



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“ESCUELA DE OBSTETRICIA”

**INCIDENCIA DE FIEBRE PUERPERAL, DETERMINACIÓN DE
SUS CAUSAS EN EL PARTO NORMAL EN EL HOSPITAL
ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A
FEBRERO DEL 2013**

TESIS

PREVIA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRA

INTERNA:

MIRELLA LEONELA QUIÑONEZ COROZO

TUTORA:

OBSTETRIZ: ANAY BRITO DE ARIAS

GUAYAQUIL-ECUADOR

AÑO 2013



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE OBSTETRICIA

Esta tesis cuya autoría corresponde a la interna Mirella Leonela Quiñonez Corozo ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Obstetricia como requisito parcial para optar el Título de Obstetra.

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL
MAGISTER. SEGUNDO PACHERREZ SEMINARIO**

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL
OBST. MARIA PAULINA TORRES**



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE OBSTETRICIA

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR.

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación de Tesis para optar el título de Obstetra de la Universidad de Guayaquil.

Certifico que: he dirigido y revisado la tesis de grado presentada por la Srta. Mirella Leonela Quiñonez Corozo con C.I. # 0924465941

Cuyo tema de tesis es: **INCIDENCIA DE FIEBRE PUERPERAL, DETERMINACIÓN DE SUS CAUSAS EN EL PARTO NORMAL EN EL HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013**

Revisada y corregida que fue la tesis, se aprobó en su totalidad, lo certifico:

TUTORA

Obst. Anay Brito De Arias

AGRADECIMIENTO

Primeramente a DIOS por el gozo de la vida y las bendiciones que él me imparte.

A mi Madre Liduvina Corozo Ayoví y mi Padre Alcívar Quiñonez Medina por el apoyo incondicional, confianza y darme la fortaleza que necesito día a día para seguir adelante.

Mis maestros que me impartieron sus conocimientos, experiencia y que con su ayuda he podido aprender todas aquellas cosas que desconocía.

A la Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas “Escuela de Obstetricia” Obstetriz Anay Brito De Arias mi tutora por su colaboración incondicional en la realización de esta investigación.

Muchas gracias

DEDICATORIA

A mi familia, el pilar fundamental de mis ganas de superarme.

A la Obstetriz Esmeraldas Canga Corozo por enseñarme que la perseverancia nos ayuda a lograr lo que queremos.

A mi querida hija Isbeth Ortiz Quiñonez es mi orgullo y mi fuerza para demostrarme que puedo cumplir mis objetivos.

A mis maestros (as) por su enseñanza.

Índice General

Introducción.....	I-III
Planteamiento del problema.....	II
Determinación del problema.....	II
Preguntas de investigación.....	II
Justificación.....	III
Objetivos.....	IV
Objetivos Generales.....	IV
Objetivos Específicos:	IV
Hipótesis.....	V
Variables.....	VI
Variable dependiente.....	VI
Variables independientes.....	VI

CAPÍTULO I

Marco teórico

Antecedentes.....	1-2
Definición.....	2
Atención del puerperio.....	3
Infección puerperal.....	3-4

Factores predisponentes.....	4
Etiología.....	5
Patogenia.....	6
Propagación.....	7
Clínica y diagnóstico.....	7
Formas localizadas.....	8
Formas propagadas.....	9
Sepsis puerperal.....	11-12
Tromboflebitis séptica.....	12
Mastitis.....	13-14
Flemón mamario – Absceso.....	15

CAPÍTULO II

Metodología

2.1 Métodos.....	17
2.1.1 Localización.....	17
2.1.2 Tiempo de investigación.....	17
2.1.3 Tipo de investigación.....	17
2.1.4 Universo y muestra.....	17
2.2 Recursos.....	18

CAPÍTULO III

Resultados y análisis.....19-27

Conclusiones.....28

Recomendaciones.....29

CAPÍTULO IV

Propuesta.....30-33

Bibliografía.....34

Anexos.....35-40

INTRODUCCIÓN.

El puerperio fisiológico es el periodo comprendido desde el nacimiento del feto y la expulsión de la placenta hasta el retorno del tracto reproductivo a un estado normal no grávido.

Se clasifica en puerperio inmediato, mediato y tardío. El puerperio inmediato o temprano, ocurre en las primeras 24 horas posparto. En este periodo se presentan complicaciones agudas postanestésicas y hemorrágicas, el puerperio mediato comprende del 2 día al 7 día y el puerperio tardío del 8 día hasta la 6 semana.

Puerperio patológico se denomina a toda condición mórbida que interfiera la regresión fisiológica al estado pre gravídico de la puérpera que puede aparecer desde el puerperio inmediato hasta el tardío lastrando el remoto y más, la condición puede estar presente desde antes del parto, durante el parto o debutar en el puerperio. Dentro del puerperio patológico se encuentran complicaciones tales como hemorrágicas (hemorragia postparto), infecciosas (infección puerperal), complicaciones emocionales (depresión postparto), endocrina (síndrome de Sheehan) y glándula mamaria (mastitis puerperal) por mencionar las más importantes.

La infección puerperal es la enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea, y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación. La infección puerperal se caracteriza clínicamente por fiebre de 38°C o más, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de las primeras 24 horas y durante los 10 primeros días del postaborto, postparto y postcesárea.

Esta definición fija el concepto infeccioso primordial de la enfermedad puerperal, sin prejuzgar sobre una generalización posible, pero no imprescindible, y sin aceptar como componente indispensable para el diagnóstico al síndrome febril.

Estas razones son las que han permitido eliminar de la sinonimia las expresiones “septicemia puerperal”, “sepsis puerperal” y “fiebre puerperal”, inapropiadas porque conducen a equívocos o por la vaguedad conceptual a que inducen.

La frecuencia de la infección puerperal es del 2% y corresponde en la mayoría de los casos a las formas leves.

Su etiología reconoce la invasión del tracto vaginal por un gran número de gérmenes patógenos y saprófitos que suelen actuar en forma aislada, aunque por lo general lo hacen asociándose, con lo cual agravan la enfermedad.

Para que la infección puerperal se produzca intervienen una serie de factores predisponentes que favorecen de alguna manera la capacidad invasora de los gérmenes.

La rotura prematura de las membranas ovulares, el trabajo de parto prolongado, las hemorragias profusas y la deshidratación son causas que predisponen a la infección, al favorecer, por disminución de las defensas, la exaltación relativa de la virulencia de los gérmenes que habitan en el tracto genital.

El parto patológico, sus accidentes y distocias y las intervenciones que se realizan para solucionarlos; el descuido de las reglas higiénicas establecidas para la atención del parto y el puerperio; el tacto vaginal reiterado en malas condiciones de asepsia, y los traumatismos del parto, las heridas y excoriaciones abiertas por el tránsito del feto son también factores predisponentes, pues facilitan el transporte de los gérmenes a las zonas de peligro o les abren las puertas para su ingreso al organismo.

Estos factores predisponentes orientan, la mayoría de las veces, sobre la patogenia de la infección. Así, en la heteroinfección, los gérmenes son llevados al tracto genital desde un foco séptico ajeno a la puérpera. Estos casos constituyen las sepsis por contagio, que son las más frecuentes y graves.

Cuando la infección es ocasionada por gérmenes que se encontraban ya en la vagina, se produce la autoinfección endógena, y si fueron introducidos desde las zonas vecinas (vulva, muslos, etc.), se constituye la autoinfección exógena.

Hay casos en que los gérmenes se encuentran ya en el interior del organismo de la paciente, en un foco genital o extragenital, desde el cual, por vía hemática, se propagan al útero, determinando lo que Aschoff denomina autoinfección hematógena. En otras circunstancias, esos mismos focos sépticos vecinos pueden labrarse una vía invasora a través de los linfáticos o de las mucosas, generando una autoinfección de vecindad

Los gérmenes encontrados con mayor frecuencia son entre los aerobios los estreptococos hemolíticos alfa y beta y el anhemolítico o gamma, los estafilococos (aureus, citrus y albus), el gonococo, los colibacilos, enterococos, Proteus y Klebsiella.

Entre los gérmenes anaerobios, los más frecuentes en la infección genital son el *Mycoplasma hominis* y la *Chlamydia trachomatis*. Otros gérmenes importantes son el *Clostridium perfringens* (*C. welchii*), el *Clostridium novyi* (*C. oedematiens*), el vibrión séptico (*Clostridium septicum*), peptococos, peptoestreptococos, bacteroides y fusobacterias.

Casi todos estos microorganismos se encuentran habitualmente en las proximidades de los órganos genitales que han constituido el conducto del parto, al acecho de la oportunidad que les permita actuar como factores determinantes de la infección.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la incidencia de fiebre puerperal, en las pacientes atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor?

Determinación del problema.

Esta investigación se fundamenta en resaltar las causas en el parto normal que con lleve a desarrollar fiebre puerperal donde puede evolucionar un proceso infeccioso. Aunque su incidencia es muy baja, sigue siendo en el puerperio una causa que involucra muchas alteraciones a nivel sistémico.

Si se tiene un control adecuado de los, factores de riesgos y el tratamiento con antibiótico han disminuido su frecuencia y complicaciones de la fiebre puerperal, sin embargo sigue siendo una amenaza real en el posparto.

