisiológicos que tratan de explicar estos fenómenos.

- a) Disminución del aporte sanguíneo a nivel periférico que provoca palidez y frío, que trata de compensarse con temblor.
- b) Los vasos sangrantes de la decidua esponjosa, son puertas de entrada para gérmenes, que provocan una bacteriemia que se acompaña de temblores y escalofríos.
- c) El pasaje al torrente sanguíneo de tejido trofoblástico, y sangre fetal provocan los temblores y escalofríos.

A nivel cardiovascular hay disminución del retorno venoso con disminución de la frecuencia y gasto cardíaco, esto se debe a la importante dilatación de la red venosa abdominal; otra explicación para la bradicardia es una descarga vagal por depleción brusca del abdomen; la presencia de taquicardia nos debe hacer pensar en una anomalía. La tensión arterial se maneja dentro de parámetros normales.<sup>1-2-3</sup>

La temperatura corporal puede ser normal o existir una elevación brusca que llega hasta los 38° C, este ascenso obedece a los mismos mecanismos que los escalofríos y suele darse generalmente en pacientes con partos distócicos.<sup>3</sup>

#### 1) *Puerperio Mediato o Propiamente Dicho:*

Abarca del 2do. al 10mo. día, actuando los mecanismos involutivos, y comienzo de la lactancia. Durante este periodo se ponen en juego mecanismos involutivos para recuperar los caracteres pre grávidos.<sup>1-3</sup>

### a) Aparato genital:

La cavidad uterina está cubierta por restos de decidua esponjosa con vasos escasamente sangrantes, los loquios en los primeros días de este periodo mantienen características hemáticas. El lecho cruento que cubre la cavidad uterina comienza a secretar un material serofibrinoso que forma una capa sobre él, en el límite entre decidua esponjosa y basal aparece un infiltrado leucocitario (con predominio de neutrófilos), también aparece un infiltrado perivascular, hialinización de las paredes de los vasos y trombos endoluminales, estos mecanismos contribuyen a disminuir las pérdidas sanguíneas.<sup>2-4</sup>

Paulatinamente aumenta el contenido seroso de los loquios, producto del trasudado de la superficie endometrial y por desemmatización del cérvix y vagina, al cuarto o quinto día los loquios se convierten en serohemáticos con contenido leucocitario y células descamadas de cérvix y vagina, los loquios nunca deben presentar olor fétido.

En el miometrio las fibras musculares hipertrofiadas vuelven a su tamaño normal, las fibras neoformadas sufren una degeneración hialina, esto se manifiesta clínicamente con una disminución de la altura uterina a una velocidad de 1–2cm /día. El segmento uterino adelgazado y plegado le da al cuerpo gran movilidad y sufre un proceso involutivo que lo lleva a desaparecer al final de este periodo. Las contracciones disminuyen en intensidad y frecuencia. El cuello uterino al tercer día por la desemmatización que sufre recupera su forma, longitud y consistencia, se restablece el canal cervical que al cuarto o quinto día no es permeable al dedo. La vagina se desemmatiza, reaparecen los pliegues vaginales y recupera su tonicidad igual mecanismo se pone en juego en la vulva.<sup>14-15</sup>

### b) Fenómenos humorales:

La desemmatización aumenta el volumen vascular renal que provoca un aumento en la diuresis (poliuria fisiológica del puerperio). Aumenta el catabolismo proteico con un consecuente aumento de la uremia. Se mantiene elevada por unos días la eliminación de creatinina que luego se normaliza. El hematocrito y la hemoglobina disminuyen por dilución. La leucocitosis se normaliza en este periodo.

La hipercoagulabilidad sanguínea exagerada durante el embarazo y el parto se mantiene. Hay aumento de las plaquetas, de la agregación plaquetaria y del fibrinógeno plasmático; la velocidad de sedimentación globular se acelera pudiendo llegar en la primera hora hasta 50 milímetros.<sup>5</sup>

**c) Signos vitales:**

La tensión arterial y la frecuencia cardiaca se mantienen dentro de parámetros normales. La temperatura al tercer o cuarto día experimenta una elevación por aumento del metabolismo mamario "bajada de la leche" este aumento no debe durar más de 24 hs., con disociación axilorectal a predominio de la axilar y debe descartarse otro foco infeccioso.

i) *Piel y mucosas:* desaparece la hiperpigmentación cutánea, las estrías pasan de un color rojizo a un tinte nacarado definitivo, desaparecen los hematomas subconjuntivales, las Petequias y las hemorragias capilares originadas por los pujos.

ii) *Tejido mioconjuntivo:* la pared abdominal presenta un estado de flacidez, los músculos rectos del abdomen experimentan distintos grados de diástasis, si la separación llega hasta la sínfisis pubiana, la misma se considera definitiva.

iii) *Aparato urinario:* la vejiga y la uretra se desematizan facilitando la micción, pero en ocasiones la hiperdistensión de la musculatura pelviana, las lesiones vesicales y la relajación vesical pos parto, pueden inhibir el reflejo miccional favoreciendo la retención urinaria, estos hechos desaparecen al final de este período.<sup>7-8</sup>

iv) *Aparato digestivo:* los órganos digestivos vuelven a su posición normal y retoman su normal fisiología, durante los primeros días suele haber una hiperdistensión intestinal con disminución del peristaltismo, apareciendo cuadros de constipación que deben retrogradar espontáneamente.

v) *Aparato respiratorio:* la respiración se normaliza, vuelve a ser abdominal y desaparece la alcalosis respiratoria.<sup>7-8</sup>

**2) Puerperio Alejado:**

Se extiende aproximadamente hasta los 45 días luego del parto, el retorno de la menstruación indica su finalización. A partir de las células de la porción basal de las glándulas endometriales se produce la reepitelización endometrial.

