



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO  
FACULTAD DE SALUD PUBLICA  
ESCUELA DE MEDICINA

“FACTORES DE RIESGO DE PATOLOGIAS  
PUERPERALES. HOSPITAL JOSE MARIA  
VELASCO IBARRA, 2010”

## **TESIS DE GRADO**

Previo a la obtención del título de:

MEDICO GENERAL

Santiago Fernando Pazán Garcés

RIOBAMBA – ECUADOR

2010

## **CERTIFICACION**

La presente investigación fue revisada y se autoriza su presentación.

-----  
Dr. Manuel Jiménez Abad.  
**DIRECTOR DE TESIS**

## CERTIFICADO

El tribunal de tesis certifica que: El trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO DE PATOLOGIAS PUERPERALES. HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA, 2010"; de responsabilidad de Santiago Fernando Pazán Garcés ha sido revisado y se autoriza su publicación.

Dr. Manuel Jiménez Abad.

-----

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Ramiro Estévez.

-----

MIEMBRO DE TESIS

Riobamba, 6 de Diciembre 2010

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Escuela de Medicina por brindar la oportunidad de prepararme a la vida profesional.

Al Hospital José María Velasco Ibarra por abrirme las puertas para realizar el internado rotativo y el siguiente estudio.

A los doctores Manuel Jiménez y Ramiro Estévez quienes con su amistad y sabiduría me apoyaron en la culminación de la presente investigación.

## DEDICATORIA

***Mi alegría, entusiasmo y pasión para estudiar y dedicarme con disciplina a la Medicina ha sido el amor hacia mis padres, hermano, abuelos, tíos, primos, amigos, compañeros y ahora a mi esposa.***

## TABLA DE CONTENIDOS

Indice de tablas.....	7
Indice de gráficos.....	8
Resumen .....	9
<b>I. INTRODUCCION.....</b>	<b>11</b>
<b>II. OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
a.General .....	13
b.Específicos.....	13
<b>III. MARCO TEORICO .....</b>	<b>14</b>
1.Generalidades.....	14
2.Historia.....	15
3.Factores de Riesgo .....	17
primiparidad precoz.....	18
primiparidad tardía .....	19
multiparidad .....	20
edad.....	20
peso .....	21
altura.....	22
antecedentes patológicos personales .....	22
antecedentes patológicos familiares.....	22
4.Patologías Puerperales .....	23
hemorragias del tercer periodo.....	23
coagulación intravascular diseminado (CID): .....	26
defectos de la coagulación .....	27
shock hipovolémico .....	28
atonía uterina .....	32
retención de la placenta y membranas ovulares.....	35
anillos de contracción.....	37
distocias anatómicas.....	38
retención parcial de restos placentarios .....	39
retención de membranas.....	40
desgarro del cuello del útero .....	41
desgarro vaginal.....	42
desgarros vulvoperineales .....	43
complicaciones infecciosas .....	44
infección puerperal.....	44
fiebre después del parto.....	44
endometritis puerperal.....	47
mastitis puerperal.....	48
dehiscencia e infección de herida perineal o abdominal.....	49
complicaciones psíquicas.....	51
<b>IV. METODOLOGIA .....</b>	<b>53</b>
a.Localización y temporalización .....	53
b.VARIABLES .....	53
1.Identificación .....	53
2.Definición de variables .....	54
3.Operacionalización.....	57
c.Tipo y diseño de la investigación .....	58
d.Población, muestra o grupo de estudio .....	59
e.Descripción de procedimientos.....	59
<b>V. RESULTADOS Y DISCUSION.....</b>	<b>61</b>
<b>VI.CONCLUSIONES.....</b>	<b>77</b>
<b>VII.RECOMENDACIONES .....</b>	<b>79</b>
<b>VIII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>80</b>

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1. Causas de hemorragia post parto..... 16