Preguntas de investigación.

¿Cuáles son las causas principales para que se manifieste una fiebre puerperal?

¿Por qué es importante identificar los factores de riesgo?

¿Qué complicaciones se presenta con mayor incidencia?

JUSTIFICACIÓN.

Este trabajo investigativo se justifica porque puntualiza las causas principales para manifestar fiebre puerperal y sus complicaciones futuras.

Los embarazos de alto riesgo, dejados evolucionar en forma fisiológica presentan un riesgo considerable de presentar malos resultados obstétricos perinatales. Por lo tanto se necesitan atender estas circunstancias y muchas veces la vigilancia de los factores de riesgos y la atención oportuna.

La morbilidad materna extremadamente grave es la complicación que ocurre durante el embarazo, el parto y el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

Desde mediados del siglo XX, se han efectuado compromisos a nivel regional y mundial, destinados a reducir las muertes maternas, entre otros objetivos sanitarios y sociales.

La importancia de este tema radica en las medidas que habitualmente se realizan en los partos, manteniendo las medidas de asepsia y otros cuidados perinatales. Además, no debemos olvidar la propia higiene materna después del parto, junto a una buena alimentación, un descanso materno adecuado y la protección de las relaciones inmediatamente después del parto.

Las infecciones intrahospitalarias constituyen un problema de salud pública por la carga de morbimortalidad y el incremento en el costo hospitalario, el cual llega a ser de hasta cuatro veces el valor generado cuando no se presenta infección. Muchas son las causas que se han considerado: higiene del paciente, higiene hospitalaria, esterilización, tiempo quirúrgico, y cuidados durante el lavado de manos por los cirujanos y el personal que interviene al paciente, siendo este último un factor muy importante para que la infección del sitio operatorio contribuya con un 38% del total de las infecciones postquirúrgicas. Entre los agentes etiológicos de estas infecciones se destacan *Klebsiellaspp* y *Staphylococcus aureus*. Este artículo pretende promover la práctica de la Guía de Higiene de Manos de la OMS, que consiste en higienizarse antes y después de todo

contacto con el paciente y la instalación de dispensadores cercanos a él, evitando la colonización bacteriana. Las muertes iatrogénicas han ido disminuyendo. La comunidad médica especuló que con el descubrimiento de antisépticos, anestésicos, antibióticos y la actualización de las prácticas quirúrgicas, las muertes iatrogénicas prácticamente desaparecerían; sin embargo, pese a la disminución sustancial de las mismas, su total erradicación no ha sido lograda.

OBJETIVOS.

Objetivos Generales:

Identificar la incidencia de fiebre puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Enrique C. Sotomayor.

Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia de la fiebre que se manifiesta en la maternidad Enrique C. Sotomayor.
- Identificar los factores de riesgos, que conlleva a desarrollar después del parto una infección puerperal.
- Establecer la incidencia de las complicaciones que se presenta después de un parto.

HIPÓTESIS

Si se tuviera un control estricto en los factores de riesgo, se evitaría complicaciones post-parto.

VARIABLES.

Variable Dependiente.

- Mujeres que están cursando el periodo del puerperio.

Variables Independientes.

- En qué etapa del puerperio es frecuente la fiebre.
- Fuentes de infección.
- Forma de infección.
- Factores de riesgo que predisponen a la infección puerperal.
- Propagación de la infección.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

La asepsia es el método que se emplea para evitar la presencia de gérmenes, en especial en el instrumental quirúrgico. La antisepsia es el conjunto de métodos empleados para destruir microbios en las heridas.⁽⁴⁾

Ignacio Felipe nacido en Hungría, en julio del año 1818, se formó como médico en la universidad de Pest. Posteriormente, en 1844 recibió, en Viena, el título de doctor en Medicina y fue nombrado asistente de clínica del Hospital General de Viena. El mejor ejemplo de una infección y una fuente de contagio creada por los propios médicos por descuido y falta de higiene lo constituyó la “fiebre puerperal”, hecho señalado por este médico, quien trabajó en el Hospital General como Obstetra. El observó que existía una enorme mortalidad causada por la llamada fiebre puerperal en las pacientes que ingresaban a parto atendidos en dicho hospital, tan alto como un 25% o más, mientras que los partos atendidos en las casas tenían una mortalidad baja. Se aducía que los hospitales atendían a mujeres pobres, con hijos ilegítimos o que presentaban complicaciones. Además, se pensaba que las infecciones eran producidas por la ventilación pobre de los salones o por un miasma de las aguas estancadas.⁽⁴⁾

El notó que las embarazadas atendidas de parto por estudiantes o médicos contraían más esta enfermedad que las que eran atendidas por parteras en otro salón del hospital. Vio que los estudiantes y los profesores venían muchas veces directamente de la sala de autopsia a atender partos, sin lavarse previamente las manos, lo cual era probable que contaminara a las parturientas.⁽⁴⁾

Si hay un capítulo dramático y doloroso en las páginas de la historia de la medicina, ese es el referente a la denominada "fiebre o infección puerperal". Y lo es por la sencilla razón de que en el instante mismo en que el médico ganaba para sí la atención de los partos, comenzaban a morir las mujeres que sus manos querían proteger, atacadas por la infección. Paradójico, ¿verdad? "Solo Dios -decía Ignacio Felipe Semmelweis conoce el número de las que por mi culpa bajaron antes de tiempo a la tumba". Y como él,

muchísimos tocólogos de su época hubieran podido manifestar lo mismo. Sin embargo, ninguno se atrevía a sostenerlo porque nadie podía imaginar cómo era posible que ellos azuzaran a la Parca para que diezmara, día tras día, noche tras noche, las salas de maternidad. Fue necesario que Semmelweis perdiera a su amigo íntimo Kolletschka, profesor de Medicina Legal, a consecuencia de una insignificante herida abierta en una de sus manos durante la práctica de una autopsia, para que vislumbrara la espantosa realidad: Eran los dedos de los profesores y de los estudiantes los que sembraban la infección. Por eso, se explicaba él, aquellas mujeres a quienes el parto sorprendía en la calle o en su casa, sin intervención de los que frecuentaban los anfiteatros, no eran presa de la fiebre puerperal. Bastó que Semmelweis impusiera en su clínica de Viena el lavado de las manos con agua de cloro antes de ponerlas en contacto con el canal del parto, para que la mortalidad disminuyera de manera asombrosa. Pese a esta demostración tan clara, muchos años se mantuvo en cuarentena la teoría de Semmelweis. De ahí que éste, ensoberbecido por la incredulidad de sus colegas, escribiera al famoso Scanzoni: "Si sigue usted educando a sus discípulos y discípulas en la enseñanza de la fiebre puerperal epidémica, sin haber refutado mi tesis, le declararé a usted ante Dios y el mundo un asesino, y la historia de la fiebre puerperal no será injusta al denominarle el Nerón de la Medicina por haber sido el primero en oponerse a mi enseñanza salvadora" (5)

DEFINICIÓN

Esta fiebre se presenta después del alumbramiento y tratada con medicamentos es muy porque no existe ninguno capaz de refrescar los órganos congestionados. Se debe dar el mismo tratamiento que a cualquier otra forma de fiebre o calentura.(6)

INFECCION PUERPERAL

Se considera como infección puerperal todo proceso séptico originado en el aparato genital femenino que se manifiesta clínicamente en el periodo puerperal, asociado al hecho mismo del parto, sea vaginal o cesárea y de todas aquellas maniobras que lo acompañan.(2)

La infección puerperal se define como un conjunto de lesiones sépticas, localizadas o generalizadas, cuyo foco se origina en el aparato reproductor femenino después del parto, y su aparición es favorecida por las modificaciones y alteraciones que este desencadena. (8)

Se acepta que padece una infección toda puérpera que presenta una temperatura superior o igual a 38° C en al menos dos determinaciones separadas por un intervalo de 6 horas, excluyendo las primeras 24 horas postparto (puerperio inmediato). (7)

Estadísticamente la frecuencia de puerperios sépticos oscila entre el 1,5 al 4% del volumen total de partos. La mortalidad por infección puerperal es mínima gracias a los antibióticos y está supeditada al estado previo de la paciente, patología concomitante y a la precocidad y oportunidad en la instauración del tratamiento. (8)

Dado que el proceso infeccioso se suele acompañar de un síndrome, clásicamente se emitió el concepto de Fiebre puerperal que se define como la existencia de dos agujas febriles superiores a 38°C separadas al menos 6 horas y no antes de 24-48 horas después del parto. (1)

Factores predisponentes

Durante el embarazo, parto y puerperio inmediato existen unos factores que contribuyen a prevenir la infección: se modifica la flora bacteriana del tracto genital disminuyendo los microorganismos aerobios gram negativos y anaerobios, aumenta la actividad antibacteriana del líquido amniótico así como el recuento leucocitario y su actividad. (4)

Como contrapartida, otros factores predisponen a la infección puerperal:

Locales:

- La corioamnionitis, rotura prematura de membrana, monitorizaciones internas, partos prolongados y exámenes vaginales repetidos se han descrito como posibles factores predisponentes. (4)

