



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

**FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES EN PUERPERIO ENTRE EL 2015 –
2016 DEL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAAMACHO DE LA CIUDAD DE
MILAGRO”.**

AUTOR:

ALFREDO ROSALES ESPINOZA

TUTOR:

DR. EDISON REA

GUAYAQUIL – ECUADOR

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO			
FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES EN PUERPERIO ENTRE EL 2015 – 2016 DEL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAAMACHO DE LA CIUDAD DE MILAGRO”.			
AUTOR(ES):	ALFREDO ROSALES ESPINOZA		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	DR. EDISON REA ANDRADE		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	CIENCIAS MÉDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:			
GRADO OBTENIDO:			
FECHA DE PUBLICACIÓN:		No. DE PÁGINAS	
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gineco-Obstetricia		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:			
RESUMEN DE COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO Puede considerarse fenómenos patológicos del puerperio INFECCIONES que se pueden manifestar localmente o en las mamas. Otro carácter patológico posible son las HEMORRAGIAS POSPARTO, que pueden poner en riesgo la vida de la paciente. Para no tener una excesiva pérdida de sangre, en esta fase es fundamental que el útero esté bien contraído; de este modo los vasos presentes en la zona de inserción placentaria se "comprimen" y se evita, de esta manera, el derrame de sangre. Después de las primeras dos horas del parto vuelven los mecanismos normales de coagulación que determinan la formación de fibrina en la zona de inserción placentaria, y por este motivo las hemorragias son más raras. Ciertas patologías afectan al útero, que van ligadas a una atonía muscular o a la inversión completa y topográfica del útero, y pueden ir acompañadas de derrames totales o parciales de líquido; también son posibles las laceraciones del órgano.			

Otros problemas ligados al puerperio son la flebitis, la septicemia, la infección vulvo-vaginal, etcétera, todas parte de la infección puerperal. El estreptococo β -hemolítico es el agente más importante, junto con los anaerobios y sobre todo las bacterias gram negativas. La isquemia, la herida placentaria y del canal blando incluyendo la episiotomía y posibles desgarros perineales, la corioamnionitis, ruptura prematura de membranas, partos prolongados y exámenes vaginales repetidos se han descrito como posibles factores predisponentes de la infección puerperal.

Consecuentes al parto, se pueden dar embolias gaseosas o embolias de trombos, que causan asistolia aguda o edema pulmonar.

Además, la disminución de hormonas sexuales y el aumento de la prolactina producen un efecto negativo en el estado emocional de la mujer (depresión postparto) y disminuye su deseo sexual.

ADJUNTO PDF:	☐ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0989982222	Email: alfre_rsl@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil, Carrera de Medicina	
	Teléfonos: 042288086 – 042510913 – 042513546	
	E-mail: www.fcm.ug.edu.ec	

Guayaquil, 10 de mayo de 2017

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado Dr. Edison Rea Andrade, tutor

Del trabajo de titulación “**FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES EN PUERPERIO ENTRE EL 2015 – 2016 DEL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAAMACHO DE LA CIUDAD DE MILAGRO**”, certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **ALFREDO JAVIER ROSALES ESPINOZA CON CI. 1204583692**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MÉDICO, en la Carrera de Medicina Facultad de Ciencias Médicas, ha sido REVISADO Y APROBADO en todas sus partes, encontrándose

Apto para su sustentación.

DR. EDISON REA ANDRADE

DOCENTE TUTOR REVISOR

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO
COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, ALFREDO JAVIER ROSALES ESPINOZA con C.I. No. **120458369-2**, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es “**FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES EN PUERPERIO ENTRE EL 2015 – 2016 DEL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAAMACHO DE LA CIUDAD DE MILAGRO**” son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una Licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

ALFREDO JAVIER ROSALES ESPINOZA

C.I. No.1204583692

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.
--

DEDICATORIA

Con todo mi corazón y mucho cariño este Trabajo se lo dedico a mis abnegados Padres, como recompensa al sacrificio desplegado, aunque ya uno de ellos no se encuentre con nosotros sé que hubiera sentido un gran orgullo por mí, y donde te encuentres sé que estarás feliz.

A mis hermanos por darme la fuerza para no decaer en alcanzar mi objetivo y sentirme realizado en el campo profesional de la salud.

A mi familia, amistades, compañeros que me brindaron su confianza y en cierta manera influyeron en mi para logra mi sueño.

AGRADECIMIENTO

Me es grato luego de haber culminado el presente trabajo expresar mi gratitud de manera muy especial a Dios, El amigo perfecto, quien en su compañía y ayuda me ha guiado a lograr mi meta propuesta.

A mis Madre quién estuve conmigo en los buenos y malos momentos brindándome su apoyo incondicional y amistad, a la Universidad estatal de Guayaquil, facultad de Ciencias médicas, Escuela de Medicina en cuya esplendorosa luz de Cultura alumbrara día a día mi existencia, porque esa semilla del saber que se ha fraguado en mi espíritu, sabré hacerla exaltar en el campo profesional.

Al Dr. Edison Rea mi tutor por parte del Hospital León Becerra Camacho de la Ciudad Milagro quien con sus sabias enseñanzas y humildad ha hecho posible la culminación de este trabajo.

A mis compañeros cuya confianza y alegrías hizo posible vivir los mejores días tanto en la universidad como en el internado.

Agradezco a mi tutora de parte de la Universidad que me guiaba día a día a hacer mejor la cosas en el presente Trabajo a todos ellos muchas Gracias.

ÍNDICE

Contenido

DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	7
ÍNDICE	8
1. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1 EL PROBLEMA	14
1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1.2 Preguntas de investigación:	15
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	16
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.3.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.	17
1.4 OBJETIVO GENERAL.....	18
1.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
2. MARCO TEÓRICO.....	19
ANTECEDENTES.....	19
PUERPERIO FISIOLÓGICO	19
INVOLUCIÓN PUERPERAL LOCAL.....	20
INTERPRETACIÓN SEMIOLÓGICA	21
ANEXOS VAGINA, VULVA, PERINEO	22
INVOLUCIÓN PUERPERAL GENERAL	22
TEMPERATURA	22
APARATO CARDIOVASCULAR	23
PESO	23
SANGRE.....	23
APARATO DIGESTIVO.....	23
APARATO URINARIO	24
LACTACIÓN.....	24
LACTOGENESIS	24
LACTOPOYESIS	25
EYECCIÓN LÁCTEA.....	25
LECHE MATERNA	26
Cantidad Segregada.....	26

SEMIOLOGÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA	26
INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA.....	27
RECUPERACIÓN ENDOCRINA.....	28
ATENCIÓN MÉDICA DEL PUERPERIO	29
PUERPERIO MEDIATO.....	29
APARATO GENITAL.....	29
EMUNTORIOS.....	30
PERINEO.....	31
GLÁNDULA MAMARIA.....	31
HIGIENE DEL PUERPERIO	32
MOVILIZACION Y LEVANTAMIENTO PRECOZ.....	32
GIMNASIA DE LA PUERPERA.....	33
HIGIENE ALIMENTARIA.....	34
HIGIENE CORPORAL	35
HIGIENE GENITAL	35
HIGIENE SEXUAL	36
PUERPERIO PATOLÓGICO.....	36
Uterinas:	37
Atonía uterina.....	37
Retención placentaria	37
Rotura Uterina	38
Espontanea	38
Traumáticas	38
TRATAMIENTO	39
INVERSIÓN UTERINA.....	39
Características Clínicas	40
SIGNOS FÍSICOS	40
DIAGNOSTICO.....	40
TRATAMIENTO	41
No uterina.....	41
DESGARROS	41
Episiotomía.....	42
COAGULOPATIAS	42
DATOS SOBRE LAS HEMORRAGIAS POST PARTO.....	43

La infección puerperal.....	46
Los gérmenes patógenos que causan infección puerperal.....	49
La Endometritis puerperal.....	49
TRATAMIENTO	51
MEDIDAS GENERALES	52
Salpingitis y salpingooforitis Puerperal	53
Diagnostico.....	53
Tratamiento	53
Vulvitis puerperal.....	54
Vaginitis Puerperal.....	54
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	55
Bacteriuria Asintomática.....	56
Cistitis Aguda.....	56
Pielonefritis Aguda.....	56
Manifestaciones Clínicas.....	56
Complicaciones en la Infecciones de Vías Urinarias	57
AFECTACIONES PSICOLÓGICOS EN EL PUERPERIO	57
PSICOSIS PUERPERAL	57
DEPRESIÓN POST-PARTO.....	58
TRISTEZA PUERPERAL	58
SÍNDROME HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	58
HIPERTENSIÓN CRÓNICA	59
HIPERTENSIÓN CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBRE AGREGADA	60
HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO	60
PREECLAMPSIA.....	60
GLANDULA MAMARIAS.....	60
Mastitis puerperal.....	60
PATOLOGÍA PUERPERAL MAMARIA NO INFECCIOSA ALTERACIONES	
FUNCIONALES	64
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	66
3.1 MATERIALES.....	66
3.1.1 LOCALIZACIÓN	66
3.1.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN	66
3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS.....	66

3.2 Metodología	67
3.2.1 Enfoque.....	67
3.2.2 Diseño de investigación.....	67
3.2.3 Tipo de investigación.....	67
3.2.4 Método de investigación teórico.....	68
3.2.5 PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN	68
3.2.6 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	68
Materiales.	69
3.3 OPERACIONALIZACION VARIABLES	70
3.3.1 Variables de investigación.....	70
3.3.2 Variable de caracterización	70
4. RESULTADOS Y ANÁLISIS	72
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	81
5.1 CONCLUSIONES	81
5.2 RECOMENDACIONES	82
6. ANEXOS PROPUESTA Y VALIDACIÓN	83
Justificación.....	83
Objetivos	83
Metas	84
RESPONSABLES.....	85
CONTROL Y EVALUACIÓN.....	85
7. BIBLIOGRAFÍA	87

1. INTRODUCCIÓN.

La revisión de la literatura acerca de los factores de riesgo y complicaciones que se producen durante el puerperio, tiene el propósito de actualizar la información al respecto; así mismo contribuirá a mejorar la atención en el Servicio Gineco Obstetricia del Hospital León Becerra de la Ciudad de Milagro, que se le brinde a la mujer y a su familia una vez identificados los factores de riesgo, esto permitirá además prevenir las complicaciones relacionadas con dichos factores de riesgo.

Basado en estudios de investigación reportados recientemente permite conocer cuáles son los factores de riesgo que mayor morbilidad y mortalidad causan a la mujer durante el puerperio; igualmente el aporte que se realiza al proyecto: Seguimiento domiciliario a la madre y al recién nacido durante el puerperio, con lo que buscaremos es el fortalecimiento de las intervenciones que brinda el servicio de ginecoobstetricia del Hospital León Becerra de Milagro.

Durante el periodo del puerperio se pueden presentar diversos factores de riesgo, los cuales de no ser intervenidos de forma oportuna pueden generar complicaciones en el estado de salud de la mujer. Unos de ellos son 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.

El personal de la salud que ejerce en esa área, debe aportar en la resolución de las situaciones identificando precozmente dichos factores de riesgo y esto lo puede realizar a través del

adecuado y oportuno control prenatal; en donde se tenga en cuenta todos los componentes de este como son: anamnesis, antecedentes familiares, personales, quirúrgicos, examen físico, toma de signos vitales, peso, talla, IMC, etc.;

El Objetivo de esta Obra es identificar en la mujer embarazada atendidas en el Servicio de Ginecobstetricia del Hospital León Becerra De Milagro los factores de riesgo que pueden llevar a las complicaciones en el puerperio, y conjuntamente con el profesional de salud llevar un seguimiento ya sea domiciliario o telefónico y puede contribuir de forma permanente en la resolución de dudas por parte de la mujer y su familia.

1.1 EL PROBLEMA

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El puerperio es un periodo de transformación progresiva en orden anatómico y funcional por lo cual implica un estado de vulnerabilidad para las complicaciones, revisando las estadísticas en Colombia tiene unas de las tasas de mortalidad maternas más alta en Latinoamérica, alcanzando 104 muerte de madres por 100.000 nacidos vivos es preocupante en comparación con los demás países de la región.

Las principales causas en el mismo país Colombia fueron por hemorragia postparto, hipertensión inducida, sepsis puerperal, aborto en condiciones de riesgo.

En nuestro país es muy importante considerar que existen un nivel socio-económico bajo, una mala conducta obstétrica, o condiciones hospitalarias inadecuadas, las hemorragias junto con las infecciones constituyen las principales complicaciones y causas de morbilidad puerperal en nuestro medio ocupa uno de los principales motivos de consulta por lo que se debe considerar de gran importancia la alta incidencia y prevalencia de estas patologías.