TABLA 2. Condiciones que se asocian con atonía uterina..... 33

TABLA 3. Retención de la placenta y de las membranas ovulares ..... 35

## INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO No.1.....	DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES.....	61
GRAFICO No.2.....	DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN TIPO DE PARTO.....	63
GRAFICO No.3.....	DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES.....	64
GRAFICO No.4.....	DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN LA EDAD.....	66
GRAFICO No. 5 .....	DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN LA PROCEDENCIA DOMICILIARIA.....	67
GRAFICO No.6.....	DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN LA INSTRUCCION.....	69
GRAFICO No.7.....	DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN LA PARIDAD.....	70
GRAFICO No.8.....	DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN EL ESTADO CIVIL.....	71
GRAFICO No.9.....	DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES.....	72
GRAFICO No.10	DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES.....	74
GRAFICO 11	DISTRIBUCION DE MUJERES SEGUN TIPO DE PATOLOGIA PUERPERALES.....	75



## RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo transversal, de los Factores de Riesgo de Patologías Puerperales en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena. Se dio seguimiento a 66 historias clínicas de las cuales se recolectaron: Edad, Procedencia Domiciliaria, Instrucción, Paridad, Estado civil, Antecedentes Patológicos Personales, Familiares y el tipo de Patología Puerperal; los datos fueron tabulados en el programa Microsoft Excel 2007.

Se obtuvieron los siguientes datos: Se atendieron a 1372 mujeres en puerperio de las cuales el 5% presentaron alguna forma de patología puerperal; el 76% fue parto normal y 24% cesárea; el 32% corresponde a nueve controles prenatales y el 39% a ningún control; El rango de edad más frecuente es de 20 a 29 años con el 42%, menores de 19 años con el 38%; El 70% del área Rural; Instrucción Primaria el 50%, 42% secundaria; complicaciones puerperales el 47% en mujeres multíparas, el 38% en primíparas; No existe relación con los antecedentes patológicos personales y familiares; Las patologías presentes son; alumbramiento incompleto 49%, herida infectada 26%, desgarro cervical 6%, hemorragia postparto y dehiscencia de episiorrafia 5%, endometritis e hipotonía uterina 3%, mastitis 2%.

Una buena accesibilidad a casas de salud, entrenamiento óptimo del personal y educación permanente de las gestantes se puede reducir estas enfermedades.

## **SUMMARY**

A cross-sectioned type study of the Risk Factors of Puerperal Pathologies at the Hospital José María Velasco Ibarra of Tena city was carried out. Sixty six clinical histories were followed up with the collection of: age, home, instruction, parity, civil status, personal pathological and family background and the puerperal pathology, the data were tabulated in the Microsoft Excel 2007 program.

The following results were obtained: 1372 puerperal women were treated of whom 5% presented some form of puerperal pathology; 76% had a normal parturition and 24% the Cesarean one; 32% corresponds to nine prenatal controls and 39 to no control. The most frequent age range is 20 to 29 with 42% and 19 with 38%; 70% from rural area; 50% Primary School, 42% secondary; 47% puerperal complications in multiparous females and 38% in primiparous ones. There is no relationship to the personal and family pathological background. The present pathologies are 49% incomplete childbearing, 26% infected wound, 6% cervical tearing, postpartum hemorrhage and 5% episiorraphia dehiscence, 3% uterine endometritis and hipotony, and 2% mastitis.

With a good Access to health centers, optimum staff training and education of the gestating females it is possible to reduce these diseases.

## I. INTRODUCCION.

El nacimiento de un nuevo ser humano debe ser motivo de regocijo, alegría y felicidad para la mujer y la familia, pero este evento muchas de las veces se ve resaltado por desenlaces fatales ya sea durante el embarazo o el parto, siendo el momento del parto y postparto el mayor marcador de morbi-mortalidad para la madre.