- La isquemia y la regresión del útero postparto proporcionan productos de desintegración proteica, acidosis y un medio anaerobio favorable al desarrollo de gérmenes.⁽⁴⁾
- La herida placentaria, las heridas del canal blando incluida la episiotomía y posibles desgarros perineales junto con la hemorragia contribuyen a la contaminación bacteriana.⁽⁴⁾
- Existe mayor incidencia de endometritis postparto en mujeres con vaginosis bacteriana.⁽⁴⁾
- La incidencia de infección es mayor en las cesáreas, sobre todo en las urgentes.⁽⁴⁾

Generales

- Anemia, déficit nutricionales, obesidad, diabetes, etc.
- Bajo nivel socioeconómico que incluye malnutrición, escasa educación, cuidados sanitarios e higiene.⁽⁴⁾

Etiología

El estreptococo β - hemolítico es el agente más importante. Los anaerobios y sobre todo los gram negativos, mycoplasmas y Chlamydia trachomatis como agentes causantes. Pero en la mayoría de los casos se trata de infecciones polimicrobiana por bacterias que colonizan habitualmente el tracto genital inferior.⁽⁷⁾

La etiología de la infección puerperal es generalmente de naturaleza polimicrobiana y la mayoría de los gérmenes causales habita en el tracto genital de las mujeres, por lo que es fundamental para evitar su instalación el respeto por las normas básicas de asepsia antisepsia por parte de los proveedores de atención y la limitación de las intervenciones a aquellas demostradas como necesarias para una atención calificada del parto.

El tratamiento antimicrobiano, tanto preventivo como terapéutico, debe fundamentarse en postulados de medicina basados en la evidencia y adecuarse a cada paciente individual y las posibilidades del nivel de atención. La demora en el inicio del tratamiento de la metritis o su manejo inadecuado pueden ocasionar a la mujer complicaciones graves, incluso la muerte, que pueden ser prevenidas. ⁽¹⁾

Patogenia

Fuentes de contagio:

Exógena o heteroinfección: a través de instrumentos, ropa o manos de personal sanitario.⁽⁷⁾

Endógenas o autoinfección: por gérmenes habituales en flora vaginal o menos común, por un foco infeccioso coexistente.⁽⁶⁾

Existen tres formas de infección:

a) La forma epidémica: se debe a estafilococos o estreptococos beta-hemolíticos provenientes de una fuente exógena. Es una forma rara en la actualidad. La causa debe buscarse en el entorno, lo primero es investigar la cadena epidemiológica, tomando muestras en la garganta, nariz o heridas del personal que atiende los partos.⁽⁸⁾

b) La forma esporádica: se debe a gérmenes de la flora saprofita del aparato genital femenino que pueden volverse patógenos durante el puerperio. La infección suele ser polimicrobiana y pueden ser:

- Aerobios Grampositivos: estafilococo o estreptococo beta-hemolíticos.
- Aerobios Gramnegativos: E. coli, Proteus, Pseudomonas.
- Anaerobios Grampositivos: Bacteroides.
- Anaerobios Gramnegativos.

También se han encontrado micoplasmas en endometritis y pueden producir fiebre crónica.

c) Autocontaminación de la paciente: que la propia enferma aporte gérmenes al canal genital desde un foco infección extragenitales.⁽⁸⁾

Propagación

Vía mucosa: se ocasiona por contigüidad.(8)

Vía linfática: a partir de heridas o desgarros donde el tejido conjuntivo queda al descubierto.(8)

Vía hemática: algunos gérmenes especialmente afines (estreptococo y estafilococo) invaden vasos venosos formando trombos debido a un mecanismo de defensa y estasis de sangre en el útero. (8)

Clínica y diagnóstico

La clínica de infección puerperal aparece normalmente a partir del tercer día después del parto. La precocidad en la aparición de los síntomas se considera directamente proporcional a la virulencia del proceso infeccioso. La fiebre es el signo clave de la infección puerperal. Otras manifestaciones clínicas comunes son anorexia, malestar general, dolor abdominal y a la palpación uterina, subinvolución y loquios purulentos y malolientes. Toda taquicardia persistente durante cualquier fase del puerperio en ausencia de anemia, pérdida importante de sangre o patología cardíaca, debería hacer sospechar infección puerperal, aunque la paciente esté apirética.(2)

En cuanto a las pruebas diagnósticas, el hemograma aporta poco a la valoración de la sepsis posparto debido a que durante el embarazo y el parto se da una leucocitosis fisiológica.(2)

Antes de iniciar el tratamiento es preciso hacer cultivo de vagina, útero, orina y hemocultivos (sobre todo con los picos febriles, temperatura > 38°C).(2)

La tinción de gram muchas veces permite identificar el tipo de bacteria infectante en muestras adecuadamente obtenidos de cavidad endometrial para comenzar con la antibioterapia de elección.La ecografía ginecológica es útil a la hora de evidenciar abscesos pelvianos y también ayuda a detectar la subinvolución uterina y posibles restos placentarios puerperales.(2)

Formas localizadas

- **Vulvitis:** a consecuencia de los traumatismos de la región: desgarros, episiotomía. Lo más frecuente es la infección de la episiotomía, se observa dolor local, rubor, tumefacción y, al final, supuración, acompañada de malestar general e impotencia funcional para la marcha.(2)
- **Vaginitis:** es un cuadro menos frecuente que el anterior, con su misma etiología, añadiendo la posibilidad del olvido de una gasa en vagina. La clínica es la misma, pero los síntomas son más graves con dolor intenso, fiebre alta e incluso con disuria y retención de orina.(2)
- **Cervicitis:** secundaria a vaginitis o a endometritis, pero también puede deberse a desgarros cervicales que se infectan.
El cérvix esta tumefacto y sangra con facilidad.(2)
- **Infección de la herida quirúrgica de la cesárea:** cursa con la misma sintomatología que la infección de la episiotomía.(2)
- **Endometritis:** es la localización más frecuente de la infección puerperal y suele manifestarse en la primera semana del puerperio. Sus síntomas principales son: fiebre, dolor en hipogastrio, útero subinvolucionado, blando y doloroso a la presión y a la movilización.
La falta del tapón mucoso cervical, la existencia constante de gérmenes en la cavidad uterina, la herida placentaria y la falta de ciclo y, por tanto, de regeneración endometrial, favorecen estas endometritis.(10)

El útero esta aumentado de tamaño no sólo por una involución retrasada, sino porque además hay una retención de loquios. Estos loquios pueden ser achocolatados, seropurulentos, a veces con restos de membranas, y tienen un olor fétido característico.

(2)

La sintomatología de la endometritis es la de toda infección genital ascendente. Los síntomas principales son: fiebre, dolor, loquios purulentos y subinvolución uterina. A la exploración nos damos cuenta de que el útero esta aumentado de tamaño, no solo porque su involución está retrasada, sino que, además, se produce una retención de loquios. Estos loquios, retenidos en la cavidad uterina, pueden, en ocasiones, no tener capacidad infectante, dando fiebre por su reabsorción, no por verdadera infección puerperal. A esta situación se le denomina loquiometra, y debe ser siempre descartada de la endometritis puerperal, donde los loquios son altamente

infectantes, con aspecto purulento. Su retención da lugar a un piometra, que repetimos debe diferenciarse del loquiometra, o falsa infección puerperal. Normalmente el útero puerperal alcanza la altura del ombligo el primer día del puerperio, para desaparecer por detrás de la sínfisis del pubis al noveno día; si esta marcha regresiva se retrasa, se dice que hay una subinvolución uterina. (10)

Si su expulsión se interrumpe, acumulándose en el interior del útero, puede dar lugar a dos cuadros diferentes:

Loquiometra: en este caso los loquios no tienen una capacidad infectante, y la fiebre que se produce es por reabsorción de los mismos. No es una endometritis.

Piometra: los loquios son altamente infectantes, con aspectos purulento y provocan endometritis puerperal.(2)

Formas propagadas

Salpingooforitis: es un cuadro clínico semejante al de la anexitis fuera de la gestación. Afecta con frecuencia a los dos anejos. La fiebre es alta (39-40°C), con escalofríos, astenia, postración. La paciente refiere dolor hipogástrico con defensa y a veces, irradiado a ingle y muslo.(2)

Por vía linfática:

Metritis: es la infección del miometrio por propagación linfática y se asocia a endometritis avanzadas. Es un cuadro muy grave, con clínica similar a la de la endometritis, fiebre persistente, dolor intenso pero con mayor virulencia y gravedad.(2)

Parametritis: es la segunda forma más frecuente de infección puerperal y consecuencia de la infección del tejido conjuntivo del parametrio. Los síntomas aparecen en la segunda semana del posparto y van precedidos por los de la endometritis.(2)

Pelviperitonitis o Douglasitis: se trata de una reagudización del cuadro general de la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI). Suele aparecer en la segunda semana del puerperio, cursa con fiebre alta, picos con escalofríos.(2)

Por vía hemática

Septicemia: es un cuadro sistémico, grave, con fiebre en picos, escalofríos y signos de shock. Desencadenada por cualquiera de las formas clínicas vistas anteriormente. Los síntomas locales pueden ser poco relevantes, incluso sin hallazgos a la exploración, pero en estos casos no se debe desechar directamente al diagnóstico de infección puerperal, pueden existir metástasis supurativas en órganos a distancia.⁽²⁾