Los loquios de serohemáticos pasan a ser serosos y tienden a desaparecer hacia la tercera semana pos parto. Hacia el día 12, el orificio cervical interno se debe encontrar totalmente cerrado. Entre los días 10 y 14, el útero se hace intrapélvico mediante el proceso involutivo miometrial. El día 21 por un mecanismo no muy claro, se produce una pérdida hemática denominada pequeño retorno. Entre los 30 y 45 días puede reaparecer la ovulación y en caso de no haber fecundación reaparece la menstruación.<sup>11-14</sup>

### 3) *Puerperio Tardío:*

Puede llegar hasta los 6 meses pos parto se extiende desde los 45 días hasta que continúe una lactancia prolongada y activa, que puede evitar el retorno al ciclo sexual normal.<sup>12-13</sup>

## **COMPLICACIONES PUERPERALES**

El Término infección puerperal se utiliza para describir cualquier infección bacteriana del aparato genital después del parto.<sup>2-5</sup>

Las infecciones pélvicas son las complicaciones graves más frecuentes del puerperio, en conjunto con la preeclampsia y la hemorragia obstétrica, constituyeron en los países desarrollados la triada letal para las madres, sin embargo en países en vías de desarrollo persisten la infección y la hemorragia posparto como complicaciones causantes de la mayor morbi-mortalidad materna.<sup>12-15-16</sup>

La fiebre puerperal se define como: *una temperatura de 38.0°C o más durante dos de los 10 primeros días del puerperio, o de 38.7°C o superior durante las primeras 24 hora, medidas por vía oral mediante una técnica estándar por lo menos cuatro veces al día.* Cualquier aumento mayor de 38.0°C se debe revisar la causa con el correspondiente tratamiento. La mayoría de las fiebres que acompañan al nacimiento se deben a infecciones de las vías genitales, debe excluirse las causas extragenitales. Entre estas últimas están ingurgitación mamaria, infección respiratoria, pielonefritis y tromboflebitis.<sup>15-17</sup>

### **1) HEMORRAGIA POSPARTO**

Se define como pérdida de más de 500 ml de sangre después del parto vaginal sin complicaciones, ya que el volumen sanguíneo de la gestante aumenta uno o dos litros durante el embarazo. La paciente tolera bien esta pérdida de sangre.

La hemorragia puede ser temprana (primeras 24 horas) y tardía (después de las primeras 24 horas hasta 6 semanas tras el parto). El riesgo aumenta si se presenta en las primeras 24 horas, porque una región venosa extensa se encuentra expuesta tras la separación de la placenta. La pérdida de sangre de 500 a 600 ml en el parto es normal, de 1000 ml es normal en cesárea. El cuerpo responde a la hipovolemia aumentando la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. La disminución del volumen de sangre hace que la piel y las membranas mucosas palidezcan, se enfríen y humedezcan.<sup>10-12</sup>

A medida que continúa la pérdida de sangre se reduce el flujo cerebral y la paciente se muestra inquieta, confusa, ansiosa y letárgica.<sup>10-12</sup>

El sangrado puede producirse a un ritmo lento durante varias horas y puede que la afección no se detecte hasta que la mujer entre repentinamente en shock, la hemorragia incontrolable o no tratada puede llevar a la muerte en dos horas, el 80% de estas muertes pueden ocurrir dentro de las primeras 4 h postparto. Dos tercios de las hemorragias ocurren en pacientes sin factores de riesgo, la evaluación de riesgos en la etapa prenatal no permite pronosticar que mujeres sufrirán hemorragia postparto.<sup>10-12</sup>

Una mujer con un nivel de hemoglobina normal tolera una pérdida de sangre que sería mortal para una mujer anémica. Hemorragia severa después del nacimiento puede ser fatal, causando un cuarto de todas las muertes maternas en el mundo. De acuerdo con la OMS, ocurren 14 millones de muertes maternas, 25% ocurre en Latinoamérica, 30.8% en Asia y 33.9% en África. Aproximadamente la mitad de todas estas muertes ocurren a causa de hemorragia posparto inmediata.<sup>10-11</sup>

## ETIOLOGÍA

### a) Atonía uterina

Al presentarse hemorragia postparto inmediata, útero blando no contraído, el diagnóstico es atonía uterina, se debe descartar la coexistencia de desgarros del tracto genital. La atonía uterina se trata de inmediato con masaje uterino, compresión bimanual colocando el puño sobre el fondo de saco anterior aplicando presión contra la pared anterior del útero, con la otra mano, presione profundo por detrás del útero ejerciendo presión contra la pared posterior del útero hasta controlar el sangrado. También se puede intentar la compresión de la arteria aorta justo encima del ombligo y ligeramente a la izquierda, ejerciendo presión firme con el puño.<sup>12</sup>

Uso de medicamentos uterotónicos como oxitócina a dosis de 20 unidades en 1 L de solución IV a 60 gotas por minuto, metilergonovina IM o IV 0.2 mg repetir en 15 minutos y luego cada 6 horas, o misoprostol 800 µg vía rectal.<sup>12-13</sup>

### **b) Retención placentaria**

Se realiza diagnóstico de retención de placenta si esta no se expulsa dentro de los 30 minutos después del parto, la cual debe ser removida de forma manual (alumbamiento artificial). En la revisión rutinaria de la placenta se observa falta de una o más porciones de la superficie materna o hay desgarros de membranas vascularizadas, al quedar retenidos fragmentos placentarios dentro del útero, estos pueden impedir que el útero se contraiga de forma eficaz, o puede no haber sangrado en caso de retención de fragmentos placentarios. Se deben extraer los fragmentos retenidos bajo anestesia con la mano, fórceps oval, el tejido muy adherente puede ser una placenta acreta. Los esfuerzos para extraer una placenta firmemente adherida pueden producir sangrado profuso o una perforación uterina que requiere de histerectomía.<sup>7-8</sup>