Es importante considerar las patologías más frecuentes atendidas en la consulta externa como Hemorragia posparto, Hematomas puerperales e infecciones del sistema urinario representa más de la mitad de todos los diagnósticos, otra patología que llama la atención es la infección puerperal es una de las principales complicaciones de la paciente obstétrica que ocurre durante o posterior a la resolución del embarazo de los partos y en las cesáreas.

También se podría recalcar que en aquellas pacientes que aparte de su embarazo padezcan de un desequilibrio en su salud como por ejemplo anemias, desnutrición, enfermedades crónicas, porque no mencionar también la diabetes e hipertensión más acompañados de condiciones sanitarias e higiénicas deficientes, estos factores negativos para estas pacientes pueden representar una alta tasa de complicaciones post parto, Por tal motivo la atención médica debe ir encaminada tanto a la prevención como al tratamiento de las numerosas alteraciones que pueden presentarse.

1.1.2 Preguntas de investigación:

¿Con que frecuencia se presentan complicaciones en el puerperio en el Hospital León Becerra de Milagro?

¿Cuáles son patologías post parto más frecuentes?

¿Cuál es la población más expuesta a factores de riesgo puerperales?

¿Cuál es la asociación de los factores determinantes con las patologías frecuentes?

1.2 JUSTIFICACIÓN.

Investigar las patologías obstétricas que produjeron hemorragias durante el estado del puerperio de estas pacientes, que fueron atendidas en el hospital Dr. León Becerra Camacho durante el año 2015-2016.

Para determinar los factores de riesgo que causan hemorragias obstétricas en el estado de puerperio y estadificar datos relevantes de los pacientes más propensos a estos factores y prevenir que afecte la salud a nivel social y laboral.

De esta forma contribuir con información relevante, práctica y útil que puedan ser usadas en futuras investigaciones y recordar los criterios de derivación cuando exista indicación quirúrgica o en las situaciones de urgencia que lo requieran.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles es la frecuencia de los factores determinantes y las complicaciones post parto observadas en los pacientes del hospital león becerra Camacho en el año 2015-2016?

1.3.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.

Campo: Salud publica

Área: Servicio Ginecobstetricia

Aspecto: Complicaciones Hemorrágicas obstétricas en el Puerperio.

Tema de investigación: Factores determinantes y complicaciones hemorrágicas obstétricas en el puerperio en pacientes del hospital Dr. León Becerra Camacho de Milagro de Junio del 2015 a abril del 2016.

Lugar: Hospital Dr. León Becerra Camacho

Determinar los factores que inducen a las complicaciones puerperales entre ellas las hemorrágicas y analizar los porcentajes de estos factores observados en el Hospital Dr. León Becerra Camacho de la Ciudad de Milagro en pacientes atendidos durante el año 2015 y el 2016.

1.4 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia de complicaciones post parto (puerperio inmediato) y los Factores asociados mediante recolección de datos estadísticos del Hospital león Becerra Camacho de Milagro entre el 2015 a 2016.

1.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar la frecuencia de casos clínicos de pacientes del estudio diagnosticadas con alguna patología de puerperio.
- 2) Identificar los factores de riesgo asociados a las pacientes con complicaciones en el puerperio en variables de interés epidemiológico.
- 3) Describir en la población de estudio las complicaciones hemorrágicas en el puerperio.

2. MARCO TEÓRICO.

ANTECEDENTES

Epidemiológicamente se describe que la muerte materna se la considera como grave problema de salud pública, Cada día alrededor del mundo fallecen cerca de 600 mujeres por complicaciones relacionadas en el puerperio. En el 2009 murieron 196.000 mujeres durante el puerperio. Y estos casos son más apreciados en países en donde la pobreza, el bajo ingreso económico, y el mal control pre parto son visibles y que se pudo haber evitado.

PUERPERIO FISIOLÓGICO

Se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días y que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.

El puerperio comprende diferentes etapas:

- Puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas después de parto.
- Puerperio mediato: se extiende desde el segundo al décimo día.
- Puerperio alejado: concluye en torno a los 40-45 de postparto.
- Puerperio tardío: puede alcanzar hasta los 6 meses si la madre opta por alimentar al bebé mediante una lactancia activa y prolongada.

INVOLUCION PUERPERAL LOCAL

Se Operan en el miometrio cambios anatomopatologico de tipo degenerativo, como consecuencia de la isquemia provocada por las ligaduras de pinard y la brusca caída hormonal luego de la expulsión placentaria, que influyen sobre la reducción del tamaño de las fibras musculares.

Después de la caída de la decidua por necrosis coadyuvada por la barrera leucocitaria, el endometrio experimenta una lenta regeneración, que solo se completa a los 45 días.

La zona de inserción placentaria es la que se recupera con mayor lentitud.

Esta lenta involución explica los cambios morfológicos uterinos de situación (descenso), volumen, peso, dirección, forma y consistencia. El segmento inferior y el cérvix involucionan también, recuperando sus caracteres.

Después del parto, el cuello uterino se retrae con relativa rapidez, y así cambia de su distensión máxima de 10 a 12 centímetros, "cuando los bordes de su orificio uterino se ponen en contacto con las paredes de la excavación, hasta reducirse a 2 o 3 centímetros en unos cuantos segundos. Al operarse el cambio, el cuello toma una forma cilindroidea, como cuello de botellón, tamaño variable, color rojo vinoso con tintes azulados, bordes blandos, flácidos, con orificio dilatado hasta seis o más centímetros. Paulatinamente se va estrechando su orificio en sentido concéntrico de "embudo", de arriba a abajo y de fuera a adentro, se limita su dilatibilidad, los bordes se van redondeando, aumenta la consistencia crece su altura a expensas de la parte baja del segmento inferior, hasta quedar formado el conducto con sus

dos orificios externo e interno, "el orificio queda entre abierto 2 a 3 centímetros a los 5 días, 1 centímetro a los 10 días, y a las 6 semanas vuelve a su estado anterior".

INTERPRETACIÓN SEMIOLÓGICA

Después del parto, el útero queda contraído y desciende a la altura del punto medio de la línea umbilicopubiana. A las 24 horas asciende ligeramente al recuperar su tonicidad el piso pelviano, para descender en forma escalonada hasta el 10do día, en que se convierte órgano pélvico.

El descenso es por lo general de 1 a 1cm y medio por día, Otro dato semiológico puerperal lo proporcionan los loquios. Estos constituyen un exudado genital, formando por hematíes, leucocitos, células decíduas y descamaciones cervicales y vaginales.

Interesa valorar su aspecto macroscópico, que varía con el tiempo, en la primeras 48 horas los loquios son sanguinolentos (rojos), hallándose formados por sangre, unto sebáceo, lanugo y restos membranosos. El 3er, 4to y 5to día son sanguinolentos (rosadas) y están formados por hematíes, leucocitos y células decíduas. El 6to y 7mo día son serosos (blancos), conteniendo leucocitos, células epiteliales, gérmenes patógenos atenuados y saprofito.

Con respecto a la cantidad de secreción loquial, diremos que disminuye con el tiempo, para desaparecer en general al 15vo día. La cantidad mayor aparece durante el puerperio inmediato.

Alrededor de la tercera semana puerperal se observa una pérdida sanguínea de 1 a 2 días de duración denominada “pequeño retorno”. El olor es sui generis, La fetidez anormal es un signo de infección o putrefacción intrauterino por estancamiento. Los entuertos son contracciones uterinas dolorosas muy frecuentes en las multíparas, durante los primeros días del puerperio.

ANEXOS VAGINA, VULVA, PERINEO

La restitución estructural y morfológica es paralela a la del útero. La vagina recupera por completo sus dimensiones pre gravídicas, por la gran distensión que produjo la salida fetal.

Desaparece la coloración cianótica vulvar y los labios mayores no se adhieren por entero como la nulípara, se observa las carúnculas mirtiformes, que son los restos del himen rasgado.

La restitución del perineo es rápida si no hubo roturas musculares parciales y hematomas, muchas veces existentes aun sin herida superficial.

INVOLUCION PUERPERAL GENERAL

TEMPERATURA

La fiebre en el puerperio es índice de infección, no obstante, puede considerarse fisiológico un ascenso térmico hasta 37.5°C en las primeras 24 horas puerperales y entre el 3er día y 4to día. Puede admitirse que ello se debe a la reabsorción de coágulos y al ascenso de gérmenes desde la vagina hacia el útero.

APARATO CARDIOVASCULAR

La frecuencia del pulso oscila entre 60 y 70 pulsaciones por minuto, un aumento de la frecuencia es señal de abundante pérdida hemática o de infección. La presión arterial es normal.

PESO

El descenso del peso es manifiesto. Como consecuencia del parto se pierden aproximadamente 5kg (feto, placenta, líquido amniótico, sangre). Durante la primera semana (puerperio propiamente dicho) hay una disminución de 500mg por eliminación de líquidos. La pérdida total de peso en el puerperio oscila entre 5 y 7 kg.

SANGRE

Cifras no menores de 3.750.000 hematíes y 13% de hemoglobina no deben considerarse patológicas. Leucocitos están muy aumentados, entre 13.000 y 18.000, constituyendo una leucocitosis fisiológica.

APARATO DIGESTIVO

Hay hipotonía de la musculatura lisa, que produce como consecuencia distensión gástrica e intestinal. Es frecuente la constipación por paresia intestinal, por espasmos (hipervagotomía) por atonía (progesterónica) y por compresión del sigmoide y recto.

APARATO URINARIO

El riñón elimina en 24 horas de 1.500 a 2000cm cúbicos como producto de evacuación de líquidos retenidos durante el embarazo, crisis poliúrica del puerperio inmediato.

A veces suele observarse en las primeras horas del puerperio retención de orina, como consecuencia del edema y equimosis vesicales producidos por la compresión de la presentación en el trabajo de parto.

LACTACIÓN

La glándula mamaria experimenta experimentan cambios importantes durante la gestación, que se acentúan durante el puerperio con la aparición de la secreción láctea (lactación), la lactación se gobierna por un complejo de mecanismo neurohormonal en el cual interviene correlativamente el hipotálamo a través de la hipófisis anterior, las hormonas esteroideas gestacionales, la tiroides e incluso la corteza adrenal.

LACTOGENESIS

Es el comienzo de la secreción láctea en el puerperio, de las hormonas que actúan en la lactogénesis, la principal es la prolactina u hormona lactotropa del lóbulo anterior de la hipófisis, a la que sigue en importancia la somatotrófica, que actúan como activadora de la primera, la hormona cortico adrenal puede estimular la secreción inicial.

Durante el embarazo, la acción de estas hormonas es inhibida por las hormonas sexuales placentarias, estrógenos y progesterona (acción antagónica), al expulsarse la placenta desaparece el freno inhibitorio, lo cual produce la iniciación de la secreción láctea.

Algunos autor sostiene que la distensión uterina inhibe la lacto génesis. Sin embargo, en embarazos extrauterinos donde tal factor no existe, aparece la secreción láctea.

LACTOPOYESIS

Si bien la prolactina es la hormona desencadenante principal de la secreción láctea, no puede mantenerla sin la intervención de un conjunto de factores hormonales (somatotrofina, tiroxina, corticoides, ACTH) y factores nerviosos (sistema hipofiso – hipotalámico, oxitocina) que tiene como punto de partida el reflejo de succión que desencadena el niño al mamar.

EYECCIÓN LÁCTEA

Constituye la expulsión de la secreción láctea que se produce por la contracción de las células mioepiteliales (fibras musculares lisas) de los alveolos y galactóforos. El fenómeno parece ser gobernado por la ocitocina, segregada por un mecanismo reflejo que parte del pezón durante la succión. El mantenimiento periódico de la glándula aumenta su actividad secretora, lo que desencadena un círculo vicioso automático, con esto se justifica la prosecución de la lactancia en mujeres que recuperan su actividad sexual con menstruaciones ovulatorias. Previamente a la secreción láctea se observa la eliminación de calostro, liquido viscoso

amarillento, rico en anticuerpos y vitaminas y de densidad mayor que la leche. Por este motivo excelente para el recién nacido.

LECHE MATERNA

La Composición:

Agua 87%

Proteínas (Lacto albúmina, caseína, globulina) 1,14 %

Lípidos 4,20 %

Lactosa 7,13 %

Sales Minerales (Calcio, potasio, magnesio, Hierro) %

Vitaminas A, D, E, K, C , Complejo B.

Cantidad Segregada

Es muy variable y está en relación con el gasto diario, por lo común, Oscila alrededor de 1.000 cm y se modifica con el tipo de alimentación y la ingesta de líquidos.

SEMIOLOGÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA

La secreción láctea tarda en aparecer generalmente 48 horas después del parto, con la llamada de subida de la leche, Las mamas se ingurgitan por congestión venosa y linfática, y aparecen duras a la palpación con varios nódulos lobulillares dolorosos. A la expresión, el calostro de

las primeras horas es sustituido por gotas de leche. El cuadro de la subida de la leche se acompaña de elevación de térmica y un estado de malestar general con cefalea y calor.

INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA

Puede surgir indicaciones en ese sentido, Nacimiento de un feto muerto o de un inmaduro, Obligaciones laborales o profesionales, malformaciones del pezón, infarto mamario.

Los estrógenos, antagonista de la prolactina, frenan la función láctea, para inhibir la lactogenesis el tratamiento debe iniciarse en seguida del parto o dentro de las 24 horas. Esto no sugiere que, cuando se presente una indicación, deba dejarse de lado el tratamiento realizado tardíamente, pero no es lo ideal.

El quínestrol, derivado del etinil – estradiol, tiene la ventaja de poder administrarse en dosis única, capsulas de 4mg en solución oleosa, El mecanismo de acción prolongada es la consecuencia de su fijación en el tejido adiposo de que se libera lentamente por vía urinaria Otra manera práctica y sencilla es la administración de una combinación de 5mg de benzoato de estradiol, 8mg de valerianato estradiol, 20mg de acetato de norestisterona y 180mg de enantato de testosterona en 1ml de solución oleosa para ser aplicado por vía intramuscular por única vez.

El Clomifene, en dosis de 100mg diarios durante 5 días ofrece, asimismo, excelente resultado.

Por último, un derivado de la Bromocriptina, no hormonal. Tiene ventajas sobre las anteriores; inhibe la secreción de prolactina. Dosis 1 comprimido (2,5mg) con el desayuno y la cena durante 14 días.

RECUPERACIÓN ENDOCRINA

A los 21 – 35 días del parto se observa que reaparece la secreción loquial con las características de menstruación, y dura 1 o 2 días (pequeño retorno)

La primera menstruación después del parto suele reaparecer entre los 40 – 45 días si la madre amamanta, durante el periodo de lactancia suele haber amenorrea, cuya duración, es variable, puede prolongarse por varios meses,

Lo consideramos un plazo justo en cuando este tiempo de amenorrea se extiende hasta 6 meses, de prolongarse, se observa exagerada involución uterina.

La reiniciación de la función menstrual depende de la concentración de las hormonas sexuales, aunque no pocas veces se observan menstruaciones anovulatorias.

Durante dicha amenorreas, que se produce por la lactancia, puede haber ovulación, de ahí que muchas mujeres reinician un nuevo embarazo por haber concebido en el tiempo comprendido entre la ovulación y el derrame menstrual que debería ocurrir.

Para atestiguar la recuperación endocrina podemos valernos de diversas técnicas de examen, biopsia de endometrio, colpocitología, dosificaciones hormonales, temperatura basal.

ATENCIÓN MÉDICA DEL PUERPERIO

Durante las primeras horas del puerperio hay que controlar el pulso y la presión arterial, la Taquisfimia y la hipotensión nos indicara un posible estado shock. Mediante la palpación abdominal controlaremos la consistencia uterina, verificando el grado pinard de retracción (globo de seguridad de pinard)

Prevenimos hemorragias, mediante el control de la perdida sanguínea a través de los genitales externos y por la altura del fondo uterino, ya que la presencia de coágulos puede obstaculizar la exteriorización hemática.

PUERPERIO MEDIATO

Pulso y Temperatura se harán dos controles diarios

- Ablacton, Schering

APARATO GENITAL

Todos los cuidados tienden a obtener una rápida y eficaz involución uterina, Es de practica la colocación de la bolsa con hielo en la región hipogástrica durante las primeras 24 horas y la administración bucal o parenteral de sustancias uteroestimulantes: ocitocicos o ergotnicos.

Los entuertos pueden ser exagerados por la permanencia intrauterino de restos placentarios (cotiledones – membranas), se eliminan por expresión o mediante técnicas instrumentales, administrándose posteriormente retractores uterinos.

Pero aun sin estar presentes esas causales, pueden aparecer especialmente en el momento de la lactancia, que origina contracciones uterinas dolorosas.

La medicación sintomática la constituyen los antiespasmódicos y analgésicos, el ácido acetilsalicílico es su principal y más económico tratamiento.

EMUNTORIOS

La atonía vesical y el espasmo esfinteriano puede ser causa de retención urinaria, Si al cabo de 8 horas después del parto no se logra la micción espontanea, se medicara con Prostigmin o Doryl 1 (1 ampolla), Si esta terapéutica no resulta efectiva, se realizara un cateterismo vesical con sonda nelaton, que se repite de ser necesario.

Para el mismo propósito pueden utilizarse los antiespasmódicos.

Una terapéutica sencilla, muchas veces exitosa, consiste en provocar un reflejo mediante el estímulo auditivo producido por el chorro de una camilla de agua.

La dieta es un factor importante para vencer la constipación, Debe ser rica en residuos, con el objeto de que el bolo fecal tenga volumen, para despertar el reflejo defecatorio.

Se respeta el régimen lactovegetariano durante las primeras 24 horas, y una vez transcurrido ese lapso debe instituirse una alimentación liberal, lográndose así la evacuación espontánea.

El uso de purgante no es aconsejable y resulta un contrasentido utilizarlo si el intestino está atónico.

En caso de no lograrse espontáneamente la exoneración intestinal, se recurrirá a la enema evacuante o a los supositorios por contacto.

PERINEO

El cuidado del periteneo, principalmente después de la incisión episiotómica, se hará cada 6 horas como mínimo.

Consiste en un lavado exterior con agua estéril o solución fisiológica, Desinfección con sustancias antisépticas y secado escrupuloso de la piel. Se colocará un apósito estéril de algodón envuelto de gasa, que se cambiara la veces que sea necesarias.

Si la episiotomía es dolorosa, el apósito empapado con aceite gomenolado es muy calmante.

GLÁNDULA MAMARIA

El Cuidado de los pezones comienza profilácticamente en el embarazo para evitar las grietas y fisuras, con masajes, previa colocación de alcohol - Glicerina.

Durante el puerperio se extremaran las recomendaciones de una escrupulosa higiene en el manipuleo de las mamas durante la alimentación del niño, lo cual constituye la medida profiláctica más eficaz de la infección.

Se recomienda el uso de corpiños que mantenga bien sostenidas las mamas sin ejercer presión sobre ellas.

HIGIENE DEL PUERPERIO

MOVILIZACION Y LEVANTAMIENTO PRECOZ

Se conoce como movilización y levantamiento precoz la realización de movimientos suaves de los miembros, acompañados de respiraciones profundas y cambios de decúbito, efectuados a las 4 horas del parto normal, el sentarse en el borde del lecho y dar unos pasos alrededor del mismo a las 12 horas, pudiendo llegar hasta el cuarto baño dentro de las 24 horas.

Las puérperas de partos operatorios y cesáreas modifican el decúbito, hacen el movimiento de miembros y se sientan en la cama a las 12 horas, si el estado general no lo impide, se levantan a las 24 horas. Siempre antes de ordenar el levantamiento se controla la presión arterial, temperatura y el pulso, sus modificaciones patológicas lo contraindican, y lo mismo que las cardiopatías, infecciones y toxemia.

Los fundamentos de la movilización y del levantamiento precoz residen en permitir el retorno de la sangre, que por compresión de los vasos ilíacos y pelvianos ejerce el útero grávido.

Los ejercicios respiratorios contribuyentes a mejorar la circulación, al producir presión negativa intratorácica. La involución uterina es mas rápida, lo mismo que la evacuación espontánea vesical e intestinal.

En los partos quirúrgicos es evidente el beneficio que ofrece el método, disminuye la distensión abdominal y el íleo paralítico, la cicatrización de las heridas se hace en tiempo más breve y sin contratiempos, y son rarísimos los hematomas y las eventraciones.

Hay un aumento del tonismo muscular, evitándose la atrofia de los tejidos al haber mayor aflujo de sangre a los mismos y eliminándose el estancamiento venoso.

Las Razones que se alegaban en el pasado contra la movilización y el levantamiento precoz, embolias, trombosis, prolapsos, retardos en la involución uterina se han descartado hoy en forma definitiva, y el método de manera paradójica es la profilaxis.

GIMNASIA DE LA PUERPERA

La tocología ha incorporado definitivamente la educación gimnástica a la higiene de la mujer puerpera.

La gimnasia es aceleradora de la actividad celular y produce un aumento de la capacidad funcional del organismo.

El sistema muscular incrementar la combustión, con el consiguiente aumento del oxígeno y mayor eliminación de anhídrido carbono (mayor frecuencia y profundidad de los movimientos respiratorios).

La gimnasia ha de orientarse al fortalecer la musculatura debilitada, principalmente la abdominal, y consistes en movimientos de contracción y relajación suaves y rítmicos, de fácil ejecución y corta duración, acompañados de movimientos inspiratorios y espiratorios.

Se recomienda movimientos inspiratorios de los miembros superiores e inferiores, estos movimientos se realiza en decúbito dorsal y en posición de pie.

La duración y el número de ejercicios dependen de la tolerancia y de la necesidad de la puérpera.

HIGIENE ALIMENTARIA

Durante las primeras 24 horas del puerperio es conveniente una alimentación liviana e integrada por líquidos (agua mineral, jugos de frutas, leche. Caldo de carne magra), verduras y compota y de fácil digestión y absorción.

A continuación ofrecemos un menú de tipo: desayuno y merienda: una taza de café o té con leche y pan tostado con manteca y mermelada.

Almuerzo y cena: carne asada (ave o vacuno), un huevo poché, hortalizas frescas, puré de papas, frutas frescas, pan blanco.

No se aconseja repollo, coliflor, lentejas, porotos, habas, cebollas, porque provocan meteorismo y confieren un gusto especial a la leche.

Es de buena práctica ordenar la continuación de la ingestión del complemento vitamínico mineral prescrito en el embarazo por cuantos las necesidades aumentadas de la puérpera así lo requieren. Se permite la ingestión de agua a voluntad, prohibiendo las bebidas alcohólicas de todo tipo.

El régimen de la puérpera que amamanta a su hijo depende varios factores: El tipo constitucional y endocrino, la ocupación, necesidades propias y para mejorar la leche.

La necesidad calórica de la puérpera y de la madre que amamanta oscila alrededor de 3000 calorías.

HIGIENE CORPORAL

Consiste en al aseo de agua tibia y jabón, Se permite una ducha diaria de corta duración que incluye el lavado de la cabeza a partir del quinto día.

Se proscribe el baño de inmersión hasta pasados los 45 – 60 días del parto, No se aconseja el uso de fajas por que debilitan los músculos y retardan su recuperación.

HIGIENE GENITAL

Hasta los 21 días se practican tres lavados de los genitales externos con jabón y agua estéril tibia en una palangana o bidé, previamente desinfectados por la llama de una pequeña cantidad de alcohol.

No se permite la lluvia del bidé hasta pasados de los 21 días. Se cubrirá la vulva, una vez secada cuidadosamente, con apósitos de algodón.

HIGIENE SEXUAL

En previsión de hemorragias e infecciones se interrumpen las relaciones sexuales hasta pasada la 6ta semana del puerperio.

PUERPERIO PATOLÓGICO

Dentro del puerperio patológico se encuentra 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.

Hemorragia obstétrica posparto Inmediatas

Es la pérdida sanguínea que excede los 500 mL durante las primeras 24 horas después de un parto vaginal, o más de 1,000 mL después de alguna cesárea o, bien, que produzca alteraciones hemodinámicas.

También se considera a la disminución en la concentración de hemoglobina de 3 g o más y al hematocrito en más de 10% de los valores previos.

Según el sitio de origen, se puede clasificar en:

Uterinas:

Hipotonía o atonía uterina, retención placentaria y/o restos placentación anormal (Acretismo) inversión uterina, traumatismo uterino (rotura uterina, desgarro cervical).

Atonía uterina

Es la pérdida del tono de la musculatura del útero que conlleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto.

Cuando la madre expulsa al bebé y a la placenta, se desencadena un mecanismo de suma importancia: se trata de una potente contracción uterina cuya función es el cierre de los vasos sanguíneos del útero. Gracias a esta contracción, el sangrado es mínimo en la madre.

Cuando este mecanismo no se produce, se origina la atonía uterina o inercia y el resultado es una importante hemorragia con presencia de hematoma en labios superiores y un intenso dolor con acumulación de coágulos internos.

Retención placentaria

Es a la falta de expulsión dentro de los primeros 30 minutos posteriores al nacimiento o de una expulsión parcial de la misma, (dejando restos placentarios)

Ácreta: Que llega al miometrio.

Íncrета: Que invade el miometrio.

Percreta: Llega al peritoneo visceral y a las estructuras vecinas.