Se conoce como Puerperio al período post parto y se divide en diferentes períodos según su relación con el momento del parto: inmediato (abarca las primeras 24 horas), mediato (del segundo día al décimo) y tardío (hasta el día 42). Hallándose en las Patologías puerperales inmediatas las principales causas de mortalidad materna. (1, 2, 5, 6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que la mortalidad materna global reportada en el embarazo y el momento del parto está entre 500.000 – 600.000 muertes anuales. La mayoría de estas muertes (80%) son el resultado de las patologías en el tercer período del parto (puerperio inmediato) en particular de la hemorragia en las primeras cuatro horas posparto y el (20%) se encuentran agravadas por enfermedades que complican la gestación, como el paludismo, la anemia, hepatitis B y el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares ocurriendo la mayoría de éstas muertes en los países subdesarrollados. (1)

Estudios anteriores señalan que en los países en desarrollo, especialmente en el Ecuador 97 madres mueren por cada cien mil nacidos vivos y en el año 2003 reporta 18 % de mortalidad materna por patologías del puerperio inmediato. Además se calcula que 1 de cada 149 mujeres en edad fértil, muere por causa del embarazo, parto o postparto. La mortalidad materna representa un grave problema de salud, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social. (2)

Además en nuestro país, nos enfrentamos al egreso precoz por el desequilibrio existente entre la demanda y la capacidad de oferta instalada y el que muchas de las complicaciones producidas en los partos domiciliarios llegan tarde o no llegan a los centros de atención, haciendo que esta causa de morbi-mortalidad esté directamente ligada a la deficiente calidad de atención, en el parto y post parto inmediato en las instituciones de salud.

El conocimiento de los factores de riesgo con la intervención de ellos ayuda disminuir su tasa para realizar una vigilancia clínica adecuada del embarazo y del trabajo de parto para identificar complicaciones de manera oportuna, y asegurar una atención médica acorde a los riesgos establecidos.

En la provincia del Napo, ciudad del Tena está el Hospital José María Velasco Ibarra, el mismo que no cuenta con una referencia estadística formal y datos necesarios para conocer un índice de patologías puerperales y sus factores de riesgo por lo que se realiza el siguiente trabajo, a la vez proporcionar la información necesaria cuando se identifique uno de ellos y actuar a tiempo y evitar consecuencias indeseables.

## **II. OBJETIVOS**

### **A. GENERAL**

Determinar los Factores de Riesgo de patologías puerperales en pacientes atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra, 2010.

### **B. ESPECIFICOS**

- Establecer el número de mujeres que presentan patología puerperal.
- Conocer las patologías puerperales más frecuentes de las pacientes.
- Analizar los factores de riesgo que inciden en las complicaciones puerperales.

### **III. MARCO TEORICO**

#### **1. GENERALIDADES**

Entre los factores de riesgo de la mortalidad materna es importante resaltar la edad de la gestante por que la mortalidad permanece estable hasta los 30 años; a partir de esta edad se produce un claro ascenso de la misma. (5, 6,8)

En la paridad, la menor mortalidad se observa en el segundo y tercer parto, a partir de este último, el riesgo relativo aumenta significativamente, y supera incluso al observado en el primer parto. Y las complicaciones uterinas más frecuentes por las que fallecen las madres, son las hemorragias del puerperio inmediato causa de la atonía uterina, o retenciones placentarias entre otras. (8)

Casi todas las muertes maternas ocurren en países en vías de desarrollo en donde factores de índole socioeconómico, cultural y tecnológico contribuyen a esta incidencia.

La hemorragia postparto es la primera causa de muerte materna en el mundo siendo la responsable de casi la mitad de todas las muertes maternas en los países en desarrollo. Dentro de las hemorragias, la que mayor magnitud adquiere es la que se presenta en el período del alumbramiento y puerperio inmediato.

## **2. HISTORIA**

Los antiguos consideraban la patología del puerperio como un proceso resultante de la retención de los loquios, y durante siglos ésta explicación fue aceptada universalmente. A comienzos del siglo XVII se creyó que la metritis era la causa principal; después se propuso la teoría de la metástasis láctea de Puzo. Semmelweis demostró la identidad de la sepsis puerperal, con las heridas infectadas, hasta que Pasteur cultivó el estreptococo y Lister demostró el valor de las técnicas antisépticas. (15)

Gran parte del aumento en la incidencia de la hemorragia obstétrica parece relacionado con cambios en el tratamiento, como el mayor porcentaje de cesáreas, el uso más frecuente de oxitocina para inducción y conducción del trabajo de parto y la mayor prevalencia de embarazos múltiples por técnicas de reproducción asistida.