### **c) Trauma genital**

El traumatismo (rotura uterina, desgarros genitales) es la segunda causa de hemorragia posparto y puede ocasionar shock, lo cual indica hacer los preparativos para la intervención quirúrgica, se debe individualizar en la toma de decisiones, en cuanto a reparar y conservar el útero según extensión de la lesión, paridad, deseo de embarazo. En hemorragia no controlada se puede realizar ligadura bilateral de las arterias uterinas, de persistir el sangrado ligadura de arterias hipogastricas, sino hubiera respuesta se debe de realizar histerectomía obstétrica total o parcial.<sup>2-5</sup>

### **d) Inversión uterina**

Es la introducción espontánea o provocada del fondo uterino dentro de la cavidad uterina con posibilidad de protruir por el cérvix y la vulva, invirtiéndose anatómicamente. La corrección debe efectuarse de inmediato, establecer dos vías intravenosas con solución lactato de Ringer, evaluar transfusión sanguínea.<sup>5</sup>

Restablecer la anatomía del útero con la mano diestra enguantada, sujételo y empuje a través del cuello uterino hacia el ombligo a su posición anatómica normal, se coloca la otra mano por encima del abdomen para sostener el útero por 3-5 minutos efectuando masaje por vía abdominal. Si la placenta aún esta adherida, se debe extraer manualmente después de la corrección y revisar cavidad uterina.<sup>4-5</sup>

### **e) Hematomas**

Suelen ser producto de lesiones de vasos sanguíneos, del perineo o de la vagina. La característica distintiva del hematoma es el dolor perineal, la ausencia de sangrado y un útero firme. La paciente podría no ser capaz de miccionar o defecar debido a la presión en el recto. El tratamiento es con compresas de hielo o por incisión quirúrgica si es grande.<sup>5-6</sup>

## INFECCIONES PUERPERALES

### **Factores relacionados**

Tras el parto quedan expuestos al exterior el útero y el cuello uterino a través de la vagina, esto aumenta el riesgo de que ingresen bacterias al sistema reproductor. Los cambios fisiológicos normales en el embarazo aumentan también el riesgo de infección. Durante el parto el líquido amniótico, la sangre y los loquios que son alcalinos, disminuyen la acidez de la vagina, favoreciendo así el crecimiento patógeno. El endometrio, el cuello uterino y la vagina sufren durante el parto pequeñas laceraciones, que permiten que los microorganismos ingresen en los tejidos.<sup>12-13</sup>

### **Definición**

Conjunto de lesiones sépticas localizadas o generalizadas, cuyo punto de partida se haya a nivel del aparato genital después del parto. Se considera que la paciente tiene infección puerperal si presenta fiebre de 38 °C o más después de las primeras 24 horas, y si ésta persiste al menos dos días en la primera semana de puerperio.<sup>12</sup>

### **Infecciones Puerperales**

#### **1) Ingurgitación mamaria**

Este trastorno produce a menudo una elevación breve de la temperatura. Cerca de 15% de las mujeres puerperas desarrolla fiebre por ingurgitación mamaria, por lo general dos a tres días después del parto. Es raro que la fiebre exceda los 39.0°C y de manera característica no dura más de 24 horas.<sup>6-7</sup>

#### **2) Mastitis**

Es una condición inflamatoria del pecho la cual puede o no estar acompañada de infección. Esta asociada a la lactancia por lo que se le conoce como mastitis puerperal. Una severa complicación de la mastitis es el absceso mamario, con compromiso para la salud materna y elevados costos, sin embargo el absceso mamario puede ocurrir sin que se presente mastitis.<sup>7-8-9</sup>

En fases iniciales de mastitis la paciente puede experimentar molestia o dolor mamario y fiebre de bajo grado. Cuando la infección progresa la paciente se encuentra en mal estado general, fiebre de 40°C y mastalgia. El examen del pecho afectado, revela áreas de eritema, induración calor y dolor exquisito a la palpación. Recuento de leucocitos de la leche materna y cultivos han sido propuestos para distinguir entre mastitis infecciosa de la mastitis por estasis no infecciosa inflamatoria, con un recuento de leucocitos de  $>10^6/\text{ml}$  y recuento de bacterias  $> 10^3/\text{ml}$  es indicativo de infección.<sup>7-8-9</sup>

Se observan dentro de las primeras 24 horas posparto, casi invariablemente en las pacientes que han sido sometidas a cesárea. Son menos frecuentes si la anestesia ha sido epidural o raquídea. Las complicaciones son atelectasia, neumonía por aspiración o en ocasiones neumonía bacteriana. La atelectasia se previene mejor si se fomentan la tos y la respiración profunda, por lo regular cada cuatro horas durante 24 horas después del nacimiento.<sup>12</sup>

### **3) Infección urinaria**

Es difícil distinguir entre la infección renal y la pélvica después del parto. En los casos típicos la bacteriuria, piuria, hipersensibilidad en el ángulo costovertebral y temperatura en espigas son signos claros de infección renal. En la paciente puerperal el primer signo es la elevación de la temperatura, náuseas y vómitos.<sup>11-12</sup>

### **4) tromboflebitis**

La trombosis venosa profunda (TVP) o superficial de las piernas puede producir elevaciones menores de la temperatura en la mujer puerpera.

El diagnóstico se establece al observar tumefacción y dolor en una pierna que a menudo se acompaña a hipersensibilidad en la pantorrilla o en el ángulo crural Dolor a la palpación de las pantorrillas (signo de Homan positivo).