DEHISCENCIA DE SUTURA OBSTETRICA PERINEAL

Actualmente en su mayor parte asociada a la infección de la herida. El mejoramiento constante en la calidad de las suturas ha hecho de observación infrecuente su observación aislada. La plastia ulterior es casi siempre necesaria.⁽⁸⁾

Aparece entre las 48 a 72 horas siguientes, su presentación usualmente es de una celulitis altamente sintomática que obliga a consultar rápidamente a la paciente. En pocos casos evoluciona hacia la formación de abscesos que amerita el drenaje y cierre por segunda intención. Los antibióticos deben cubrir gérmenes gram negativos y estafilococos. Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales antes de decidir si es necesaria otra cirugía.⁽⁸⁾

GRANULOMAS: Se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal. Deben extirparse y su base se cauteriza con ácido tricloroacético o electrocauterio.⁽⁸⁾

EXPLORACIÓN FÍSICA: Temperatura 36.5°C. Se visualiza dehiscencia completa de plano muscular profundo y superficial, con integridad de plano vaginal. Los bordes de la cicatriz presentan buen aspecto, presenta tejido de granulación en planos profundos y tejido fibrinoso en planos superficiales. Tacto vaginal: plano vaginal íntegro, palpándose sutura no a tensión. Loquios no malolientes, tacto vaginal no doloroso. No se objetivan tractos fistulosos. Tacto rectal íntegro, conservando buen tono de esfínter anal.⁽¹¹⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Infección de herida quirúrgica.
- Dehiscencia de episiotomía.
- Celulitis perineal.
- Gangrena Fournier.

ACTITUD: Se propone conducta expectante con cicatrización por segunda intención, aunque se podría valorar reparación quirúrgica.. (11)

SEPSIS PUERPERAL.

Especial gravedad y dificultad de tratamiento presenta la denominada tromboflebitis pelviana séptica. Es importante el intentar conseguir un adecuado diagnóstico microbiológico sin bien hay que tener en cuenta que los cultivos del contenido uterino obtenido a través de la vagina son difíciles de interpretar, debido a la contaminación vaginal y solo podrán ser útiles en caso del fracaso terapéutico de la antibioticoterapia empírica iniciada. Se deben obtener cultivos de contenido uterino protegido, como son los aspirados transcervicales obtenidos por catéter bajo control ecográfico. También se aconseja obtener un cultivo de orina. Si la paciente tiene signo de sepsis es importante obtener hemocultivos, porque un 10-20% de las pacientes tiene bacteriemia documentada. Sin embargo, la bacteriemia no predice la gravedad de la enfermedad o una recuperación prolongada.(1)

Tratamiento.

Como tratamiento antibacteriano, clindamicina o metronidazol y gentamicina son una pauta efectiva en pacientes con infección puerperal grave, especialmente si se desarrolla después de una cesárea. En pacientes de gravedad moderada o medio el tratamiento de elección puede ser una penicilina de amplio espectro (habitualmente amoxicilina/clavulánico) o una cefalosporina de segunda o tercera generación. El tratamiento por vía parenteral suele postrar su efectividad con mejoría significativa de la paciente entre el primero al tercer día pero debe ser continuado hasta que la temperatura de la paciente permanezca apirética. Al menos durante 24 horas, haya mejorado el cuadro doloroso y el recuento de leucocitos tiendan a la normalidad. A

continuación la paciente podrá seguir tratamiento por vía oral hasta la resolución completa del cuadro infeccioso.(1)

Las mujeres con infección por *Chlamydia trachomatis* deben recibir tratamiento con azitromicina o doxiciclina, incluso si han respondido clínicamente al tratamiento inicial. El fracaso terapéutico con frecuencia es resultado de la superinfección por enterococcus o una inadecuada cobertura a anaerobios multiresistentes. Si se sospecha superinfección por enterococcus se puede añadir a las pautas anteriores ampicilina o amoxicilina/ácido clavulánico. Si el fracaso terapéutico es debido a la inadecuada cobertura a anaerobios y se ha utilizado clindamicina se puede sustituir por metronidazol.(1)

En aquellos casos en que a las 48-72 horas la paciente no presente una mejoría significativa hay que pensar en alguna o varias de las siguientes complicaciones:

- Existencia de masas infectadas como pueden ser abscesos o hematomas pelvianos, celulitis pélvica, tromboflebitis pélvica séptica o retención de restos placentarios.
- Localización de la infección fuera del aparato genital en forma de diversas entidades clínicas como pueden ser pielonefritis, neumonía o flebitis por el catéter intravenosos.
- Fiebre no infecciosa como la “fiebre por antibióticos”(1)

El tratamiento con imipenen/cilastatina u otros carbapemenes debido a su gran espectro antibacteriano deberán reservarse para tratar infecciones complejas que no respondan a los tratamientos más habituales.

Asimismo en las endometritis puerperales se potenciara la contracción uterina mediante la infusión de oxitocina y posteriormente con metilergometrina por vía IM u oral.(1)

Tromboflebitis séptica – Flegmasia alba dolens-: es una complicación puerperal infrecuente que puede aparecer tras un parto vaginal, incrementándose su incidencia en el transcurso de una endometritis postcesárea. El proceso de la coagulación se inicia por la existencia de traumatismos que irrigan el aparato genital, lo que predispone a la trombosis e infección.(2)

También recordar las modificaciones anatomofisiológicas del puerperio con respecto a la coagulabilidad que favorece la presentación de cuadros tromboembólicos. Comienza hacia la segunda del puerperio.(2)

Aparece fiebre poco elevada, alteración del estado general, taquicardia, dolor, edema e impotencia funcional de la extremidad afectada. En pocos días, fiebre más alta (39°C), dolor intenso, sobre todo el pie, gemelos hueco poplíteo y cara interna del muslo. El dolor se irradia, se acentúa el edema y da a la extremidad una coloración blanquizca característica. La recuperación funcional es prolongada. La evolución es lenta, al menos de un mes, y su mayor peligro es la embolia pulmonar con febrícula y sin escalofríos lo que la diferencia de la sepsis.⁽²⁾

Mastitis.

La más frecuente es la puerperal con diferentes formas anatomoclínicas (subareolar, glandular o galactoforitis supurante, intersticial y abscesificado). Se caracterizan por edema e infiltración leucocitaria en la zona afecta. Las bacterias que con mayor frecuencia la producen son: staphylococcus aureus es la principal causa de absceso mamario, staphylococcus epidermis, escherichiacoli, y Streptococcus spa. La vía de entrada suele ser las grietas del pezón.

Vías de progresión de la infección:

- Canalicular: la puerta de entrada está en el pezón y el germen se propaga a lo largo de los conductos mamarios por el estancamiento de la secreción láctea.
- Linfática: la vía de entrada está a nivel de las grietas de areola y pezón, así como en cualquier herida, así como en cualquier herida o escoriación de la piel de la mama.
- Hemática: aparece de forma en el curso de una septicemia siendo la sepsis puerperal la más usual.

Tipos de mastitis agudas.

Mastitis puerperal aguda: aparece después de iniciada la lactancia y es más habitual en primigesta. Tiene una incidencia del 17 – 27% y como factores favorecedores se encuentran la obstrucción de los ductos, grietas en la areola y pezón, empleo de cremas en el pezón, estrías y mastitis previas.

Cuadro clínico: induración dolorosa en la superficie de la mama, de extensión variable, con signos de inflamación, tumor, dolor, calor y enrojecimiento) fiebre de 39-40°C y escalofríos. A menudo, hay afectación ganglionar axilar homolateral dolorosa. Lo más frecuente es que la paciente acuda al médico en la fase evolutiva de flemón; la rápida instauración de calor local y del tratamiento antibiótico adecuado suele hacer desaparecer el cuadro. ⁽³⁾

Si la infección progresa se formara un absceso en el tejido mamario.

- Superficial. La zona de fluctuación coincide con el área de máximo enrojecimiento y el diagnóstico por palpación será sencillo.
- Profundo. Incluso en el espacio retromamario o prefascial del pectoral mayor, los signos inflamatorios y la fluctuación aparecen de forma más tarde, cuando el volumen del absceso será considerable con el consiguiente retraso en el diagnóstico y mayor destrucción tisular. (3)

Dentro de las formas de presentación podemos encontrar:

- Mastitis subareolar: infección circunscrita del tejido subareolar.
- Forma glandular puede producir una importante destrucción tisular, con formación de gran cantidad de exudado purulento. Los tejidos intersticiales adiposo y conectivo no suelen estar dañados. El pus del absceso suele drenar al exterior a través de los ductos y el pezón. En los casos más superficiales se puede producir necrosis y ulceración de la piel, por distensión y edema. Es un proceso extremadamente doloroso, que, dejado evolucionar, finaliza con la fistulación y drenaje espontáneo del absceso; requiriendo, posteriormente, un drenaje quirúrgico completo. (3)
- Formas intersticiales. Afectación principalmente del tejido conectivo y adiposo situado entre los lobulillos. En un principio, dichos lobulillos no se ven alterados, siendo la característica la forma flemosa. La posterior agresión ductal favorecerá la rápida extensión del proceso. (3)

Profilaxis de las mastitis puerperales: lavados de pezón después de cada toma. Si existen grietas, lavados antes y después de cada toma, protección con gasa estéril, pomada anestésica y cicatrizantes y, si es preciso, supresión temporal de la lactancia. (3)

Tratamiento de las mastitis agudas: condicionado por la fase evolutiva de la misma.