En cuanto a la incidencia de endometritis después de una cesárea es variable dependiendo del grupo de pacientes en estudio se ha comunicado una variación entre 13 y 50%. La incidencia alcanza el 90% en pacientes con factores de riesgos múltiples que no reciben antibióticos profilácticos. La endometritis es 10 a 20 veces más frecuente después de una cesárea y después de un parto vaginal 1 a 3%. (7-8)

Con el uso de los antibióticos profilácticos, las complicaciones relacionadas con sepsis, que ponen en peligro la vida han disminuido de 4 a 5%. (8,9)

El período gestacional en el que se presenta el mayor número de hemorragias es, sin duda alguna, el período postparto, siendo la atonía uterina el factor responsable en la mayor parte de los casos. La mayoría de estas muertes (88%) son el resultado de complicaciones en el tercer período del parto y en particular de la hemorragia en las primeras cuatro horas postparto. (11, 16)

A pesar de la mejora en la asistencia obstétrica que ha tenido lugar las últimas décadas y la consiguiente disminución de la mortalidad materna, que se cifra en unas 10 muertes materna por cada 100.000 nacidos vivos, la hemorragia continúa siendo una de las causas de muerte más frecuente. (1,4)

En nuestro país los Indicadores de mortalidad materna del año 2005 reportan una tasa de 74,3 % de mortalidad materna; complicaciones del trabajo de parto y postparto 18,7%.

Existen otros procesos que pueden desencadenar una hemorragia como lo indica la tabla siguiente. (3,4)

**Tabla 1. Causas de hemorragia post parto**

<b>Atonía uterina</b>
<b>Retención placentaria</b>
<b>Lesiones del canal blando del parto</b>
<b>Rotura uterina</b>
<b>Placenta ácreta</b>
<b>Inversión uterina</b>
<b>Coagulopatías</b>

**Fuente:** Riesgo Elevado Obstétrico

**Autor:** Lluís Cabero Roura.



Aparte de estas causas, existen una serie de factores que predisponen a la hemorragia. Tanto la edad materna precoz, edad materna avanzada, y la paridad alta, son factores de riesgo conocidos. (16)

### **3. FACTORES DE RIESGO**

Se define como riesgo obstétrico la probabilidad de que se produzca una situación deletérea inesperada. En medicina materno fetal, este hecho, es decir el punto final no deseado: muerte fetal, muerte materna, retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro.

En cualquier caso, tal y como afirma Pacheco, hay dos circunstancias que principalmente constituyen las situaciones de riesgo; la primera de ellas está relacionada con pacientes con antecedentes de mal historial obstétrico o con situaciones patológicas bien establecidas; La segunda, y la más importante por su frecuencia, es aquella correspondiente a pacientes que controlan su embarazo y en un momento dado, desarrollan una complicación inesperada. Estas últimas frecuentemente requieren decisiones difíciles y no es extraño que la evolución fetal o materna sea desfavorable. De ahí la importancia de poder identificar apriorísticamente este colectivo con el fin de adelantar el diagnóstico, y así minimizar los efectos negativos sobre el proceso gestacional. (12)

Asimismo existe una problemática todavía más compleja. Cada factor suele tener el riesgo de algunas anomalías determinadas y, por lo tanto, cada factor tiene distintos riesgos. Así ello no implica que la presencia de varios provoque una progresión aritmética de la probabilidad de riesgo, y la presencia de los factores, en multitud de

ocasiones no implica sistemáticamente el doble de riesgo, ni tan sólo un riesgo superior al doble de uno de esos dos factores. (12)