A pesar del cuidado obstétrico, la enfermedad tromboembólica se mantiene como causa importante de muerte en el periodo posparto<sup>5</sup>. La incidencia de tromboflebitis superficial posparto es aproximadamente del 1%, mientras la incidencia de la tromboflebitis venosa profunda es del 0.15%, de las cuales el 90% ocurren durante los primeros 3 días posparto, el 75% de TVP ocurren el posparto. La razón del pico en este periodo es incompletamente definido, aunque todas las condiciones de la triada de Virchow están presentes: hipercoagulabilidad, daño endotelial y estasis venosa. Los factores obstétricos que aumenta el riesgo de enfermedad tromboembólica son la cesárea, fórceps, edad materna avanzada, multiparidad, uso temprano de estrógenos.

## TRISTEZA Y DEPRESIÓN POSPARTO

Es importante poder identificar estas complicaciones maternas que puede aparecer en el periodo posparto, el sentimiento de incompetencia como madre, baja autoestima, personalidad inmadura, falta de fuentes de apoyo, maltrato intra domiciliario las cuales muchas veces son difíciles de percibir por el clínico.

Entre los síntomas más frecuentes encontraremos a la paciente con llanto, cambios de humor, ansiedad, irritabilidad.

El tratamiento consiste en apoyo Psicológico, y algunas veces psiquiátrico con antidepresivos si el tratamiento psicológico no es efectivo, ya que en el proceso del parto y postparto se debe contar con un equipo multidisciplinario para atender las diferentes necesidades de la paciente, sin dejar de ver estas como menos importantes.<sup>2</sup>

## MARCO METODOLOGICO

### 1) DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de Estudio

OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO

### 2) UNIDAD DE ANALISIS

Expedientes clínicos de las pacientes que ingresan a modulo de post parto del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Pamplona en el periodo del 1 de abril al 30 de septiembre 2009

### 3) POBLACION Y MUESTRA

Todos los casos con diagnostico de parto eutosico simple que ingresan a la sala post parto complicado del departamento de Gineco Obstetricia del Hospital de Pamplona en el periodo del 1 de abril a septiembre 2009.

El tamaño de la muestra está constituida por 180 pacientes, para la población objetivo se estableció con un nivel de confianza del 95% y un error estimado del 5%.

**Fórmula para cálculo de la muestra cuando se conoce la población**

**Cálculo de la muestra**

$$\text{Fórmula } n = \frac{z^2 (p \cdot q)}{d^2}$$

z	Nivel de confianza
p	Prevalencia
q	1- p
d	Precisión

**1 ingrese los datos**

z	1.96
p	0.13
q	0.87
d	0.05

z <sup>2</sup> =	3.8416
p*q=	0.1131
d <sup>2</sup> =	0.0025

**n= 174**

**2 % de pérdida esperada de casos**

20% n =	35
n+20%=	209

**3**

Muestra total	209
Muestra Mínima	179

#### 4) SUJETOS DE ESTUDIO

Pacientes con diagnostico de parto eutósico simple y complicaciones el puerperio.

#### 5) CRITERIOS DE INCLUSION

Todas las pacientes con diagnostico de parto eutósico simple en su puerperio que tuvieron complicaciones durante el periodo de Abril a Septiembre 2009 y que ingresan al modulo de complicaciones postparto

#### 6) CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con diagnósticos de enfermedades crónicas  
Pacientes que llevaron su control prenatal en clínica de mediano y alto riesgo  
Pacientes con diagnostico de parto distócico simple y resolución vía cesárea.  
Pacientes con diagnostico de parto extrahospitalario.

#### 7) INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se realizara en una boleta de recolección de información que contiene incisos de de distintas variables a estudiar (ver anexos)

8) VARIABLES Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA MEDICIONAL
ESTANCIA HOSPITALARIA	Periodo de tiempo que permanece una persona en el hospital	Se tomara la fecha de ingreso y egreso de la paciente	Número de días de estancia hospitalaria	Numerico
COMPLICACIONES	Proceso natural o inducido derivado de una entidad clínica por causa natural o en el intento por resolverse	Se tomaran las que aparezcan en el expediente clínico	Rasgaduras, anemia, retenciones placentarias, legrados infecciones shock	Nominal
CONTROL PRENATAL	Evaluación clínica durante el periodo de gestación	Se tomara el numero de citas que aparezca en el carnet	Numero de citas	Nominal

10 PROCESO DE RECOLECCION DE INFORMACION

Se revisaran los expedientes clínicos para la obtención de los datos, se recolectaron datos de 30 pacientes elegidas al azar por mes en un total de seis meses para completar la muestra de 180 pacientes, los datos se analizan realizando tablas y graficas en Excel, para luego realizar análisis y conclusiones de los datos.

## 11) PLAN DE ANALIS DE LOS RESULTADOS

### Aspectos Éticos:

- En el presente estudio no fue necesario la autorización de la paciente, la información obtenida será de carácter confidencial ya que no se publicara información que identifique a la paciente.
- No hay interés de carácter lucrativo.
- No se intervendrá en el tratamiento o seguimiento de la paciente.
- El presente trabajo se realizara sin la alteración de los datos revisados por el observador, el cual permanecerá imparcial en el momento de la realización de la investigación.

## 12) ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

- Determinar cuál es la complicación más frecuente en las pacientes con diagnostico de parto eutósico simple del Hospital de Ginecología y Obstetricia, IGSS, Pamplona.
- Permitir el acceso a estos datos estadísticos al personal administrativo de dicha unidad, para servir para la planificación de futuros proyectos en salud enfocados a las complicaciones materno-fetales.

13. RECURSOS

RECURSOS MATERIALES

- Boletas de recolección de datos
- Computadora
- Fotocopias
- Expedientes clínicos

RECURSOS NO MATERIALES

- Personal médico y paramédico del Instituto de Gineco-obstetricia, IGSS, pamplona.
- Pacientes atendidas en el Instituto de Gineco-obstetricia, IGSS, pamplona.