1. flemón mamario (sin llegar al absceso): calor seco local, restricción hídrica, AINES y antibióticos, cloxacilina (500-1000 mg/6 h VO o 1000 – 2000 mg/4-6 h IV) o Cefazolina (1 g c/8 h IV O IM; infusión de la gravedad, 0,5- 2 gr c/6 – 8 h). en caso de alergias, Eritromicina 1g c/12 h VO, 1 g c/6 – 8 h IV, 10 días) o clindamicina 300 mg c/6 h VO, > 10 días para cualquiera de ellos. La supresión de la lactancia es un tema controvertido, ya que el aumento de la frecuencia de amamantamiento, en ausencia de abscesos, puede acelerar la respuesta al tratamiento. Si las 48 horas persiste la fiebre, se puede añadir prednisolona

(5mg/8 – 12 h), y si 4 días después persiste, descartar absceso, en cuyo caso, se debe retirar la lactancia. (3)

2. absceso: incisión y drenaje quirúrgico (desbridar bien y lavar con abundante suero salino), sin esperar a su fistulización espontánea, con anestesia local o general (según la extensión); colocar un drenaje tipo Penrose y, si en la cavidad drenada queda alguna zona sangrante, realizar taponamiento con compresas o gasas las primeras 24 horas. Realizar cultivos del pus y AP de la pared del absceso (descartar carcinoma). El antibiótico será igualmente la cloxacilina, a dosis de 2 gr/4 h IV o cefazolina 1 g/8 h IV; la alternativa será la vancomicina 1 g c/12 h. se realizarán curas diarias lavando la cavidad con suero salino. (3)

3. mastitis subareolar. Los gérmenes más frecuentes son los anaerobios: de elección clindamicina 300 mg/6 h o cloxacilina en las dosis ya indicadas + metronidazol 7.5 mg/kg/6 h o amoxicilina/clavulánico 875/125 mg/8 h VO.(3)

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA

2.1 METODOS

2.1.1 LOCALIZACION.

Esta investigación fue realizada en el Hospital Enrique C. Sotomayor que pertenece a la Junta de Beneficencia de Guayaquil, situado en la calle Pedro Pablo Gómez y 6 de marzo en la ciudad de Guayaquil, República del Ecuador.

2.1.2 TIEMPO DE INVESTIGACIÓN:Periodo comprendido desde Septiembre 2012 hasta Febrero del 2013

2.1.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este tipo de investigación es tipo descriptivo, retrospectivo, no experimental.

Esta investigación está fundamentada en la observación de las mujeres durante el puerperio fisiológicos en lo cual, se presentan diferentes complicaciones.

En las técnicas utilizadas como las revisiones de historias clínicas, encuestas y revisión bibliográfica, son los parámetros para obtener la información y lograr la finalización de este trabajo.

2.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA.

UNIVERSO

El universo de esta investigación es de 88 pacientes atendidas durante el puerperio en el Hospital Gineco- obstétrico Enrique C. Sotomayor en un periodo comprendido del mes de Septiembre 2012 hasta Febrero del 2013 y que presentaron alguna complicación después del parto. De la cuales 58 pacientes presentaron fiebre puerperal, después del parto por cesárea (cirugía).

MUESTRA

Muestra 30 pacientes con fiebre puerperal después de un parto normal.

2.2 RECURSOS

RECURSOS HUMANO:

Personal médico que labora en el Hospital Enrique C. Sotomayor,

Tutora del proyecto Obstetriz Anay Brito,

Interna Mirella Quiñonez Corozo

RECURSOS MATERIALES:

Insumos de digitación,

Textos bibliográficos,

Internet

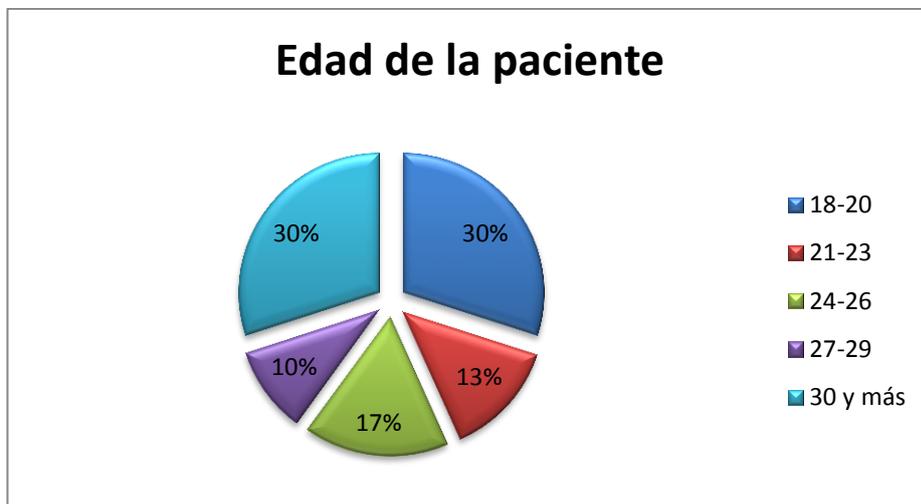
CAPITULO III

3. RESULTADOS Y ANALISIS.

TABLA N° 1

Distribución de pacientes que presentaron fiebre puerperal atendida en el Hospital Enrique C. Sotomayor en relación con la edad

Edad	Frecuencia	%
18-20	9	30%
21-23	4	13%
24-26	5	17%
27-29	3	10%
30 y más	9	30%
Total	30	100%



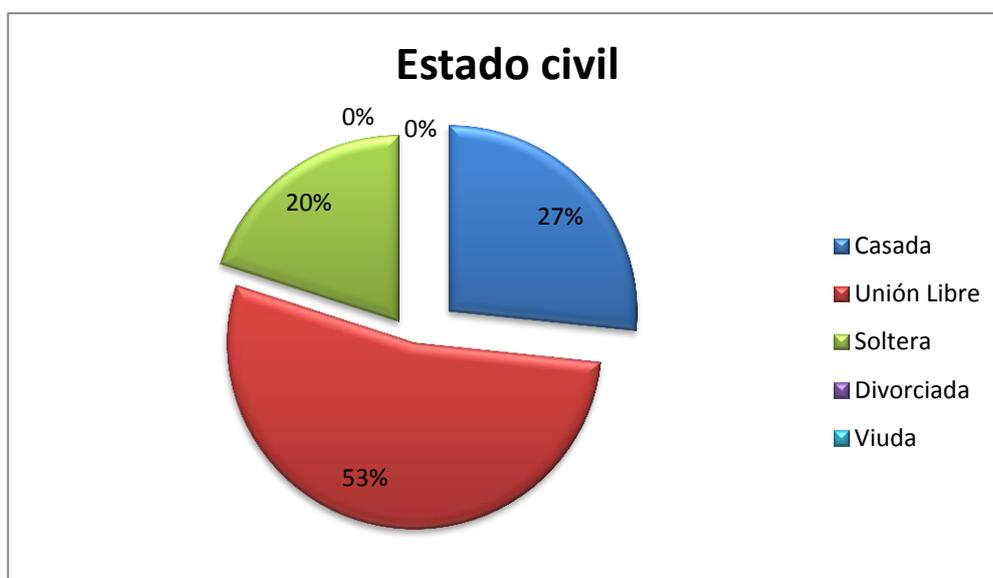
Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra que el mayor porcentaje de fiebre puerperal se presentó entre 18-20 años ya los 30 y más años lo cual reporta el 30%, seguido del 17% entre los 24- 26 años, luego el 13% a los 21-23 años y por último el 10% a los 27-29 años.