La identificación de un factor de riesgo, en muchas ocasiones determina una actuación sanitaria específica que, en ciertos casos, provoca la disminución del impacto negativo. De todas maneras, en muchas otras ocasiones, existen serias dudas de que cualquier actuación médica puede minimizar el riesgo de algunos factores (por ejemplo, las causas del parto prematuro o bien el retraso del crecimiento intrauterino). Por lo tanto los factores de riesgo deben contemplar no tan sólo su efecto negativo, sino también la posibilidad de modificar el efecto deletéreo. (12, 15)

Los factores de riesgo que describimos a continuación como: La primiparidad precoz, paridad en añosas y multiparidad se relacionan directamente con la morbi-mortalidad materna según estudios de los diferentes autores relacionado con las complicaciones del puerperio inmediato como son: atonía uterina, retención de placenta membranas o restos corioplacentarios, y desgarros de las partes blandas.

Por cuánto todas estas complicaciones producen hemorragias posparto jugando un papel importante en la morbi-mortalidad materna. (4,17, 18)

## **PRIMIPARIDAD PRECOZ**

Se considera así cuando el primer parto ocurre antes de los 19 años.

Durante la década de los 1970 resultó claro que el embarazo de las adolescentes era un problema principalmente sociológico con consecuencias médicas. Los riesgos obstétricos para las adolescentes fueron la pobreza, la alimentación inadecuada y la salud deficiente antes del embarazo. Estos factores de riesgo, cuando fueron

analizados posteriormente por McAnarney, incluían nutrición deficiente, el hábito de fumar, el abuso del alcohol y las drogas e infecciones genitales. (16, 18, 19).

Satín y Col. analizaron los resultados del embarazo en más de 16.500 mujeres nulíparas y hallaron que había un aumento significativo de partos pretérmino, así como hemorragias postparto.

El embarazo sorprende a la joven con un aparato genital insuficientemente desarrollado, infantil. Puede haber abortos o partos prematuros por mala adaptación del útero a su contenido. En el parto pueden sobrevenir distocias por falta de desarrollo pelviano y aquí como en el alumbramiento, pueden originarse anomalías por deficiencias de la contracción uterina. (18,19,)

## **PRIMIPARIDAD TARDIA**

Cuando la mujer tiene su primer parto después de los 30 años, se la rotula de primípara añosa.

Durante la década pasada, debido a que las mujeres mayores y a menudo bien instruidas retrasaban la maternidad, la proporción de mujeres estadounidenses que dan a luz con más de 35 años ha aumentado significativamente. En 2005 hubo 357.053 nacimientos en mujeres de entre 40 y 44 años, y 2.329 en mujeres de entre 45 y 49 años. Esta tendencia ha continuado intensificándose entre las mujeres de más de 30 años. Al mismo tiempo, la cantidad de mujeres de 30 años que permanecen sin hijos ha aumentado bruscamente en las últimas dos décadas.

El útero, que durante tantos años ha estado recibiendo periódica y cíclicamente influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica. Las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales: elasticidad y

contractilidad, al sufrir degeneración fibrosa. La falta de extensibilidad del músculo uterino puede ser causa de interrupción de la gestación. En el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía (inercia, hemorragias consecutivas). La articulación del cóccix se anquilostoma.

Las partes blandas (cuello, vagina, vulva, y periné) ofrecen excesiva resistencia porque han perdido su elasticidad y blandura; ello acarrea prolongación y detención del parto (por anomalías en la dilatación), desgarros o estallidos, hemorragias del alumbramiento, mala involución uterina e intervenciones frecuentes. (18, 19, 20)

## **MULTIPARIDAD**

Constituye un factor de riesgo muy importante en el embarazo, parto o puerperio relacionándose estrechamente con la morbi-mortalidad materna según estudios realizados por diferentes autores. Los que refieren que el útero va perdiendo su normalidad fisiológica, las fibras musculares disminuyen su elasticidad y contractilidad, por lo que en el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía produciéndose complicaciones de resistencia a nivel del cuello uterino, lo cual puede ser causa de partos prolongados, uso de oxitócicos, retención de la placenta, desgarros de las partes blandas, sangrados postparto por atonía uterina. (18, 19, 20)