14. COSTOS Q500.00

- Impresiones
- Luz eléctrica
- Fotocopias
- Hojas
- Lapiceros-folders
- Internet
- Gasolina

## RESULTADOS

**TABLA 1**

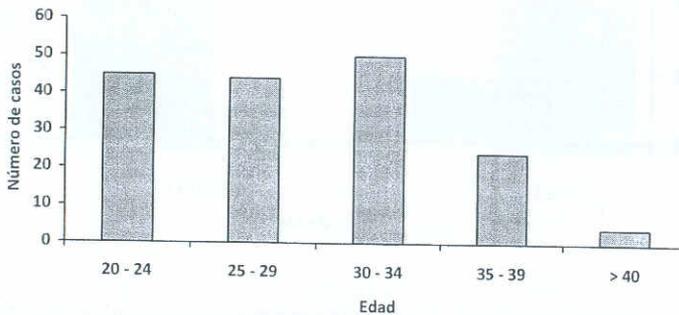
Distribución de Casos por edades de pacientes post parto eutósico simple que durante el Puerperio que ingresan en el modulo de Postparto complicado del Hospital de Gineco-Obstetricia, de Abril a Septiembre de 2009

GRUPO ETAREO	CASOS CON COMPLICACIONES	PORCENTAJE
15-19	13	8
20-24	45	25
25-29	44	24
30-34	50	28
35-39	24	13
≥40	4	2

FUNTE: Datos obtenidos en el modulo de post parto complicado  
N= 180

**Figura 1**

Distribución de casos por edades de pacientes post parto eutósico simple que durante el puerperio ingresan al módulo de postparto complicado del hospital de Ginecoobstetricia, de Abril a Septiembre de 2009



FUENTE: Datos obtenidos en el modulo de post parto complicado.

**TABLA 2**

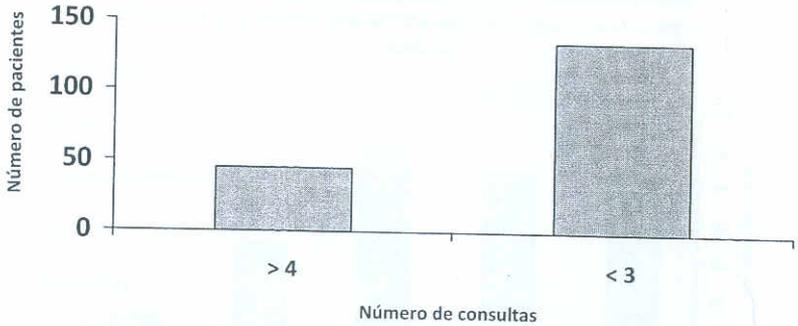
Número de consultas prenatales de pacientes post parto eutósico simple, que ingresan durante el puerperio al modulo de Post parto complicado del Hospital de Gineco-Obstetricia, de Abril a Septiembre de 2009

NÚMERO DE CONSULTAS	NÚMERO DE PACIENTES
$\geq 4$	45
$\leq 3$	135

FUENTE: Datos obtenidos en el Modulo de Post parto

**Figura 2**

Número de Consultas prenatales de pacientes post parto eutósico simple que ingresan durante el puerperio al módulo de postparto complicado del Hospital de Ginecoobstetricia, de Abril a Septiembre 2009



FUENTE: Datos obtenidos en el modulo de post parto

TABLA 3

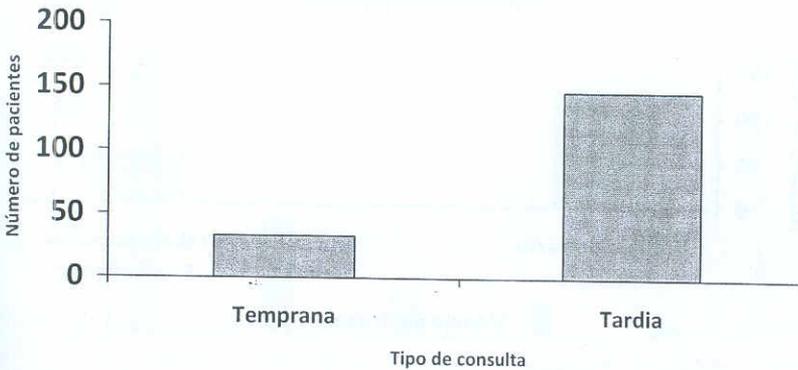
Tipo de Consulta prenatal de pacientes post parto eutósico simple que durante el Puerperio que ingresan el modulo de Postparto complicado del Hospital de Gineco-Obstetricia, de Abril a Septiembre de 2009

TIPO DE CONSULTA	NÚMERO DE PACIENTES
Temprana	33
Tardía	147

FUENTE: Datos obtenidos en el Modulo de Post parto

Figura 3

Tipo de consulta prenatal de pacientes post parto eutósico simple que durante el puerperio ingresan al módulo de postparto complicado del hospital de Ginecoobstetricia, de abril a septiembre de 2009



FUENTE: Datos obtenidos en el Modulo de Post parto

**TABLA 4**

Presencia de complicaciones según el manejo del trabajo de parto en pacientes post parto eutósico simple que durante el puerperio ingresan en el modulo de Postparto del Hospital de Gineco-Obstetricia, de Abril a Septiembre de 2009

TIPO DE MANEJO DEL TP	NÚMERO DE PACIENTES
Inducción	127
Espontaneo	53

FUENTE: Datos obtenidos en el Modulo de Post parto  
T.P. trabajo de parto

Figura 4

Presencia de complicaciones según el manejo del trabajo de parto en pacientes post parto eutósico simple que durante el puerperio ingresan al módulo de postparto complicado del hospital de Ginecoobstetricia, de abril a septiembre de 2009