TABLA N° 2

Distribución de pacientes que presentaron fiebre puerperal atendida en el Hospital Enrique C. Sotomayor en relación con el estado civil

Estado Civil	Frecuencia	%
Casada	8	27%
Unión Libre	16	53%
Soltera	6	20%
Divorciada	0	0%
Viuda	0	0%
Total	30	100%



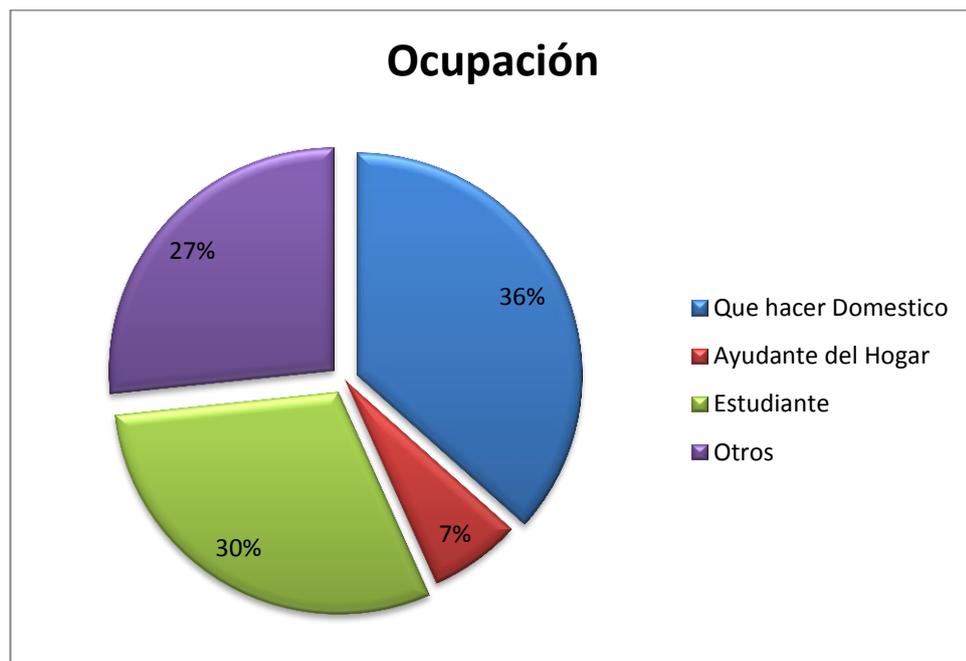
Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra que el porcentaje más alto se da en unión libre con un 53% en las mujeres que son casadas con un 27%, la soltera con el 20%, tanto la divorciada como la viuda no reportan ningún resultado.

TABLA N° 3

Distribución de pacientes que presentaron fiebre puerperal atendida en el Hospital Enrique C. Sotomayor en relación con la ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Que hacer Domestico	11	36%
Ayudante del Hogar	2	7%
Estudiante	9	30%
Otros	8	27%
Total	30	100%



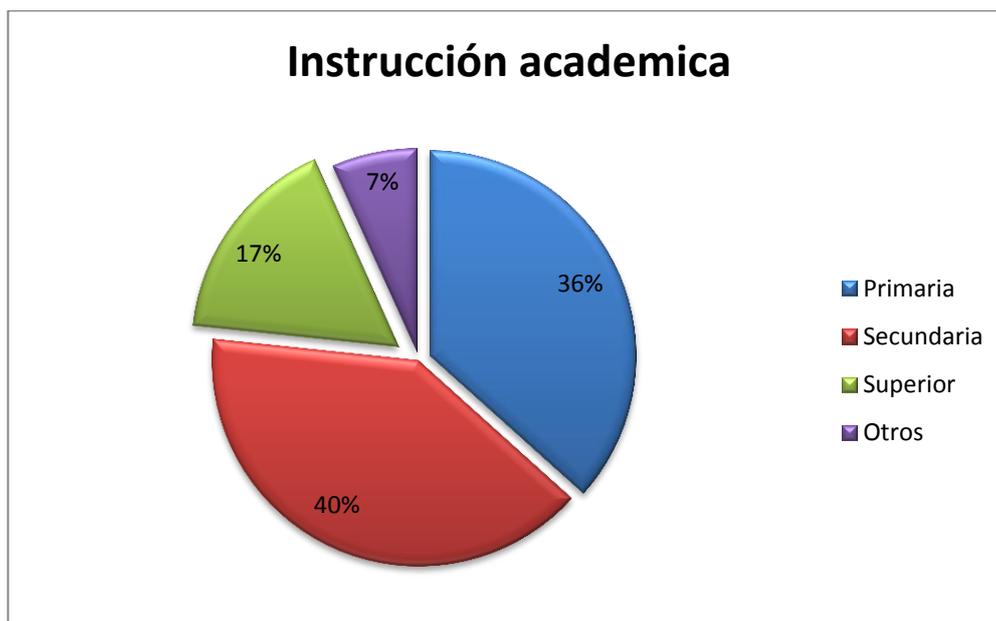
Análisis e interpretación:

De acuerdo a la frecuencia de presentación de mayor a menor esta predominado con el 36% las mujeres que tiene como ocupación que hacer domestico seguido con el 30% las estudiantes y el 27% las que tiene otras ocupación y por último el 7% las ayudantes del hogar.

TABLA N° 4

Distribución de pacientes que presentaron fiebre puerperal atendida en el Hospital Enrique C. Sotomayor en relación con la instrucción académica.

Instrucción académica	Frecuencia	%
Primaria	11	36%
Secundaria	12	40%
Superior	5	17%
Otros	2	7%
Total	30	100%



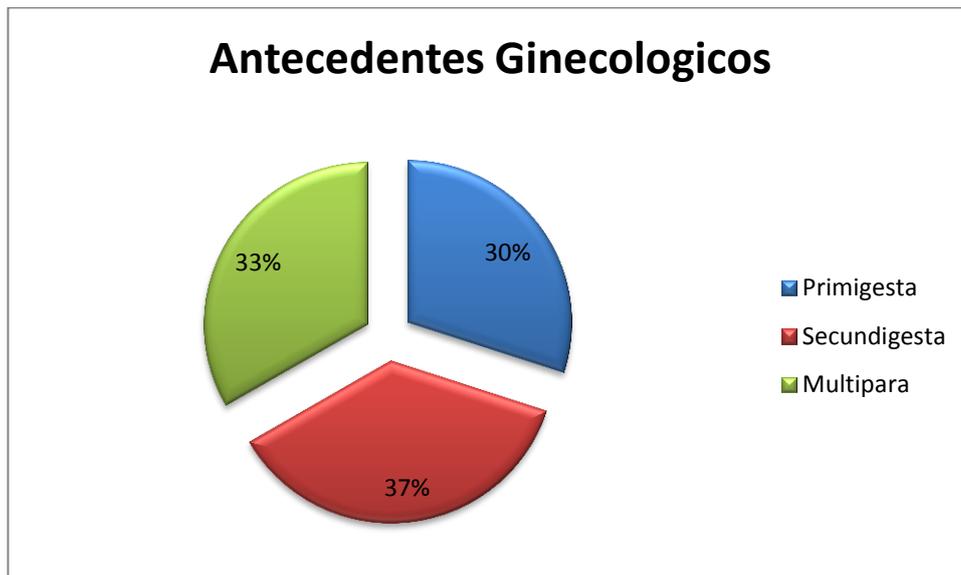
Análisis e interpretación:

Este gráfico de muestra que el 40% de estas mujeres tiene un nivel secundario, mientras el 36% un nivel primario y el 17% corresponde a un nivel superior y en otros el 7%.

TABLA ° N 5

Distribución de pacientes que presentaron fiebre puerperal atendida en el Hospital Enrique C. Sotomayor en relación con los antecedentes ginecológicos.

Antecedentes ginecológicos	Frecuencia	%
Primigesta	9	30%
Secundigesta	11	37%
Múltipara	10	33%
Total	30%	100%



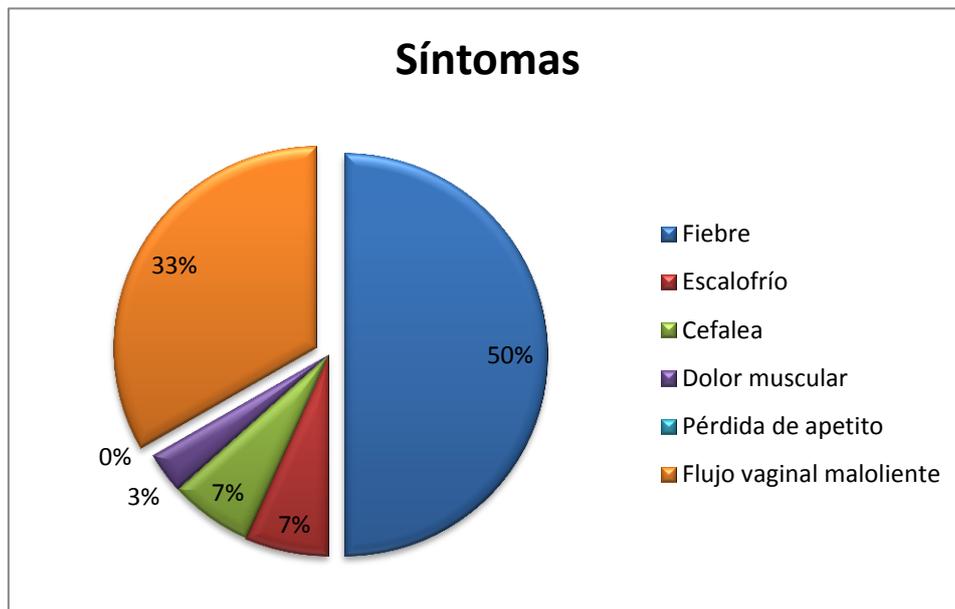
Análisis e interpretación:

Este gráfico representa que porcentaje mayor se da en las Secundigesta con el 37% después le siguen las múltiparas y por ultimo las primigesta con el 30%.

TABLA N °6

Distribución de pacientes que presentaron fiebre puerperal atendida en el Hospital Enrique C. Sotomayor en relación con los síntomas.