Rotura Uterina

Se debe a la debilidad de la pared Uterina en el sitio de la cicatriz de una cesárea anterior, estas roturas pueden ser espontanea o traumáticas,

Espontanea

Se debe mencionar las miomectomias previas, una antigua perforación en un raspado o un embarazo angular, algún caso se ha originado por la debilidad de la pared uterina por hipoplasia.

Traumáticas

Son las que se observas caídas violentas, accidentes de tránsito, ósea todo trauma directo al vientre del paciente.

En cuanto al sitio de la lesión, esta se asienta casi siempre en el cuerpo uterino (cara anterior, fondo), diferenciándose así de la rotura de cesárea segmentaria anterior donde se rompe el segmento inferior.

Dentro de los síntomas el cuadro es agudo con shock, gran dolor con manifestaciones de hemorragias internas acompañados de molestias abdominales de moderada intensidad.

Dentro del Diagnóstico, El antecedente de la operación anterior conduce al diagnóstico, a veces el feto es fácilmente palpable debajo de la pared abdominal.

Los síntomas nos indica la gravedad del caso mientras se pasan las horas más evidente es, En este caso el dolor espontaneo o provocado, sobre el sitio de la cicatriz es muy sugestivo en favor de la existencia de la complicación.

TRATAMIENTO

Exclusivamente Quirúrgico, previa observación del estado general, Evacuación total del Útero y si el estado de la rotura lo permite suturar la lesión después de resecar los bordes de las herida.

Si esta fuera anfractuosa o muy amplia, efectuar Histerectomía subtotal con conservación de anexos.

INVERSIÓN UTERINA

Es una complicación puerperal poco frecuente pero que cuando se observa es muy grave, se relaciona con el manejo inadecuado del tercer periodo del parto.

Se entiende por inversión un proceso que ocasiona la invaginación del órgano dentro de sí mismo, comenzando por su fondo y que en su curso evolutivo puede pasar a la vagina a través de la parte estrechada del cuello, para hacer su aparición en la vulva en los casos más pronunciado.

1er grado El fondo uterino se halla deprimido como un fondo de botella invertido, sumerge en la cavidad del órgano pero queda por encima del anillo de bandl.

2do grado El útero invaginado franquea el cuello.

3er grado Desciende en la vagina y se exterioriza

4to grado El cuello también se invierte y las paredes vaginales participan en el proceso.

Características Clínicas

El cuadro empieza en la mayoría de los casos en forma brusca,

DOLOR

HEMORRAGIA

SHOCK

SIGNOS FÍSICOS

Cuando la matriz esta exteriorizada aparece por la vagina una tumoración del tamaño de un puño grande que en ocasiones lleva adherida a la placenta.

DIAGNOSTICO

La confusión se observa en el parto de un mioma submucoso o con el simple descenso placentario que se acompaña de hemorragia y shock.

Un medio muy sencillo de hacer con exactitud el diagnóstico es pasar una sonda vesical que al faltar el útero en el hipogastrio se hace perceptible por el tacto rectal.

TRATAMIENTO

El tratamiento es profiláctico y curativo.

Dentro del tratamiento profiláctico, durante el periodo de alumbramiento debe proscribirse en absoluto las tracciones del cordón y las expresiones exageradas antes que la placenta se halle con seguridad desprendida.

En el tratamiento Curativo

Tratamiento del shock, Observar el estado general del paciente: transfusión sanguínea y analéptica como morfina o demerol 1cm.

Tratamiento de la Hemorragia Si la placenta estuviera adherida, desprendimiento manual e inyección de 2 U. de oxitocina por vía intraparietal.

No uterina

Desgarro y hematomas del canal del parto, incluyendo la episiotomía y coagulopatías.

DESGARROS:

Constituyen Lunas de las causas de hemorragia post – parto exclusivo en partos traumáticos, su factor causante debe responsabilizarse a la distensión exagerada que sufre la vagina y el perineo durante el paso de la cabeza fetal

DESGARROS DE LA VULVA, comprenden las heridas de restos del himen presentes en las primíparas y las heridas o desgarros de la horquilla, parauretrales y los labios menores o mayores.

DESGARROS DEL PERINEO, Se dividen en incompletos donde se desgarra la comisura límite vaginoperineal, y Completo donde se desgarra el punto central del perineo, donde la herida está localizada en la parte media perineal entre la comisura vaginal y el ano.

DESGARRO COMPLICADO Donde además del esfínter anal, queda lesionado parte de la mucosa anal, ambos conductos vaginal y anal quedan convertidos en una cloaca común.

Donde si no se trata correctamente se producen complicaciones inmediatas como infección de la herida, curación defectuosa e incontinencia anal.

Episiotomía

Es la incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. Se realiza con tijeras o bisturí y requiere sutura. La episiotomía como técnica preventiva para evitar desgarros está contraindicada por la Organización Mundial de la salud. Las episiotomías no previenen desgarros en o a través del esfínter anal ni desgarros vaginales. De hecho, los desgarros profundos casi nunca ocurren cuando se realiza una episiotomía

COAGULOPATIAS

El organismo materno sufre cambios de la sangre y coagulación para adaptarse a las necesidades gestacionales y a la inevitable pérdida sanguínea durante parto y puerperio. En raras ocasiones debido a procesos patológicos subyacentes se desencadena la coagulación intravascular diseminada.

En estos casos se altera el equilibrio fisiológico de la hemostasia en estos casos hacia situaciones de hipercoagulabilidad, con mayor riesgo de accidentes tromboembólicos, como hacia la incoagulabilidad, con mayor riesgo de hemorragia severa, o ambas. Clínicamente se manifiesta con hemorragia de déficit control y falla orgánica múltiple, constituyendo una de las causas importantes de muerte materna.

DATOS SOBRE LAS HEMORRAGIAS POST PARTO

La hemorragia posparto es la causa más frecuente de muerte materna en todo el mundo. En Ecuador se observa alta tasa de mortalidad debido a esta causa.

En todo el mundo ocurren alrededor de 140,000 muertes por año (una cada cuatro minutos), que dejan secuelas en más de 20 millones de mujeres cada año. Esta complicación sucede frecuentemente en los países subdesarrollados; se calcula una muerte materna por cada mil nacimientos en los lugares donde no se tiene acceso a la hemotransfusión, principalmente por la dificultad de pronosticar la hemorragia obstétrica, las distancias largas e inaccesibles entre el lugar de atención primaria y los centros médicos especializados, y a los malos servicios de transporte que existen en esos lugares.

También, los medicamentos aplicados rutinariamente para el control de la hemorragia posparto, como la oxitocina y la metilergometrina, pierden hasta 80% de su efectividad al exponerse a la luz y el calor.

Más de la mitad de las muertes maternas que ocurren en las 24 horas posparto se deben a sangrado excesivo.

Este tipo de hemorragia ocurre en casi 18% de los nacimientos sin tratamiento uterotónico, cuya causa principal es atonía uterina en más de 80% de los casos, pero disminuye a 6% con el tratamiento convencional de oxitocina y ergometrina, esta última puede provocar efectos colaterales graves y está contraindicada en pacientes con preclamsia.

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E-1 (PGE-1), que pertenece a un grupo de sustancias denominadas autocopias u hormonas de efecto local, ejercido en el mismo sitio donde se producen.

Desde hace más de 20 años, el misoprostol se prescribió para el tratamiento de la úlcera péptica; posteriormente se descubrió su actividad uterotónica, que se aplica para la inducción del aborto, trabajo de parto y hemorragia obstétrica por atonía. (3,4, 5)

La exéresis del útero en una mujer gestante ya sea después de un parto, aborto o en el puerperio, se considera como histerectomía obstétrica, procedimiento quirúrgico mayor, diseñado con el fin de preservar la vida de las mujeres en situaciones de urgencia. Esto involucra necesariamente la condición de un útero que está o ha sido ocupado por una

gestación y que ha evolucionado hacia una condición que requiera la extracción parcial o total del órgano.

Este procedimiento no planeado se ha mantenido en la práctica quirúrgica por más de 130 años, como única alternativa terapéutica en el manejo de la hemorragia y la sepsis, después de grandes esfuerzos conservadores e inútiles. Modificada su frecuencia por las medidas de prevención en el seguimiento de los casos de riesgo, seguirá siendo utilizada en futuras generaciones, en el manejo sobre todo de la hemorragia postparto.

Entre los factores de riesgo que con mayor frecuencia han sido identificados están los antecedentes de cesárea (aumenta 10 a 12 veces su probabilidad), edad mayor de 35 años, haber tenido más de tres hijos, instrumentación uterina previa y antecedentes de hemorragia en el parto anterior con un riesgo relativo.

Las principales causas de histerectomías obstétricas reportadas son:

Ruptura uterina por dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa con una incidencia calculada de 12 %,

Placenta acreta con 4,1 %,

Placenta previa 0,5 %,

Abrupto placentario 23,5 %,

Atonía uterina 23,5 %.

Pocas pacientes han requerido laparotomía inmediata para su corrección. Es necesario hacer un estudio de costo efectividad para determinar la verdadera utilidad de la revisión uterina en estos casos.

El parto pre término como justificación para una revisión uterina no tiene un soporte en la literatura médica, se argumenta que, siendo la infección una de sus causas, la corioamnionitis podría diagnosticarse mediante la revisión uterina. También se ha visto una mayor retención placentaria en los embarazos pretérmino. Dombrowski y colaboradores encontraron una incidencia mayor de retención de placenta en los embarazos de 20 a 26 semanas y en los embarazos menores de 37 semanas, comparados con los embarazos a término.

También se ha visto que la remoción manual de la placenta, en la cesárea, aumenta la tasa de la endometritis puerperal.

Así como el alumbramiento manual no ha sido admitido como técnica sistemática en todos los partos, la revisión uterina ya forma parte de la normativa habitual de muchos centros obstétricos.

La infección puerperal

Es una de las principales complicaciones de la paciente obstétrica; ocurre durante o posterior a la resolución del embarazo en el 1 a 3% de los partos y en el 10 a 30% de las operaciones cesáreas.

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.

Existen factores de riesgo para infección puerperal tanto generales como específicos.

Entre los generales encontramos:

- Anemia,
- Desnutrición,
- Obesidad enfermedades crónicas debilitantes y pobreza,
- Condiciones sanitarias e higiénicas deficientes.

Los factores de riesgo específicos durante el embarazo son:

Control prenatal deficiente,

Aborto inducido en condiciones de riesgo a la salud,

Infecciones de vías urinarias,

Infecciones cervicovaginales,

Procedimientos invasivos de la cavidad uterina con fines diagnósticos y terapéuticos,

Ruptura prematura de membranas de más de seis horas y óbito fetal.

Los factores de riesgo específicos durante el parto son:

Trabajo de parto prolongado,

Exploraciones vaginales múltiples (más de cinco),

Corioamnionitis,

Parto instrumentado (utilización de fórceps),

Desgarros cervicales y vaginoperineales mal reparados,

Revisión manual de la cavidad uterina y pérdida hemática mayor de 500 ml.

Los factores de riesgo específicos durante la cesárea son:

Técnica quirúrgica inadecuada,

Tiempo quirúrgico prolongado, cesárea de urgencia,

Pérdida hemática mayor de 1,000

Ruptura de membranas de más de seis horas.

La etiología de la infección puerperal es de naturaleza poli microbiana y la mayoría de los gérmenes causales habitan en el tracto genital de las mujeres. El efecto sinérgico de la combinación microbiana y de factores predisponentes, así como la presencia de tejido desvitalizado o condiciones generales de resistencia disminuida en el huésped, incrementan exponencialmente la virulencia y patogenicidad de estos gérmenes, dando lugar a la infección puerperal.

Los gérmenes patógenos que causan infección puerperal

Pueden variar de una región a otra, incluso de una unidad hospitalaria a otra; los más frecuentes son:

- a)** Gérmenes aerobios: Estreptococos alfa y betahemolíticos, *Proteus mirabilis*, *E. coli*, *Klebsiella* y *Enterococos*;
- b)** Gérmenes anaerobios: *Bacteroides fragilis*, *Peptoestreptococos*, *Clostridium perfringens*, *Bacteroides* y *Fuso bacterias*,
- c)** Otros: *Mycoplasma hominis* y *Chlamydia trachomatis*.

Las formas clínicas de presentación pueden ser infección puerperal localizada o infección puerperal propagada.

La infección localizada se puede presentar en lesiones, laceraciones o pérdida de la continuidad del periné, vulva, vagina y cuello, en el sitio de la episiorrafia, de la herida quirúrgica de la operación cesárea o en el endometrio (endometritis).

En la infección propagada se comprometen varios órganos genitales internos y el peritoneo, y pueden llegar a choque séptico.

La Endometritis puerperal

Constituye la causa más frecuente de infección puerperal, Se relaciona con la invasión de la decidua por gérmenes patógenos.