FUENTE: Datos obtenidos en el Modulo de Post parto

**TABLA 5**

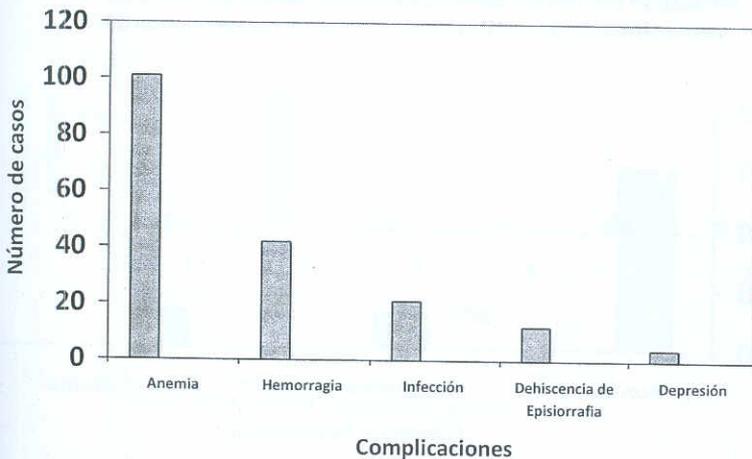
Complicaciones en pacientes post parto eutósico simple que durante el Puerperio ingresan al modulo de Postparto del Hospital de Gineco-Obstetricia, de Abril a Septiembre de 2009

COMPLICACIONES	NÚMERO DE CASOS
Anemia	101
Infección	21
Dehiscencia de Episiorrafia	12
Hemorragia	42
Tristeza o Depresión	4

FUENTE: Datos obtenidos en el Modulo de Postparto

**Figura 5**

Complicaciones en pacientes post parto eutósico simple que durante el puerperio ingresan al módulo de postparto complicado del hospital de ginecoobstetricia, de abril a septiembre de 2009



FUENTE: Datos obtenidos en el Modulo de Post parto

**TABLA 6**

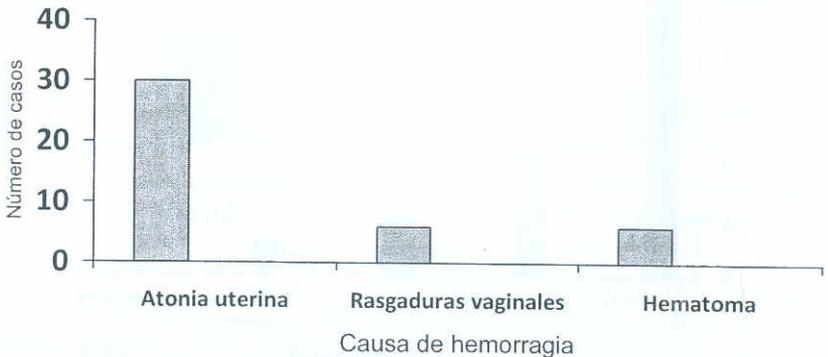
Causa de hemorragia en pacientes post parto que durante su puerperio ingresan al modulo de post parto complicado del hospital de Gineco-Obstetricia, Abril a Septiembre de 2009

CAUSAS DE HEMORRAGIA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJES
Atonía Uterina	30	72
Rasgaduras Vaginales	6	14
Hematomas	6	14

FUENTE: Datos obtenidos en el Modulo de Post parto

**Figura 6**

Causas de hemorragia en pacientes post parto eutósico simple que durante su puerperio ingresan al módulo de postparto complicado del hospital de ginecoobstetricia, de abril a septiembre de 2009



FUENTE: Datos obtenidos en el Modulo de Post parto

TABLA 7

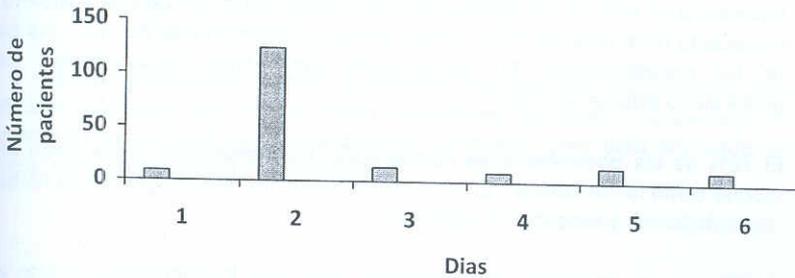
Días de estancia hospitalaria en pacientes post parto que durante su Puerperio ingresan al modulo de Post parto complicado del Hospital de Gineco-Obstetricia, de Abril a Septiembre de 2009

NUMERO DE DIAS	NÚMERO DE CASOS
1	9
2	124
3	13
4	9
5	14
6	11

FUENTE: Datos obtenidos en el Modulo de Post parto

Figura 7

Días de estancia hospitalaria en pacientes post parto que durante su puerperio ingresan al módulo de postparto complicado del hospital de ginecoobstetricia, de abril a septiembre de 2009