¿Cuáles fueron los síntomas que presento la paciente ?	Frecuencia	%
Fiebre	15	50%
Escalofrío	2	7%
Cefalea	2	7%
Dolor muscular	1	3%
Pérdida de apetito	0	0%
Flujo vaginal maloliente	10	33%
Total	30	100%



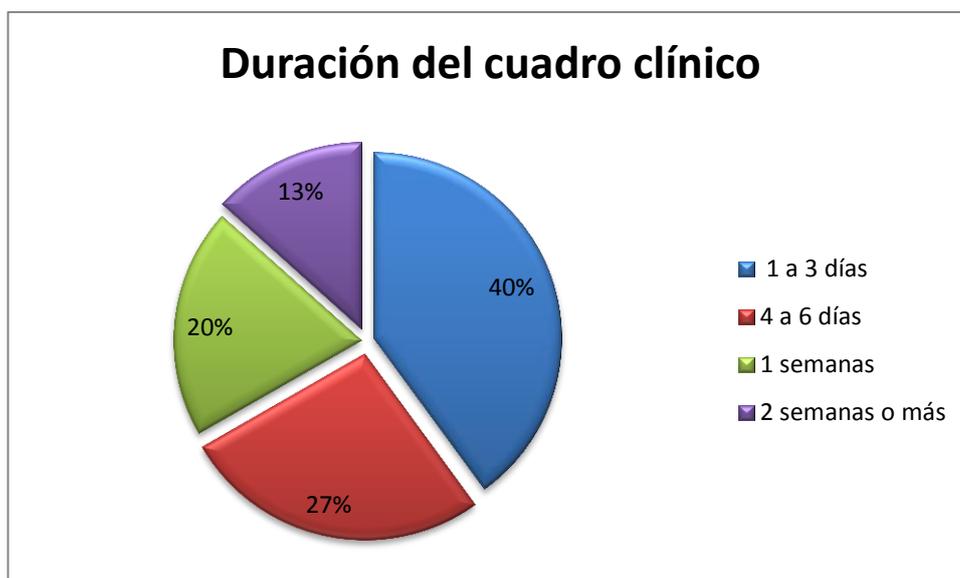
Análisis e interpretación:

De acuerdo con el porcentaje de mayor a menor el síntomas más frecuente es la fiebre con el 50% seguido con el 33% flujo vaginal, tanto el escalofrío como la cefalea tiene un porcentaje del 7% luego el 3% dolor muscular y el 0% la pérdida de apetito.

TABLA N° 7

Distribución de pacientes que presentaron fiebre puerperal atendida en el Hospital Enrique C. Sotomayor en relación con la duración del cuadro clínico.

¿Qué duración presento el cuadro clínico?	Frecuencia	%
1 a 3 días	12	40%
4 a 6 días	8	27%
1 semanas	6	20%
2 semanas o más	4	13%
Total	30	100%



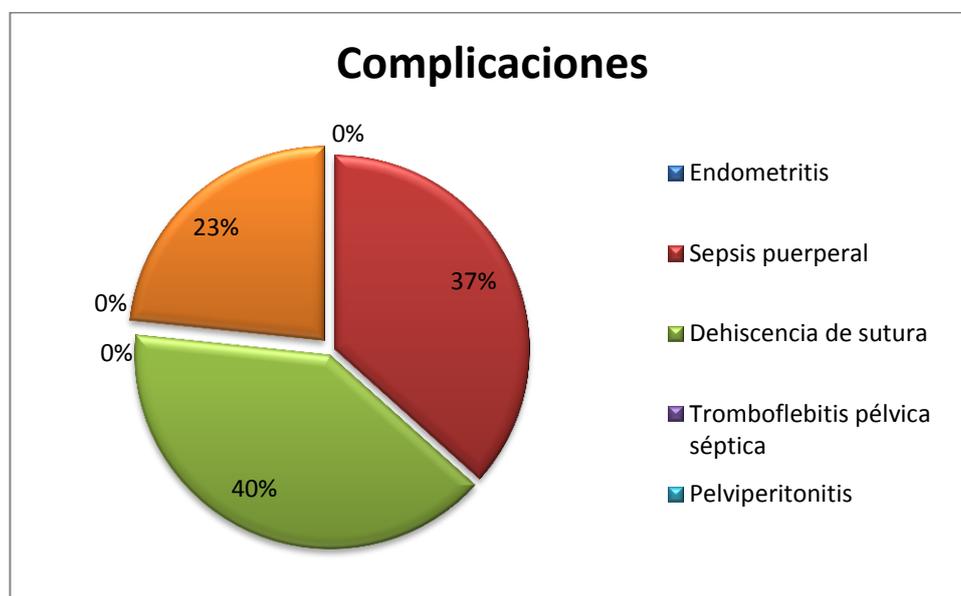
Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra que el tiempo que más se presenta la fiebre es entre 1 a 3 días con el 40%, seguido del 27% en los 4 a 6 días, el 20% que corresponde a una semana y por último el 13% a las 2 semanas o más.

TABLA N° 8

Distribución de pacientes que presentaron fiebre puerperal atendida en el Hospital Enrique C. Sotomayor en relación con la complicación.

¿Cuál fue el tipo de complicación que se le diagnóstico a la paciente?	Frecuencia	%
Endometritis	0	0%
Sepsis puerperal	11	37%
Dehiscencia de sutura	12	40%
Tromboflebitis pélvica séptica	0	0%
Pelviperitonitis	0	0%
Complicación puerperal no especificada	7	23%
Total	30	100%



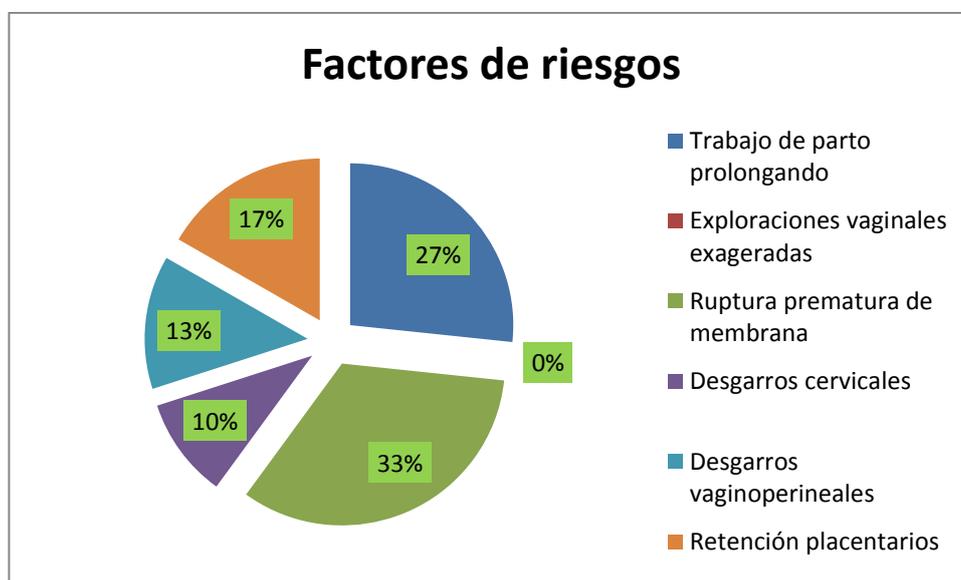
Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra que la complicación que mayor porcentaje es el 40% que corresponde a la dehiscencia de sutura, el 37% a la sepsis puerperal, la complicación puerperal no especificada 23%, tanto la endometritis, la tromboflebitis pélvica séptica y la Pelviperitonitis presenta el 0%.

TABLA N° 9

Distribución de pacientes que presentaron fiebre puerperal atendida en el Hospital Enrique C. Sotomayor en relación con los factores de riesgos

¿Qué factores de riesgos presentaron las pacientes?	Frecuencia	%
Trabajo de parto prolongando	8	27%
Exploraciones vaginales exageradas	0	0%
Ruptura prematura de membrana	10	33%
Desgarros cervicales	3	10%
Desgarros vaginoperineales	4	13%
Retención placentarios	5	17%
Total	30	100%



Análisis e interpretación:

Este gráfico muestra que el mayor porcentaje de estos factores con un 33% es la ruptura de membrana, seguido el 27% el trabajo de parto prolongado, el 13% representa a los desgarros vaginoperineales, la retención placentarios, el 17%, los desgarros cervicales 10% y el 0% a las exploraciones vaginales exagerada.

3.1 CONCLUSIONES.

Su incidencia es baja pero, es bueno conocer acerca del tema y mantener precaución con aquellas pacientes que manifieste un factor de riesgo.

Con esta investigación se demostró cuáles son las causas más frecuente para que la fiebre puerperal se manifieste, ya que se presentó en 33% en le ruptura prematura de membranas, seguido por el 27% que corresponde al trabajo de parto prolongado.

Se comprobó que el mayor porcentaje en relación a la duración del cuadro clínico se presentó de un a tres días, con un 40%.

Confirmándose que el alto índice de esta complicación, está en la dehiscencia de sutura con un 40%.

3.2 RECOMENDACIÓN.

Al personal médico, que se encargan de la atención y vigilancia en las salas de hospitalización, tomar seriedad en cuanto el aumento de la temperatura.