Endometritis puerperal se manifiesta entre el segundo y quinto días del puerperio y constituye la causa más frecuente de infección puerperal, acompañada de fiebre en este período.

La rápida administración de antibióticos suele detener la evolución del cuadro clínico en este estadio y permite evitar la extensión de la infección.

Los síntomas y signos más frecuentes son:

Fiebre elevada de 38-40 °C,

Acompañada generalmente de escalofríos,

Taquisfigmia que guarda relación con el aumento de la temperatura,

Útero su involucionado, blando y doloroso,

Loquios abundantes, oscuros (achocolatados o seropurulentos).

El cuadro clínico se inicia por la general al 3er día y se caracteriza por:

- Temperatura de 39-40 °C, con escalofríos.
- Taquicardia relacionada con la hipertermia.
- Toma del estado general, astenia, anorexia e insomnio.
- Utero su involucionado, blando, con dolor espontáneo y al tacto.
- Cuello generalmente abierto, aunque puede estar cerrado y haber secreción loquial o de pus.
- Los anejos uterinos generalmente están libres.
- Loquios abundantes, grises, seropurulentos, achocolatados y fétidos

Existen variedades como:

Séptica: poca reacción y fuerte invasión bacteriana profunda. Pocos loquios y sin fetidez.

Etiología: Estreptococo o Estafilococo.

Pútrida: Fuerte reacción superficial, abundante tejido necrótico, loquios copiosos, espesos y fétidos. Etiología: anaerobios

Parenquimatosa: Infección alcanza capas musculares. Útero grande y blanduzco. Puede ser simple y supurada.

Discanté o gangrenosa: Se forman zonas esfaceladas en pleno músculo uterino que son eliminadas naturalmente o que pueden dar lugar a la perforación de la pared y a la peritonitis..
Loquios abundantes, negruzcos y muy consistentes

Loquiometra: Cuando el flujo de loquios o su arrastre hacia el exterior es dificultado por anteversión exagerada del cuerpo uterino que ocluye el orificio del cuello y las secreciones se acumulan en la cavidad uterina.

TRATAMIENTO

Clindamicina 900mg iv c/8horas

Gentamicina 160mg iv c/24horas (3 – 5 mg/kg día).

Ceftriaxona 1gr, c/12horas más metronidazol de 500mg IV c/12horas.

Luego de 48 horas se encuentra a febril se utilizara Clindamicina de 300mg V O. c/8 horas por 7 a 10 días.

Si en 48 – 72 horas la fiebre no cede y no se alivian el resto de síntomas, modifican el régimen de antibiótico ante de la sospecha de resistencia y agregar.

Ampicilina 1gr IV c/6horas o Vancomicina 1gr IV C/12horas si es alérgica a Betalactamicos.

MEDIDAS GENERALES

Nada por vía Oral

Mantener vías aéreas permeables y administrar oxígeno a 6 litros/minuto por mascara o cánula nasal.

Control de Signos Vitales cada 30 minutos en búsqueda de cambios que alerten la aparición de shock séptico.

Hidratar con cristaloides 1000 a 2000ml de solución salina normal al 0,9% solución de Ringer.

En los casos de abscesos o dehiscencia de la herida se deberá:

Abrir la herida completamente, mediante el retiro de las suturas quirúrgicas, descartar posible fascitis, desbridamiento, limpieza de la herida al menos 2 veces al día, lavado después de la defecación, antibioticoterapia y reparación secundaria cuando la herida ya esté libre de infección, celulitis y exudado y cubierta por tejido de granulación.

Salpingitis y salpingooforitis Puerperal

La infección por anaerobios es causa de intensa fetidez. Salpingitis y salpingooforitis puerperal esta condición se produce cuando la infección puerperal se propaga a las trompas de Falopio y/o ovarios.

En algunas condiciones poco frecuentes se desarrollan abscesos tuboováricos como complicación de la infección puerperal. Los síntomas y signos son de aparición tardía, entre el octavo y el décimo día del puerperio y entre los más frecuentes tenemos:

Fiebre elevada,

Taquisfigmia,

Dolor en hemiabdomen inferior,

Irritación peritoneal,

Subinvolución uterina, presencia o no de masas anexiales.

Diagnostico

Se realiza mediante exámenes de laboratorio: biometría hemática, cultivo de secreción de cavidad uterina, hemocultivo, EGO y urocultivo. estudios de gabinete; ultrasonido pélvico y endovaginal y rayos x.

Tratamiento:

Penicilina sódica cristalina 3-5 millones de unidades por vía intravenosa cada 4 horas más Gentamicina 80 mg por vía intravenosa cada 8 horas. Esta combinación debe administrarse durante 7 a 15 días, según respuesta.

En los casos en que se sospeche infección por gérmenes anaerobios se recomienda añadir al esquema anterior Metronidazol 500 mg por vía intravenosa cada 8 horas .2. Clindamicina 600 mg por vía intravenosa cada 6 horas más Gentamicina 80 mg por vía intravenosa cada 8 horas, durante un período de 7 a 15 días, según respuesta de la paciente.

Las cefalosporinas u otros antibióticos se utilizarán acorde al resultado del antibiograma o cuando el proceso no haya remitido con los esquemas de tratamientos previos.

Vulvitis puerperal:

Se observa en los 1ros días del puerperio, a nivel de los desgarros de la vulva y el perine. Si solo están afectados los planos superficiales se caracteriza por una discreta elevación de la T° y dolor al tacto, la cual se halla recubierta de una capa Pseudomembranosa grisácea.

En algunos casos puede evolucionar e invadir vía linfática el parametrio y producir Parametritis. Cura por lo general rápidamente con simple tx local.

Vaginitis Puerperal:

Es excepcional. Se asemeja en clínica y tx a vulvitis. Si se hace su Dx es conveniente investigar existencia de Parametritis o endometritis, producidas por vecindad o concomitantes.

El tratamiento de infecciones superficiales: curaciones locales con soluciones antisépticas. Antibioticoterapia: ampicilina 500 mg por vía oral cada 6 horas de 7 a 15 días. o Cefalexina 500 mg por vía oral cada 8 horas de 7 a 16 días o Gentamicina 80 mg intramuscular cada 8 horas de 7 a 15 días.

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS

La infección de vías urinarias (IVU) es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la vejiga o el riñón. Los síntomas que acompañan a una infección de orina varían de acuerdo al sitio de la infección, pero también pueden ser asintomáticas.

Las infecciones de vías urinarias constituyen una de las complicaciones infecciosas más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad tanto materna cuanto perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos. Las mujeres embarazadas desarrollan de manera fácil infecciones de vías urinarias (IVU) debido a cambios funcionales, hormonales y anatómicos, además de la localización del meato uretral expuesta a bacterias uropatógenas y de vagina que acceden al tracto urinario. *Escherichia coli* es el patógeno más frecuentemente aislado en IVU durante el embarazo.

Se clasifica de acuerdo al sitio de proliferación de las bacterias en: bacteriuria asintomática (orina), cistitis (vejiga), pielonefritis (riñón)

Bacteriuria Asintomática

Se define con la presencia de bacterias en orina detectadas por urocultivo (más de 100.000 unidades formadoras de colonias/mL sin síntomas típicos de infección aguda del tracto urinario.

Cistitis Aguda

Es la infección bacteriana del tracto urinario bajo que se acompaña de los siguientes signos y síntomas: urgencia, frecuencia, disuria, piuria y hematuria; sin evidencia de afección sistémica.

Pielonefritis Aguda

Es la infección de la vía excretora urinaria alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones que se acompaña de fiebre, escalofrío, malestar general, dolor costovertebral y, en ocasiones, náusea, vómito y deshidratación.

Manifestaciones Clínicas

Desarrollar una hipertensión durante la hipertensión

Dolor o ardor para orinar (disuria)

Necesidad de orinar con frecuencia. (Polaquiuria)

Dificultad en retener la orina.

Ganas de orinar aunque la vejiga esté vacía.

Dolor o sensación de peso en la vejiga

Fiebre

Dolor lumbar

Escalofríos

Nausea y vómitos

Complicaciones en la Infecciones de Vías Urinarias

Infecciones de vías urinarias después del parto en la madre

Amenaza de aborto

Síndrome séptico

Necrosis tubular y glomerular

Parto prematuro

Insuficiencia renal

Uremia

Aborto

Sepsis neonatal

Muerte fetal

Retardo del Crecimiento intrauterino

AFECTACIONES PSICOLÓGICOS EN EL PUERPERIO

PSICOSIS PUERPERAL

Es el trastorno mental grave que puede aparecer durante el puerperio. Se Observa a la mujeres que tienen episodios de trastornos depresivos o esquizofrénicos previos y antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas.

Consiste con la pérdida del contacto con la realidad, agitación, confusión, alucinaciones vividas delirios paranoicos y comportamientos violentos.

DEPRESIÓN POST-PARTO

Este Síndrome se va a Observa una depresión, delirios y pensamientos de hacerse daño ella y al recién nacido. Generalmente ocasionado por alteraciones orgánicas, hormonales, clínicas, o psicológicas, con una duración de meses hasta 1 año según la evolución al tratamiento. Su etiología se desconoce pero se presenta por lo general en pacientes con hijos no deseados, embarazos productos de una violación, madres con fetos con malformaciones, o muerte fetal, primigesta adolescente. Es posible que esta patología sea desapercibida por los familiares y profesionales de la salud.

TRISTEZA PUERPERAL

Se la considera por ser un periodo transitorio, que empieza después del parto, sobre todo en primíparas. Presenta episodios de llantos, inquietud, insomnio, confusión, sensación de agotamiento, alteraciones del apetito y muchas veces cefaleas.

SÍNDROME HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

Es el aumento en la tensión arterial en una mujer embarazada que cursa con más de 20 semanas de gestación, acompañada de proteinuria y puede durar hasta la finalización del puerperio y en algunos casos convulsión.

La etiología se desconoce, se aducen factores múltiples que se asocian con la pre eclampsia y eclampsia, por alteraciones renales, isquemia útero placentaria, factores inmunológicos como: incompatibilidad sanguínea, reacción inmunológica a los antígenos de histocompatibilidad aportadas por la unidad feto placentaria, similitud notable entre varios antígenos de origen placentario con antígenos renales capaces de inducir alteraciones glomerulares, anomalías de la placentación, deficiencias de prostaciclina, síntesis aumentada de endotelina, activación del sistema hemostático, vaso espasmo. Factores de riesgo Edad (menor de 20 y mayor de 35 años.) Ganancia exagerada de peso materno: mayor de dos kilogramo por mes. Bajo nivel socioeconómico. Nuliparidad. Antecedentes familiares de diabetes. Embarazos múltiples. Edema patológico del embarazo. Enfermedad renal previa. Polihidramnios. Lupus eritematoso. 17 Antecedentes de preeclampsia, se incrementa en 10 veces en comparación con la población en general. Antecedentes de hipertensión crónica. Síndrome antifosfolípidos. Incompatibilidad al Rh.

HIPERTENSIÓN CRÓNICA

Es la elevación de la presión arterial antes de las 20 semanas de gestación o antes de estar embarazada y que persiste luego de las 12 semanas post-parto. En el caso de presión arterial crónica se obtiene la presión diastólica de 140/90 mm/hg o más en dos lecturas consecutivas tomadas con un intervalo de cuatro a más horas con proteinuria en tirilla reactiva NEGATIVA.

HIPERTENSIÓN CRÓNICA CON PREECLAMPSIA SOBRE AGREGADA

Es la aparición de presión arterial mayor a 140/90mm/hg. Antes de las 20 semanas de gestación o previo al embarazo con proteinuria en tirilla reactiva +/++/+++ pasadas las 20 semanas de gestación.

HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO

Se presenta después de las 20 semanas de embarazo o durante el trabajo de parto en las ó a las 48 horas que siguen al parto. La presión arterial es mayor o igual a 140/90 mm /hg (presión arterial diastólica de 90mm /hg). No hay proteinuria.

PREECLAMPSIA

Se presenta después de las 20 semanas de gestación en mujeres previamente normotensa con tensión arterial mayor o igual a 140/90 mm /hg en posición sentada, luego en reposo

GLANDULA MAMARIAS

Dentro de las complicaciones de las **glándulas mamarias** se encuentra la:

Mastitis puerperal

Que se define como un proceso inflamatorio-infeccioso de la glándula mamaria durante la etapa puerperal; pueden dividirse en dos variantes que son la de tipo epidémica y la no epidémica.

Mastitis puerperal epidémica es aquella adquirida intrahospitalariamente en el puerperio, y corresponde al 5% de las mastitis puerperales.

Etiología: cepa virulenta de estafilococo *aureus*, resistente a penicilina transmitida por el neonato al momento de succionar.