FUENTE: Datos obtenidos en el Modulo de Post parto

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

- La mayoría de pacientes con complicaciones postparto son las que integran el grupo etario de 20 a 34 años, siendo estos de un 77%, el grupo que menos complicaciones postparto presentó fue el de pacientes mayores de 40 años representando un 2%.
- Un 75% de las pacientes que se incluyeron en el estudio tuvieron menos de tres consultas prenatales, algunas incluso solo una visita, o ninguna consulta prenatal.
- Más del 80% de las pacientes incluidas en el estudio con complicaciones en el puerperio, tuvieron su visita prenatal de forma tardía, lo cual denota la importancia del asesoramiento prenatal temprano.
- De las pacientes que en el post parto presentaron complicaciones 70% tuvieron un inicio del trabajo de parto inducido con medicamento, y 30% un parto de inicio espontáneo.
- La complicación que más veces fue observado en el estudio fue la anemia, que representó un 45% de las complicaciones, seguido de la hemorragia postparto que representó poco más del 15%, ambas juntas representan casi dos terceras partes de las complicaciones. La complicación con menos representación fue la depresión o tristeza con 2%.
- El 72% de las pacientes cuya complicación fue hemorragia presentaron atonía uterina como factor causal. El 14 % de los casos de hemorragia fueron causados por hematomas y rasgaduras vaginales.
- El 70% de las pacientes permanecieron dos días hospitalizadas debido a las complicaciones, y en un menor porcentaje dependiendo de la gravedad de la complicación hasta 6 días.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. Con los resultados obtenidos, podemos analizar que las pacientes de 30 a 34 años fueron las que representaron la mayoría de complicaciones, pero muy cerca se encontraron el grupo de pacientes de 20 a 24 años y el de 25 a 29 años, y es lógico ya que se encuentran dentro de la edad fértil y económicamente productiva de la mujer, por lo cual representarían la mayoría de nuestra muestra. El grupo con menor representatividad fue el de pacientes mayores de 40 años y se correlaciona con que son las pacientes gestantes añosas que regularmente ya tienen paridad satisfecha y representan una minoría en la consulta obstétrica.
2. Podemos analizar que la mayoría de pacientes que integraron el estudio, tuvieron menos de tres visitas prenatales, algunas incluso con una o ninguna visita, lo cual nos puede explicar en cierta parte la etiología de dichas complicaciones, tomando como base la falta de asesoría y de un correcto control prenatal. Esto demuestra una vez más la importancia de cada visita en el período prenatal.
3. Acá podemos analizar la importancia que tienen la visita temprana prenatal, que se describe como aquella antes de las trece semanas de gestación y que nos permite analizar con mayor certeza el desarrollo fetal y materno durante la gestación. Por ello es importante siempre destacar el valor que tiene una visita prenatal temprana y más aun la atención previa a la concepción.
4. Los partos eutócicos simples que fueron inducidos con medicamento presentaron más complicaciones que los de inicio espontáneo. Se puede correlacionar de cierta manera con la cantidad de complicaciones postparto, pero para ello sería necesario estudiar cada complicación por separado.

5. Las complicaciones más frecuentes durante el puerperio en pacientes post parto eutósico simple, fueron anemia, hemorragia, dehiscencia de episiorrafia, infeccione y depresión, la anemia que se produce por la hemorragia y las complicaciones postparto son las más comúnmente encontrados, en este estudio. Durante el embarazo la paciente sufre un aumento del volumen sanguíneo, principalmente a expensas de plasma, más que células sanguíneas, para cubrir los requerimientos maternos y fetales y también para prevenir que no afecten mucho las perdidas obligatorias en el trabajo de parto. Se puede analizar la gran importancia de un correcto seguimiento durante el puerperio y más aun un buen control prenatal que prevenir la anemia durante el embarazo. Podemos ver luego una serie de complicaciones puerperales comunes, pero que no tienen un número significativo durante el puerperio, a comparación de la anemia y hemorragia. Sin embargo deben de ser correctamente evaluados siempre. La complicación que represento menor número de casos fue la depresión o tristeza, lo cual también se explica como una complicación psiquiátrico que debe ser evaluado.

6. Se evidenciaron que entre las causas más frecuentes de hemorragia post parto tenemos la atonía uterina, rasgaduras vaginales y hematomas, así como se describe en la bibliografía consultada son la segunda causa de hemorragia post parto ya que durante la atención de parto es importante tomar en cuenta la prevención de complicaciones asociadas con el trauma genital y adecuada vigilancia y atención del tercer periodo del parto.

7. La mayoría de las pacientes con parto eutósico simple permanece en observación por un día en las pacientes que presentaron complicación fue más frecuente que permanecieran en observación medica y en casos con mayor complicación hasta seis días.

## CONCLUSIONES

- La complicación más frecuente que presentó en la paciente con diagnóstico de parto eutósico simple durante el puerperio fue anemia.
- El grupo etareo que presentó más complicaciones fue el de 30 a 34 años.
- El 80% de las pacientes que tuvieron complicaciones realizaron menos de 3 visitas en el control prenatal y en 82% fue de inicio tardío.
- Se observaron la presencia de complicaciones en mayor frecuencia cuando el inicio del trabajo de parto fue inducido por medicamentos.
- Las pacientes que presentaron complicación permanecieron ingresadas dos días en la mayoría de los casos.

## RECOMENDACIONES

- Se debe promocionar la asistencia de las pacientes a control pre concepcional, prenatal temprano y continuo.
- Durante el control prenatal se debe brindar una buena asesoría a las pacientes acerca de las manifestaciones y principales complicaciones postparto.
- Es importante llevar estadísticas acerca de la cantidad de partos y su método de inducción, y velar por el cumplimiento de los protocolos ya establecidos institucionalmente.
- También es de denotar la necesidad de estudios que logren correlacionar el manejo del Trabajo de Parto y la incidencia de complicaciones.
- Se debe evaluar si se cuenta con la adecuada cantidad de personal médico y paramédico, para el número de pacientes que son atendidas en la institución, que permita la adecuada vigilancia en el puerperio.
- También es importante darle el correcto lugar al estado psicológico de la paciente y realizar las consultas a los especialistas para dar una ayuda completa a las pacientes.
- Es de gran importancia evaluar los protocolos hospitalarios de egreso, en cuanto a evolución y tiempo, de las pacientes y ver su eficacia correlacionándolo con las consultas posteriores. También es de recalcar la necesidad de dar visitas seriadas en el puerperio para poder evitar complicaciones.