Después del parto hacerle saber a las pacientes, que su higiene personal es de gran importancia para evitar que microorganismos propague alguna infección.

Siempre tener presente, que si una paciente manifiesta un factor de riesgo prestar mucha atención para evitar complicaciones futuras.

Propuesta

CAPITULO IV

4. PROPUESTA

4.1 TEMA

Organizar charlas educativas a paciente que se encuentran hospitalizadas después del parto.

4.2 JUSTIFICACIÓN

Es necesario fortalecer los conocimientos de las pacientes, que después del parto deben mantener una clara idea que la correcta administración y disciplina logran una excelente recuperación. Y que manteniendo una buena higiene evita complicaciones futuras.

Los resultados obtenidos de la investigación se pudo confirmar que existe una incidencia baja de este problema solo se presentó en un 30 pacientes, sin embargo es de gran importancia que las pacientes conozcan que desde del parto también existen causas que con llevan a desarrollar una complicación.

4.3 OBJETIVOS

4.3.1 OBJETIVO GENERAL

Organizar charlas educativa sobre la higiene desde del parto para evitar complicaciones desde del parto.

4.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Dar a conocer la importancia de las causas de la fiebre puerperal.
- Establecer a las pacientes con medidas adecuada de higiene después del parto.

4.4 IMPORTANCIA

Esta propuesta es de gran validez porque el trabajo de un profesional es amplio y tiene una relación directa con cada una de las pacientes que están cursando el periodo del puerperio fisiológico el cual es un proceso normal siempre y cuando no presente factores de riesgos.

4.5 FACTIBILIDAD

- Este proyecto con ayuda de los directivos del Hospital Enrique C. Sotomayor, tiene un alcance en toda su dimensión ya que se cuenta con todo el material posible.
- Beneficiarias: Paciente hospitalizadas en el Hospital Enrique C. Sotomayor
- Duración: 3 veces por semanas por 6 meses
- Responsable del proyecto: Srta. Mirella Leonela Quiñonez Corozo y el personal médico encargado del área de hospitalización.

4.6 DESCRIPCIÓN

Es un plan que permite la capacitación de las pacientes durante su estadío en el Hospital Enrique C. Sotomayor.

- Charlas en la sala de hospitalización
- Boletín informativo

4.7 META

Con este esquema de charlas educativas logramos que las pacientes tengan un claro conocimiento e importancia de esta patología.

4.8 ASPECTOS LEGALES

Esta propuesta se fundamenta en el:

Art 26. La educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un ineludible e inexcusable del Estado, constituye un área prioritaria de la política pública y de la inversión estatal, garantía de la igualdad e inclusión social y condición indispensable para el buen vivir. Las personas, las familias y la sociedad tienen el derecho y la responsabilidad de participar en el proceso educativo.

4.9 RECURSOS

■ Humano:

Autora

Pacientes hospitalizadas en el Hospital Enrique C. Sotomayor

■ Material:

Información de libro e internet

Tiza líquida

Paleógrafos

Boletín informativo

Bibliografía

1. Cabero Roura Lluís, Saldivar Rodríguez Donato. (2007). Madrid – España. Obstetricia y medicina materno-fetal / Obstetrices and Materno fetal Medicine. Ed. Médica Panamericana. Pág. 1069
2. Cuerpo técnico. Escala diplomados de salud pública. Escrito por Luis Del Castillo Torres, Editorial Mad, José Manuel Ania Palacio, Carmen Rosa Junquera Velasco, Emilio Montero Romero, Rafael ColsaCatalan, Ana González Noguera, José Luna Gonzalez, Ma Dolores Moreno Ramos, Luís Silva Garcia, Pont. Pág 136- 139
3. Ginecología y Obstetricia - Manual de Consulta Rápida. Ed. Médica Panamericana. Pág190
4. HISTORIA DE LA GINECOBSTETRICIA EN COLOMBIA
Fernando Sánchez Torres, M.D
5. Historia de los medicamentos .Alfredo Jácome Roca. Pág 144
6. La medicina natural: al alcance de todo. Manuel LezaetaAcharán. Pág. 283
7. Personal Laboral de la Comunidad Autónoma de Extremadura.Pág. 500- 501.
Ats/dué Vol. III.
8. Pazan Garcés Santiago. (2010). Riobamba ecuador. Factores de riesgo de patologías puerperales. Tesis de grado. Escuela superior politécnica de Chimborazo.
9. Generalidades médico- quirúrgico Jaime Arias 2001. Pág 277
10. Tratado de ginecología. Escrito por José Botella Llusía, José A. Clavero Núñez .Pág 256
11. www.chospab.es/.../index.php

Anexos

ANEXOS 1

Base de datos estadísticos del Hospital Enrique C. Sotomayor

Historias clínicas de pacientes con complicaciones de fiebre puerperal	
1. 20725167	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
2. 20722375	Complicación puerperal no especificada
3. 20634701	Sepsis puerperal
4. 20726592	Sepsis puerperal
5. 20711863	Complicación puerperal no especificada
6. 20728332	Sepsis puerperal
7. 20630359	Complicaciones del puerperio no clasificadas en otra parte
8. 20715775	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
9. 20419232	Sepsis puerperal
10. 20599876	Sepsis puerperal
11. 20712027	Sepsis puerperal
12. 20716394	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
13. 20716988	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
14. 20705458	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
15. 20731696	Sepsis puerperal
16. 20733124	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
17. 20733540	Complicación puerperal no especificada
18. 20733653	Complicación puerperal no especificada
19. 20472511	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
20. 20669224	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
21. 20691966	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
22. 20734302	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
23. 20734596	Sepsis puerperal
24. 20603140	Sepsis puerperal
25. 20215541	Sepsis puerperal
26. 11160374	Sepsis puerperal
27. 20737863	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
28. 20737877	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
29. 30316712	Complicaciones del puerperio no clasificadas en otra parte
30. 20737285	Otras complicaciones puerperales no clasificadas en otra parte

ANEXO 2

CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES Y VÍAS DE PROPAGACIÓN DE LA INFECCIÓN

- Clasificación de la infección
 - Localizada al útero
 - Endometritis
 - Endometriometritis
 - Localizada al aparato genital
 - Anexitis
 - Parametritis
 - Salpingitis
 - Salpingooforitis
 - Propagada a la pelvis
 - Pelviperitonitis
 - Propagada al abdomen
 - Peritonitis generalizadas
 - Otras
 - Mastitis puerperal
 - Tromboflebitis séptica
 - Infección urinaria
 - Sepsis
 - Choque séptico
- Vías de propagación de la infección
 - Por continuidad
 - Endometritis
 - Salpingitis
 - Salpingooforitis
 - Pelviperitonitis
 - Por vía linfática
 - Metritis
 - Parametritis
 - Peritonitis
 - Por vía hemática
 - Tromboflebitis
 - Septicemia
 - Choque séptico

ANEXO 3
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“ESCUELA DE OBSTETRICIA”
RECOLECCIÓN DE DATOS

Historia Clínica #.....

1. Edad.....

2. Estado civil

- a) Casada ()
- b) Soltera ()
- c) Unión libre ()
- d) Divorciada ()
- e) Viuda ()

3. Ocupación

- a) Que hacer domésticos ()
- b) Ayudante del hogar ()
- c) Estudiante ()
- d) Otros ()

4. Estudios realizado

- a) Primaria ()
- b) Secundaria ()
- c) Superior ()
- d) Analfabeta ()
- e) Otros ()

5. Antecedentes ginecológicos

- a) Primigesta ()
- b) Secundigesta ()
- c) Multípara ()

6. ¿Cuáles fueron los síntomas que usted presentó?

- a) Fiebre ()
- b) Escalofríos ()
- c) Cefalea ()
- d) Dolor muscular ()
- e) Pérdida de apetito ()
- f) Flujo vaginal maloliente ()
- g) Otros ()

7. Que tiempo presentó el cuadro clínico

- a) 1 a 3 días ()
- b) 4 a 6 días ()
- c) 1 semanas ()
- d) 2 semanas o más ()

8. Tipo de complicación que presentó la paciente

- a) Mastitis ()
- b) Endometritis ()
- c) Dehiscencia de sutura ()
- d) Sepsis puerperal ()
- e) Tromboflebitis pélvica séptica ()
- f) Pelviperitonitis ()
- g) Complicaciones puerperal no especificada ()

9. ¿Qué factores de riesgo presentó la paciente?

- a) Trabajo de parto prolongado ()
- b) Exploraciones Vaginales exageradas ()
- c) Desgarros cervicales ()
- d) Desgarros cervicales ()
- e) Desgarros vaginoperineales ()
- f) Ruptura prematura de membrana ()
- g) Retención de restos placentarios ()

ANEXO 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

#	ACTIVIDAD	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MARZ.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL
1	Elaboración y presentación del tema de Investigación para aprobación y asignación del tutor	X										
2	Revisiones bibliográficas		X	X	X			X				
3	Presentación del anteproyecto al tutor.					X						
4	Recolección de datos								X	X		
5	Procesamiento y análisis de datos recolectados.									X	X	
6	Elaboración del informe final de Tesis.										X	
7	Entrega de Tesis realizada a la secretaria del internado.											X
8	Sustentación.											X