Esta variante de mastitis se asocia a infecciones en el neonato y resulta en alta morbilidad; la mortalidad es infrecuente en casos tratados.

Cuadro clínico presencia de proceso inflamatorio agudo con pus a la compresión del pezón, en algunos casos que se presenta en los 3 a 7 días de iniciada la lactancia.

Está indicada la suspensión de la lactancia, ya que de continuarla existe riesgo de persistencia o recurrencia de la infección, con la formación de abscesos y riesgo de sepsis.

Tratamiento local: calor local con compresas húmedo-calientes, limpieza de piel y drenaje de abscesos.

Antibioticoterapia inicial con dicloxacilina o cefalosporinas (1 a 2 gramos al día en 4 tomas por 10 días).

Siempre deberá realizarse cultivo, antibiograma y cambio de antibiótico según resultados. En casos graves se utilizará la vía intravenosa.

La vigilancia estrecha en todos los casos de mastitis y en especial en las puerperales epidémicas es indispensable.

Son datos de proceso infeccioso grave y por tanto de manejo como paciente internada y con antibióticos intravenosos: a) Fiebre mayor a 39°C, persistente o intermitente por más de 48 horas) Involucración de un área igual o mayor al 50% de la mama. c) Leucocitosis superior a 15,000.d) Abscesos retromamarios. No respuesta a tratamiento antibiótico inicial. f) Datos clínicos de sepsis: existencia de 2 sitios diferentes de infección; por ejemplo: Vías urinarias y la mama, o herida quirúrgica de cesárea y la mama.

Mastitis puerperal no epidémica la más común de las mastitis puerperales. Por lo común ocurre en los primeros cuatro meses de la lactancia. El 1 y 2% de las pacientes presentarán un cuadro de mastitis; parece ser más común en primíparas.

Esta entidad es frecuentemente precedida de pezones agrietados y ectasia láctea.

Cuadro clínico se encuentra una zona de induración progresiva, dolor, hiperestesia; la piel que cubre la zona afectada muestra hiperemia, hipertermia y se encuentra tensa. Puede existir, asociado, cuadro febril, ataque al estado general y leucocitosis.

La fiebre puede llegar a 41°C. En algunos casos aparece una zona fluctuante a los 3 a 7 días de inicio del cuadro, se incrementa el cuadro inflamatorio y se abre al exterior un absceso con drenaje purulento. Los ganglios axilares pueden estar aumentados de tamaño.

Una clasificación de los procesos inflamatorios de la mama en la mujer lactante que toma en consideración el número de leucocitos y bacterias en leche es la siguiente: La mastitis infecciosa sin tratamiento se asocia a progresión y formación de abscesos en un 25% de casos.

La asociación de vaciamiento ductal y antibioticoterapia logra un índice de curaciones sin formación de abscesos del 95%, y se disminuye el periodo sintomático a sólo 2 a 4 días.

La etiología de este tipo de mastitis es bacteriana, generalmente estafilococo aureus y estreptococo; raras veces se cultivan enterococos y difteroides.

El diagnóstico se hace clínicamente, la suspensión de la lactancia puede no ser necesaria en todos los casos. En las mastitis leves puede lactarse del lado con "tiraleche" del lado afectado por la infección.

Una vez controlado el proceso podrá reiniciarse la lactancia bilateral.

En casos asociados a secreción purulenta, abscesos o cuadro séptico en la madre deberá suspenderse la lactancia.

Aunque frecuentemente al suspender la lactancia se autoinhibe la secreción de leche, pueden utilizarse medicamentos como el estilbestrol, el enantato de testosterona/valerato de estradiol o la bromocriptina, para inhibir completamente la formación láctea.

Tratamiento dicloxacilina a dosis de 500 mg VO cada 6 horas por 10 días.

En cuadros severos puede utilizarse nafcilina a dosis de 4 a 12 gramos por día dependiendo de lo severo del cuadro.

Para casos resistentes se han usado con éxito antibióticos como vancomicina intravenosa, el trimetoprim-sulfametoxazol y cefalosporinas de 3ª generación.

El manejo con incisión y drenaje se realizará en cuanto exista evidencia de absceso, se intentará una incisión incisión cosméticamente aceptable y se extraerá el pus y detritus, respetando el tejido sano. Los cuadros de mastitis puerperal, tratados adecuadamente, no interfieren con la posibilidad de lactar a un producto de embarazo posterior.

PATOLOGÍA PUERPERAL MAMARIA NO INFECCIOSA ALTERACIONES

FUNCIONALES

Hipogalactia: La disminución de la secreción láctea es el fenómeno más frecuente y puede ocurrir desde el principio o a continuación de un periodo más o menos breve de la lactancia normal.

Hipergalactia: La secreción excesiva de leche apenas puede ser considerada como un defecto molesto para la puérpera mientras está asegurada su adecuada excreción del pezón. La hipergalactia en el periodo normal de amamantamiento se debería probablemente a un aumento de la prolactina.

3. MATERIALES Y MÉTODOS.

3.1 MATERIALES

3.1.1 LOCALIZACIÓN

La investigación realizada en este documento se la realizo en el Hospital León Becerra Camacho, Ubicado en la Calles Eloy Alfaro y Epiclachima de la Ciudad de Milagro.

3.1.2 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La presente tesis se la realizo entre el mes de Septiembre del 2015 a febrero del 2016.

3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.1.3.1 FÍSICOS

- HOSPITAL LEON BECERRA CAAMACHO DE LA CIUDAD DE MILAGRO
- UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

3.1.3.2 HUMANOS

- AUTOR

- TUTOR DE TESIS
- RECURSO HUMANO DEL HOSPITAL LEON BECERRA CAAMACHO DE LA CIUDAD DE MILAGRO (AREA DE ESTADISTICA E INFORMACION)
- PERSONAL QUE APORTO AL TEMA.

3.1.3.3 UNIVERSO

Pacientes atendidas por parto normal y cesáreas que fueron un total 985 durante el periodo de estudio de septiembre del 2015 a febrero del 2016, en el hospital león becerra Camacho de la ciudad de milagro.

3.1.3.4 MUESTRA

Pacientes de parto normal y cesárea que en el periodo de estudio presentaron complicaciones puerperales que fueron un total de 36.

3.2 Metodología

3.2.1 Enfoque: cuantitativo.

3.2.2 Diseño de investigación: no experimental, Esta investigación se la Obtuvo de forma estadística, es decir no mantuvimos bajo control a la muestra investigada.

3.2.3 Tipo de investigación: corte retrospectivo, transversal

3.2.4 Método de investigación teórico: analítico y observacional,

3.2.5 PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN

Presentamos la solicitud en el área estadísticas del Hospital León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro, en la cual fue aprobada procedimos a revisar las Historias clínicas de las pacientes atendidas entre el mes septiembre del 2015 al mes de febrero del 2016.

3.2.6 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Para analizar la información se utilizaron medios manuales como Micro Excel para realizar tabulaciones de los datos obtenidos.

3.2.6.1 Criterios de inclusión.

Se incluyen Pacientes que fueron Transferida a otra Unidad de Salud de mayor complejidad, debido que el Hospital León Becerra Camacho de la ciudad Milagro se lo considera una unidad de salud de 2do nivel en la cual no puede valorar diagnostico con complicaciones Graves.

3.2.6.2 Criterios de exclusión.

Se excluyeron pacientes que se Encontraban fuera del período de puerperio y pacientes que no se les podía realizar seguimiento durante su puerperio por motivos que no seguían sus controles post natales en el subcentro de salud respectivo.

Materiales.

Manipulador uterino

Pinzas Kellys

Pinzas de pean

Especulo Cusculo Virginal

Pinza De Aro

Portaguja

Especulo Collin Vaginal

Valva Doyen

Especulo Kogan

Pinza Erina Para Tomar Cuello Uterino

Pinza Biopsia Schumacher

Curetas Novak

Forceps Simpson

3.3 OPERACIONALIZACION VARIABLES

3.3.1 Variables de investigación

Complicaciones

Hemorragia

Desgarros

Infecciones puerperal

3.3.2 Variable de caracterización

Edad

Procedencia

Nivel de instrucción

Desnutrición

Atención del parto o cesárea

Obstetra

Médico

Infección presente

HTA

Nivel social bajo

OPERACIONALIZACION VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES	FUENTE
V. INVESTIGACIÓN Puerperio Complicado	Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer las complicaciones.	Hemorragia Desgarros Infecciones puerperal	Historia clínica
V. DE CARACTERIZACIÓN	Retención de restos placentarios Rotura de varices Miomas Misceláneas	Edad Procedencia Nivel de instrucción Desnutrición Atención del parto o cesárea Infección presente HTA Nivel social bajo	Historia clínica

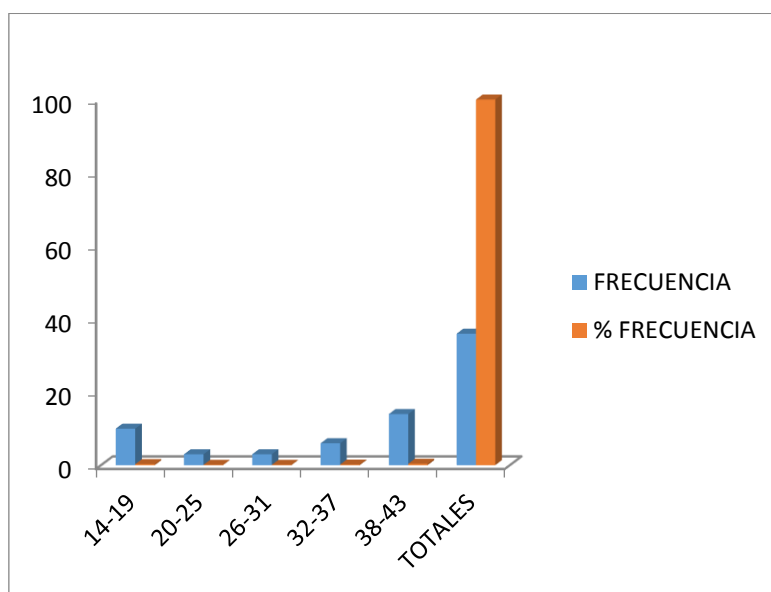
4. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Cuadro # 1

FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO SEGÚN GRUPO DE EDADES HOSPITAL LEON BECERRA CAAMACHO ENTRE EL AÑOS 2015 – 2016

EDADES	FRECUENCIA	FRECUENCIA
14-19	10	28%
20-25	3	8%
26-31	3	8%
32-37	6	17%
38-43	14	39%
TOTALES	36	100

GRUPO EDADES



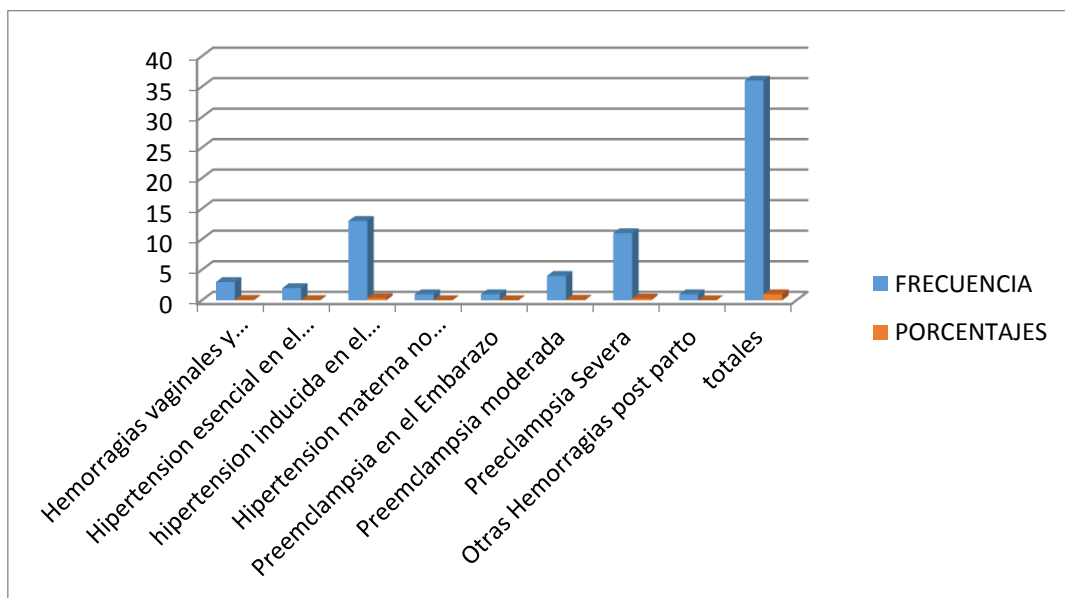
Análisis: Los factores asociados y complicaciones en puerperio se presentan con más frecuencias en pacientes de 14-19 años con un 39%, luego siguen las pacientes de 14 - 19 años con un 28%, mientras que de 32 – 37 años con un 17%, el 8% en edades de 20 a 25 años, como también las de edades 26 a 31 años con el 8%.