## LIMITACIONES

- Los resultados que se obtuvieron no brindan un dato a nivel nacional, solo son brindan datos a nivel de dicha institución mencionada.
- Se encontró con expedientes incompletos y no se obtuvieron todos los datos que se solicitaron.
- No se tomo en cuenta la hemoglobina inicial en la paciente que presento complicaciones en el puerperio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Aimer L. Mastitis .Australian Lactation Consultant Association News Journal. UNAM.mx/1993,4(3:117)
- 2) (Corpora amylacea). *Australian Lactation Consultants Association News*, 1992, 3(3):8-9.
- 3) Antimicrobials therapy for gynecologic infections. ACOG Technical Bulletin 1996; 97: 1-6.
- 4) Bennett. T.A. Kotelchuck, M. A comprehensive view of maternal morbidity. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1998. 178; 346-54.
- 5) BROOKER DC, SABATH LD, LEMAN L, ESCHENBACH D. Endometritis postparto: microbiología intrauterina y terapia con cefalosporinas. 24a. Conferencia Intercientífica sobre agentes antimicrobianos y quimioterapia. Washington, Octubre 1994.
- 6) Cabero L. Y. Col. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Medica Panamericana. 2003. Tomo 1 101; 567-589.
- 7) Dexeus S. Y. Col. Patología Obstétrica. Patología del puerperio. Cap. 55-58 volumen 2 1990. México
- 8) Editorial: Puerperal mastitis. *British Medical Journal*, 2006, 1(6015):920-921.
- 9) Faro S. Y. Col. Enfermedades Infecciosas en la Mujer. Complicaciones posparto. McGraw-Hill Interamericana, México 2002. 234-267.
- 10) French LM, Smaill FM. Antibiotic regimens for endometritis after delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.

- 11) GIBBS R, WEINSTEIN A. Infección puerperal en la era antibiótica. *Sinop Obst Gin* 1998; 23: 120-139.
- 12) GIBBS R. Clínica J risk factor for puerperal infection. *Obst Gyneco/1998*; 55: 1.785-1.835.
- 13) JHPIEGO/Programa de Salud Materna y Neonatal y PATH, Prevención de la Hemorragia Postparto: Manejo del Tercer Período del Parto. Número Especial. *Outlook*. 2002; 19(3)108.
- 14) Laffel L. Ketone bodies: a risk factors for postcesarean endomyometritis, pathophysiology and application of monitoring to diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* 1999; 15 (6): 412-426
- 15) Laffel L. Sick-day management in type 1 endometritis. *North Am* 2000; 29 (4): 707-723
- 16) López G. Y. Col. El embarazo en la adolescencia. Salud Reproductiva en las Américas Organización Panamericana de la Salud. 2002. pp.132-135.
- 17) Ministerio de Salud Pública Guatemala PNSR, OPS, FLASOG. Guías de atención del embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas. 2006
- 18) PRITCHARD J, MACDONALD P, GANT N. Infección puerperal. En: WILLIAM'S Obstetricia. 21a ed. Barcelona: Salvat, 1986:697-707.
- 19) Ralph C Benson y Martin L Pernoll Manual de obstetricia y Ginecología. México: Manual Moderna, ENERO 2000.
- 20) SANCHEZ F. Infección postcesárea. *Cirugía* 1989; 4: 161-163.

## ANEXOS

### BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

#### I. Datos de identificación de la paciente:

1. N° de Historia \_\_\_\_\_.
2. Edad \_\_\_\_\_.

#### II. Datos del control prenatal

3. ¿Institución donde se controló el embarazo?

IGSS \_\_\_\_\_

Privado \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

4. ¿Controlado?

SI: \_\_\_\_\_ N° de consultas: \_\_\_\_\_ 3 o más: \_\_\_\_\_ Menos de 3: \_\_\_\_\_

NO se controló: \_\_\_\_\_

5. Tipo de control:

Precoz. (Antes de 13 semanas) \_\_\_\_\_

Tardío. (Después de 14 semanas) \_\_\_\_\_

#### III. Datos sobre complicaciones maternas:

6. ¿Qué complicaciones presento en el puerperio?

Hemorragia

Infección

Dehiscencia de episiorrafía

Anemia

Atonía uterina

Depresión

Hematoma

8. Número de días de estancia hospitalaria:

### CRONOGRAMA 2008-2010

FECHA	ACTIVIDAD
2008	
Enero	Presentación de temas de investigación
Febrero	Elección de tema de investigación
Marzo	Planteamiento y justificación del problema
Abril	Marco teórico
Mayo	Marco teórico
Junio	Bibliografía
Julio	Entrega de primer informe de protocolo
Agosto	Correcciones
Septiembre	Entrega de segundo informe de protocolo
Octubre	Entrega de protocolo final
2009	
Enero	Encuesta electrónica
Febrero	Modificación del protocolo
Marzo	Calculo de la muestra
Abril	Recolección de datos
Mayo	Recolección de datos
Junio	Recolección de datos
Julio	Recolección de datos
Agosto	Recolección de datos
Septiembre	Recolección de datos
Octubre	Tabulación de los datos recolectado
2010	
Enero	Tabulación de los datos recolectado
Febrero	Tabulación de los datos recolectado
Marzo	Tabulación de los datos recolectado
Abril	Análisis de resultados
Mayo	Análisis de resultados
Junio	Análisis de resultados
Julio	Grafica y conclusiones
Agosto	Grafica y conclusiones
Septiembre	Conclusiones y recomendaciones
Octubre	Entrega de resultados

## **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“COMPLICACIONES MAS FRECUENTE DURANTE EL PUERPERIO DEL PARTO EUTOSICO SIMPLE”** para propósitos de consulta académica, sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.