Cuadro # 2

FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO SEGÚN SUS CAUSAS
HOSPITAL LEON BECERRA CAAMACHO DE LA CIUDAD DE MILAGRO ENTRE EL AÑOS 2015 – 2016

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Hemorragias vaginales y uterinas	3	8%
Hipertensión esencial en el Embarazo	2	6%
hipertensión inducida en el embarazo	13	36%
Hipertensión materna no especifica	1	3%
Preeclampsia en el Embarazo	1	3%
Preeclampsia moderada	4	11%
Preeclampsia Severa	11	31%
Otras Hemorragias post parto	1	3%
totales	36	100%

CAUSAS DE COMPLICACIONES PUERPERALES



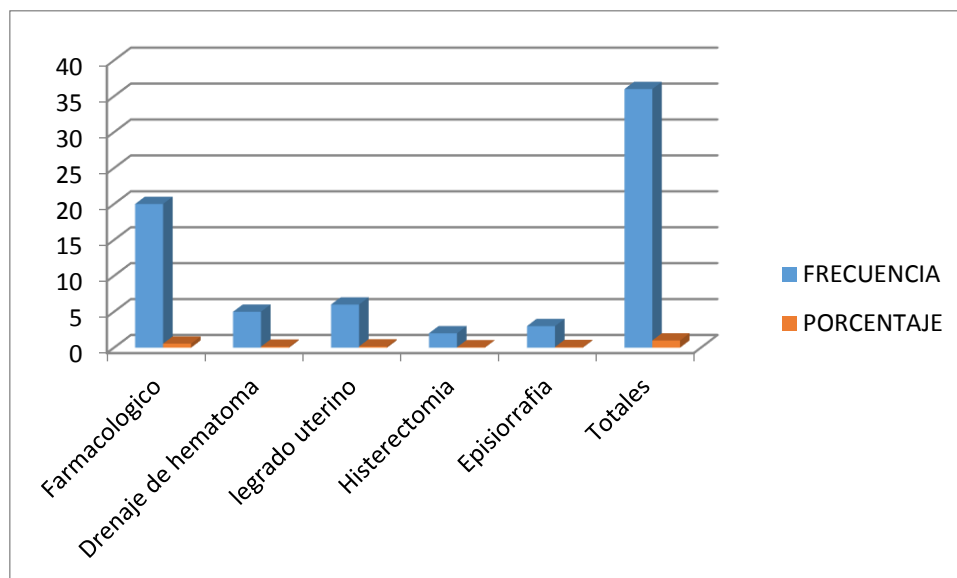
Análisis: Como se observa, el 36 % de las pacientes presentaron Hipertensión inducida en el embarazo, el 31% Preeclampsia severa, el 11% Preeclampsia moderada, el 8% hemorragias vaginales y uterinas, el 6% hipertensión esencial en el embarazo, el 3% hipertensión materna no especifica y el 3% en preeclampsia en el embarazo

Cuadro # 3

MANEJO TERAPEUTICO OBSERVADO EN LAS COMPLICACIONES ENCONTRADAS HOSPITAL LEON BECERRA CAAMACHO DE LA CIUDAD MILAGRO ENTRE 2015 – 2016

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Farmacológico	20	56%
Drenaje de hematoma	5	14%
legrado uterino	6	17%
Histerectomía	2	6%
Episiorrafia	3	8%
Totales	36	100%

MANEJO TERAPÉUTICO



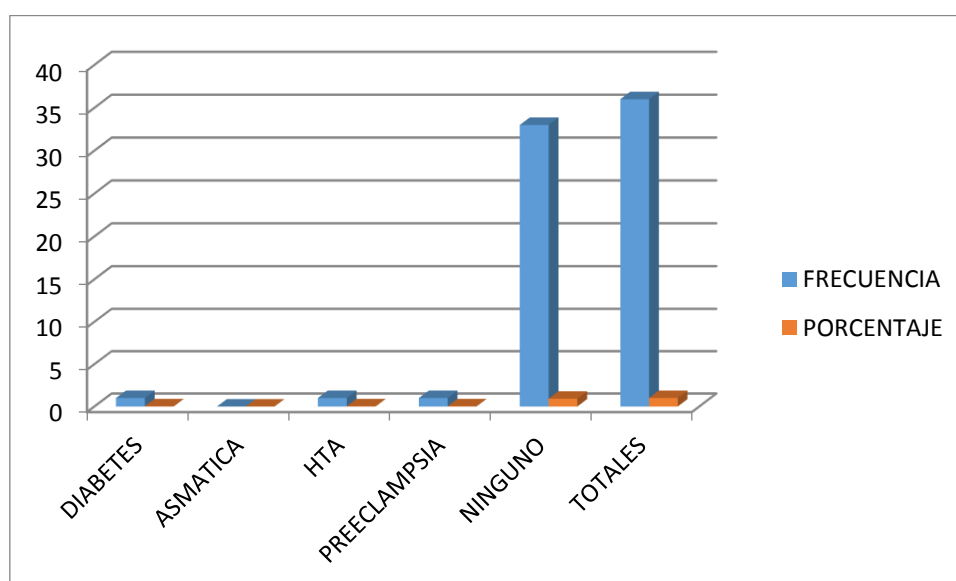
Análisis: Como se observa en la figura 3, el 56% de las pacientes se Le aplica el tratamiento farmacológico, el 17% Legrado Uterino, al 14% se le hizo Drenaje de Hematoma, farmacológicamente, al 8 % de las pacientes se les realizo Episiorrafia y el 6% terminaron en histerectomía.

Cuadro # 4

FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES EN PUERPERIO EN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES ENCONTRADAS HOSPITAL LEON BECERRA CAAMACHO DE LA CIUDAD MILAGRO ENTRE 2015 – 2016

APP	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIABETES	1	3%
ASMATICA	0	0%
HTA	1	3%
PREECLAMPSIA	1	3%
NINGUNO	33	92%
TOTALES	36	100%

ANTECEDENTES PERSONALES



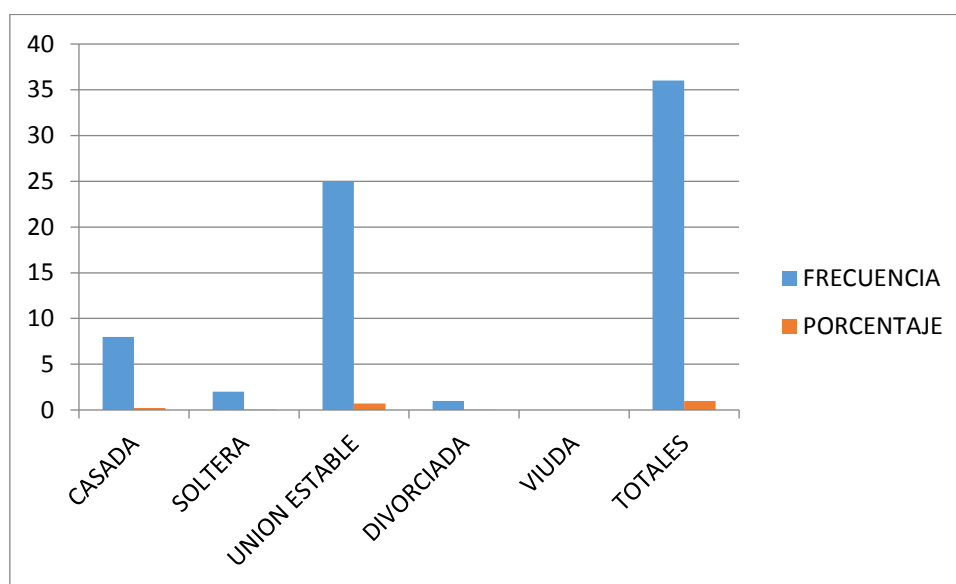
Análisis: Como se observa en el cuadro tenemos un mayor porcentaje que el 92% de pacientes no tienen antecedentes patológicos personal, el 3% presentaban diabetes, el 3% presentaba hipertensión arterial, y solo el 1% preeclampsia.

Cuadro # 5

FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO EN RELACION AL ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAAMACHO ENTRE EL AÑOS 2015 – 2016

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	8	22%
SOLTERA	2	6%
UNION ESTABLE	25	69%
DIVORCIADA	1	3%
VIUDA	0	0%
TOTALES	36	100%

ESTADO CIVIL



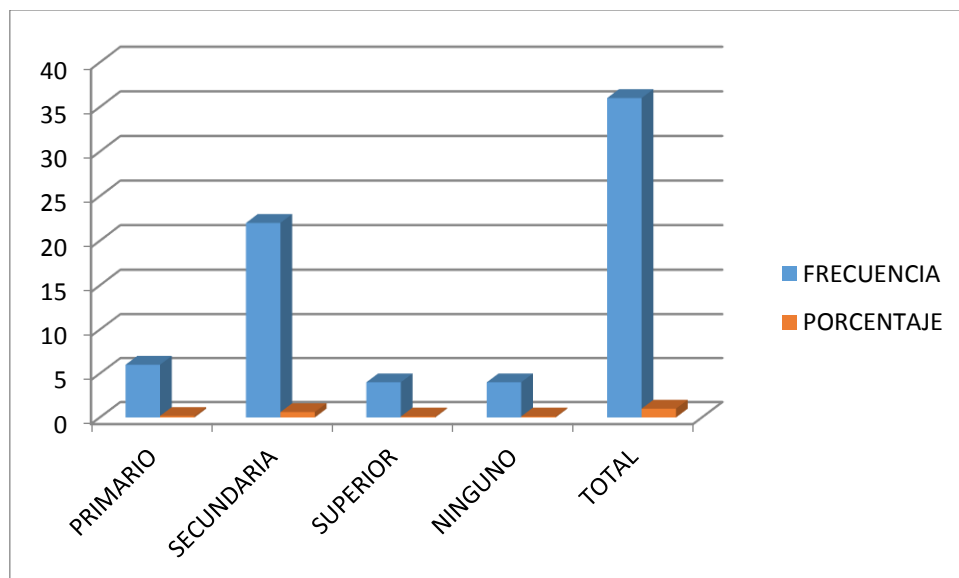
Análisis: Como se observa en el Cuadro # 5, que el 69% % de las pacientes presentaron unión estable, mientras que el 22% están casada.

Cuadro # 6

FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO EN RELACION A NIVEL INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAAMACHO ENTRE EL AÑOS 2015 – 2016

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIO	6	17%
SECUNDARIA	22	61%
SUPERIOR	4	11%
NINGUNO	4	11%
TOTAL	36	100%

NIVEL DE INSTRUCCIÓN



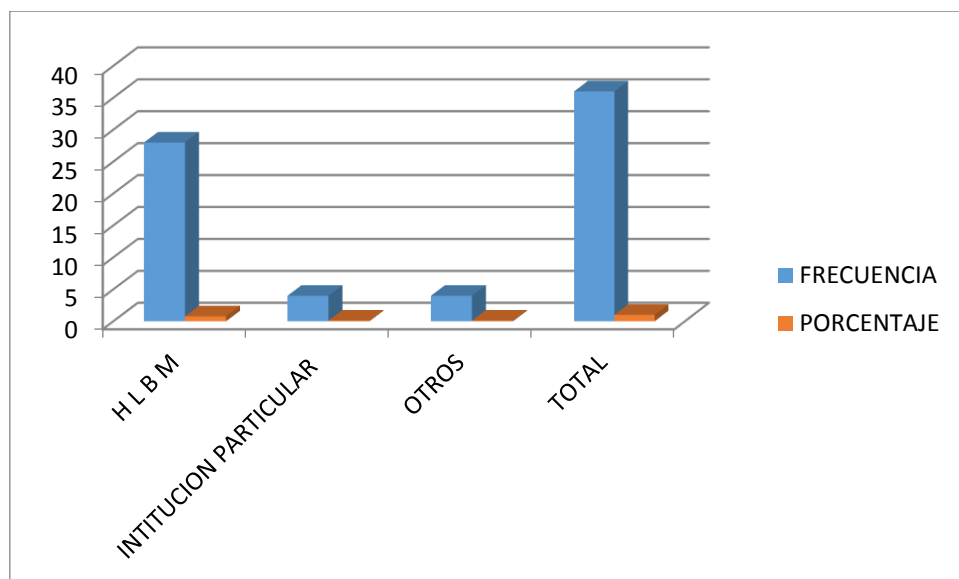
Análisis: Como se observa en el cuadro # 6 que el 61% de las pacientes tiene un nivel de instrucción secundario, el 17% primaria, el 11% superior y el 11% no tienen nivel de instrucción.

Cuadro # 7

FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO EN RELACION AL LUGAR DE ATENCION DEL PARTO Y CESAREA EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAAMACHO ENTRE EL AÑOS 2015 – 2016

INSTITUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
H L B M	28	78%
INTITUCION PARTICULAR	4	11%
OTROS	4	11%
TOTAL	36	100%

LUGAR DE ATENCION DEL PARTO Y CESAREA



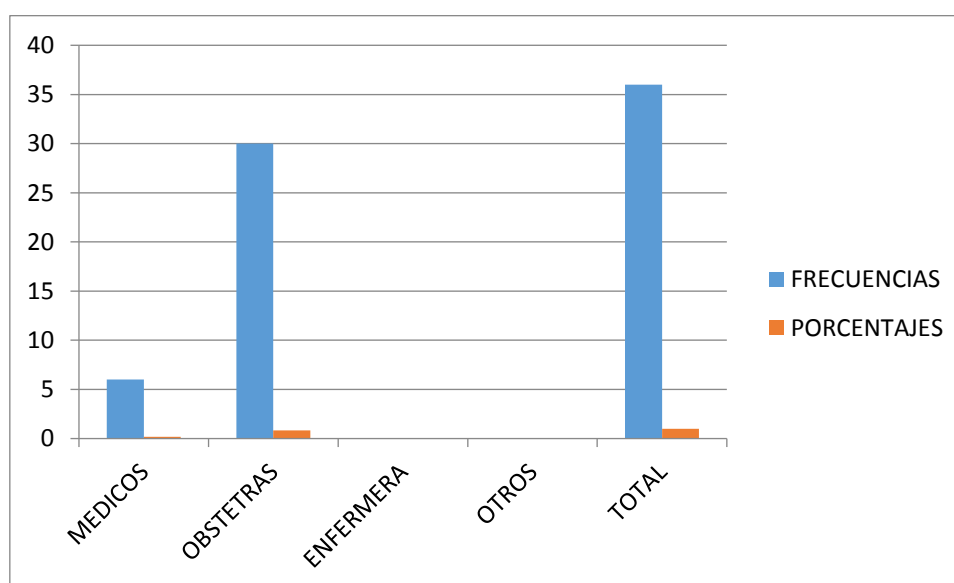
Análisis: En la cuadro # 9, tenemos un mayor porcentaje el 78% de las pacientes fueron atendidas en el hospital León becerra Camacho de la ciudad de milagro, el 11% fueron referidas a Unidades Particulares, el 11 % fueron a otros.

Cuadro # 8

FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO Y PERSONAL QUE ATENDIÓ EL PARTO O CESAREAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAAMACHO ENTRE EL AÑOS 2015 – 2016

PROFESIONAL	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
MEDICOS	6	17%
OBSTETRAS	30	83%
ENFERMERA	0	0%
OTROS	0	0%
TOTAL	36	100%

PERSONAL QUE ATENDIO EL PARTO Y CESÁREA



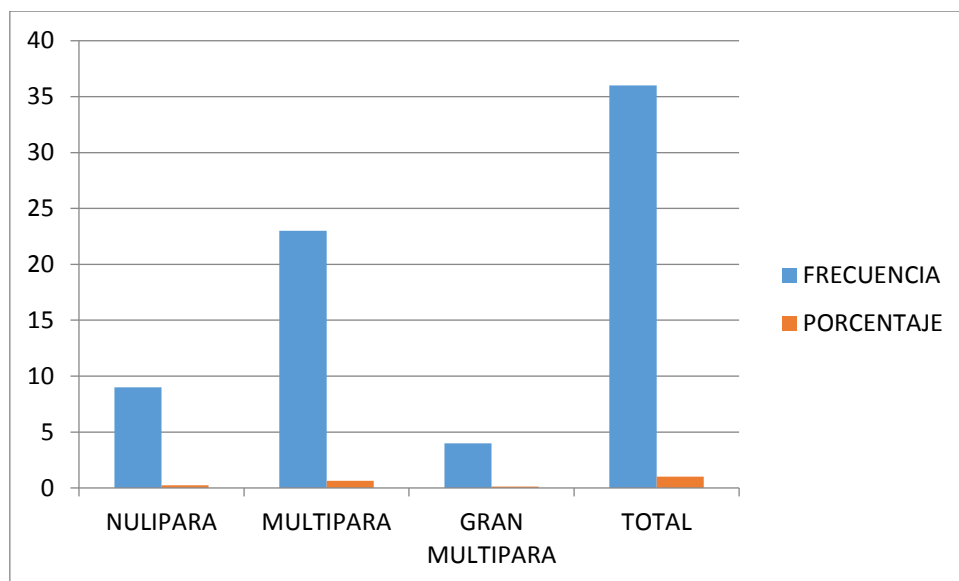
Análisis: En el Cuadro # 9 tenemos un mayor porcentaje el 83% de las pacientes fueron atendidas durante el parto por Obstetras, el 17% de las pacientes fueron atendidas por Médicos.

Cuadro # 9

FACTORES ASOCIADOS Y COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO Y PERSONAL EN RELACION A LA PARIDAD EN EL PARTO O CESAREAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA CAAMACHO ENTRE EL AÑOS 2015 – 2016.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULIPARA	9	25%
MULTIPARA	23	64%
GRAN MULTIPARA	4	11%
TOTAL	36	100%

PARIDAD



Análisis: Como se observa en el cuadro # 9, tenemos un mayor porcentaje que el 23% de las pacientes eran multíparas, el 9 % de la pacientes nulípara, el 4% de las pacientes gran multípara.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Al verificar las tabulaciones coincidimos en la conclusión que de las complicaciones que se

Observa en el puerperio son: con un porcentaje alto la Hipertensión gestacional Inducida en el Embarazo con el 13%, seguido de preeclampsia severa con el 11%, el 4 % con preeclampsia moderada, el 3 % Hemorragias Vaginales y Uterina, y con un nivel inferior la hipertensión esencial preexistente que complica en el embarazo del 2%.

Esta complicaciones fueron controladas farmacológicamente con un 56%, también con técnicas como Legrado uterino instrumental en un 17%, ya que es la técnica que se utiliza también para corregir las complicaciones encontradas, el drenaje de hematomas él 14%, El 8% pertenece a la Episiorrafia, el 6% termina con las histerectomía.

Estas complicaciones se valoraron en pacientes en edades 38 a 43 años con un 39 %, seguidas de mujeres adolescente de 14 a 19 años con un 28% y con él 17% pacientes de 32 a 37 años, edades de 20 a 25 años con el 8% al igual que paciente de 26 a 31 años con el mismo porcentaje de 8%.

En lo relacionado al grado de instrucción de las pacientes, se observa la educación secundaria con un 61 %, el 17% de ellas solo habían disfrutaron de la educación primaria, el 11% tenían un nivel superior y el otro 11 % no tenían un nivel de educación.

En el estado civil se identifican que las pacientes tienen compañeros estables en un 69 % tenían unión libre y el 22% tienen como estado civil casadas, mientras que solo el 6 % no tenían parejas estables.

5.2 RECOMENDACIONES

De Acuerdo al estudio investigativo que se realizó y obtener los resultados de este estudio retrospectivo formulamos las siguientes recomendaciones:

Valorar al paciente durante el proceso del trabajo de parto o cesárea para evitar complicaciones puerperales, mediante el tratamiento específico para aquella patología sobreagregada.

Una vez concluida el trabajo de parto o cesárea, Se considera Realizar control cada 45 minutos para evitar complicaciones, sobre todo en aquellas pacientes que presentaron complicaciones.

Se sugiere que el personal de salud deba estar en constante actualización, sobre los últimos avances médicos para la atención del embarazo, parto, cesárea y puerperio.

Se debe realizar campañas juntos con el Ministerio de Salud Publica en la áreas rurales donde aquellas pacientes donde el acceso de información es casi imposible y es ahí en esa área donde se observa más los factores de riesgo y las complicaciones que pueden presentar.

Con las Sugerencias que se da y la calidad talento humano que manejamos podemos brindarle un mejor estilo de vida a la madre, al hijo y a su entorno familiar.

6. ANEXOS PROPUESTA Y VALIDACIÓN

Justificación

Después de Documentar los factores y las complicaciones que lleva al Puerperio en un problema de salud pública, y ver que en la práctica clínica analizamos incorrectamente sus causas, Debemos adoptar estrategias orientadas a eliminar este problema que aparte de ser de salud también ha demostrado ser social, cultural, biológico que en cierta manera se ve afectado el gran grado de vulnerabilidad de un paciente en el estado de Puerperio. Se debería crear una Guía Salud para el manejo de las Pacientes durante el parto o cesárea, en el puerperio dentro de las Unidad Hospitalaria de 2do nivel para la toma de decisiones efectivas y correctas por parte de los profesionales salud que trabaja en el servicio de admisión de Gineco -Obstetricia, Para así brindar una atención de calidad al paciente desde el momento del ingreso hasta el momento del Alta Medica

Objetivos

1. Eliminar de una vez los factores asociados que complican en el puerperio, entre ellos la desnutrición, Anemia etc.
2. Implementar algún método de cuidados exhaustivos a las pacientes del área de toco-quirúrgico. estas acciones nos ayudaría para promover los cuidados con métodos temporales o definitivos.

Metas

1. Hacer buenos controles durante la atención pre natal así como el trabajo de parto o cesárea hasta la finalización del mismo, para prevenir complicación alguna.
2. Observar la cantidad de oxitócico que se aplica cuando sea necesario a la paciente.
3. Hacer Valoraciones estrictas en el puerperio en las dos primeras horas.

RESPONSABLES

- Médico, Obstetra, interno rotativo que pueda colaborar con el desarrollo del programa

CONTROL Y EVALUACIÓN

- Por los menos 3 veces por semanas se deberían tener la asistencia del personal de salud a la capacitaciones.
- Se debería calificar al personal de salud en cierto periodo de tiempo, para que así tenga un constante conocimiento del tema.

CRONOGRAMA DE TRABAJO

MESES	Sep-15				Oct-15				Dic-15				Ene-16				Feb-16				Mar-16				Abr-16				May-16			
ACTIVIDAD																																
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección de Tema																																
Revisión de Textos bibliográficos																																
Entrega del diseño																																
Aceptación del tema de investigación																																
Elaboración del Anteproyecto																																
Revisión de Textos bibliográficos																																
Aceptación del Anteproyecto																																
Elaboración de tesis																																
Entrevista con la tutora																																
Elaboración del Marco Teórico																																
Elaboración de Metodología																																
Recolección de datos estadísticos																																
Análisis y discusión de resultados																																
Análisis del Borrador de la Tesis																																
Entrevista con tutora de la Tesis																																
Primera Revisión																																
Corrección del borrador de tesis																																
Segunda Revisión																																
Corrección del borrador de tesis																																
Cuarta Revisión																																
Revisión Final																																
Entrega de Tesis																																
Sustentación de Tesis																																

7. BIBLIOGRAFÍA

1. CABERO ROURA Luis Tratado de Ginecología - Obstetricia y Medicina de la Reproducción–tomo 1; año 2003
2. González C, SalasGA, Arroyo LLR Conducta del cuello Uterino durante el embarazo parto y puerperio. Ginecol Obstet Mex 2010; 78 (2): 121 – 127
3. HARRISON. Principios de Medicina Interna, 12ava edición pág. 218-228
4. Rigol O. obstetricia y ginecología. Capítulo 10. Editorial ciencias médicas; 2004;107-111
5. NORMA Y PROTOCOLO MATERNO INFANTIL, 2008 Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
6. SCHWARCZ. Obstetricia, sexta edición año 2005
7. Cassella, Carlos Albert, Dr. Gómez, Vicente Guillermo, Dr. Maidana, Domingo J. Roa puerperio normal, Revista de posgrado de la catedra Via Medicina N* 100 – Diciembre/ 2000 Paginas: (2 – 6)
8. Bernal Roldan, Maria Carmen, Goethe Sanchez, Brungilde, Hernandez Molina, Luz Mery, Munevar Torres, Yolanda, Pardo Torres, Mirian Patricia, Seguimiento a la madre y su recién nacido durante el puerperio, Universidad de Colombia, Facultad de enfermería, Bogotá, 2006, pág., 5.
9. Bejarano Beltrán, Nancy Lucia, Bejarano Beltrán, Preparación para la maternidad y paternidad (un proyecto de vida), Universidad Nacional de Colombia, Bogotá 2008. Pag.188.
10. QUIROGA DR, Cantú MR, Cols. Misoprostol intrauterino para la prevención de la hemorragia post parto.

11. Alexander j Thomas P, Sanghera J. Tratamientos para la hemorragia post parto secundaria. La biblioteca Cochrane plus, 2008, numero 2 págs. 1 - 13