## **EDAD**

La edad de la mujer se relaciona estrechamente con el riesgo durante el embarazo y el parto. Las adolescentes de 19 años y menos tienen más probabilidades de presentar complicaciones ya que el canal de parto no tienen desarrollado; también tienen más probabilidades de tener hijos de bajo peso al nacer o desnutridos. En cambio, las

mujeres de 35 años o más tienen más probabilidades de desarrollar presión arterial elevada, diabetes o fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, así como de tener problemas durante el parto.

Las mujeres de edad madura son las más propensas a desarrollar diabetes gestacional y/o presión arterial alta inducida por el embarazo. Asimismo, es común que se presenten problemas con la placenta y/o sangrado durante el embarazo, lo cual no es normal y puede advertir un aborto espontáneo.

Las madres primerizas de edad madura, pueden no presentar problemas durante el embarazo, pero sí en el parto. Estudios recientes demuestran que este rango de mujeres tiene altas probabilidades de retardar a segunda etapa del parto, generando sufrimiento fetal. Lo anterior complica la probabilidad de tener un parto vaginal, viéndose forzado a recurrir a una cesárea.

Lamentablemente, las gestantes mayores de 35 años, también generan un mayor riesgo de dar a luz a un mortinato. Si es el caso de que se haya recurrido a un tratamiento para la fertilidad, se puede presentar un embarazo múltiple, el cual es por sí mismo, un proceso de alto riesgo.

## **PESO**

Una mujer que pesa menos de 45 kilogramos cuando está embarazada tiene más probabilidades de tener un recién nacido pequeño para su edad gestacional. Si su peso aumenta menos de 5 kilogramos durante el embarazo, el riesgo de tener un bebé con esas características aumenta en casi un 30 por ciento. Por el contrario, una mujer obesa tiene más probabilidades de tener un bebé muy grande; la obesidad también incrementa el riesgo de desarrollar distocia durante el embarazo.

## **ALTURA**

Una mujer de menos de 1,60 m de altura tiene más probabilidades de tener una pelvis pequeña; de ahí que el riesgo de tener un parto prematuro y un bebé anormalmente pequeño por retraso del crecimiento intrauterino también sea más alto de lo habitual.

## **ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES**

Antes de intentar quedar embarazada es recomendable que la mujer se someta a una investigación de todas las patologías que haya presentado o a la vez puede someterse en las primeras consultas prenatales, a la vez puede realizarse pruebas de sangre, detección de anomalías cromosómicas u hormonales, defectos estructurales en el útero o en el cuello uterino, enfermedades del tejido conectivo como el lupus o una reacción inmune frente al feto, por lo general, por incompatibilidad de Rh.

Cuanto mayor sea el número de partos prematuros, mayor es el riesgo de repetirlos en los embarazos siguientes. Una mujer que haya tenido un recién nacido con un peso menor de 1,5 kilogramos, tiene un 50 por ciento de probabilidades de que su próximo hijo nazca antes de término. Si un recién nacido sufrió retraso del crecimiento intrauterino, es probable que se repita en el siguiente. En estos casos, se investiga en busca de la presencia de enfermedades que puedan retrasar el crecimiento fetal, como la hipertensión arterial, afecciones renales, aumento de peso inadecuado, infección, tabaquismo y abuso de alcohol.

## **ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES**

Una historia de retraso mental u otros trastornos hereditarios en la familia de la madre o del padre aumenta la probabilidad de que el recién nacido vaya a tener esa

enfermedad. La tendencia a tener gemelos también se da en el seno de una misma familia.

#### **4. PATOLOGIAS PUERPERALES**

##### **HEMORRAGIAS DEL TERCER PERIODO**

Hemorragia Posparto (HPP) según la OMS, se define como la pérdida de 500 ml de sangre o más a través del tracto vaginal que se produce en el período intraparto o postparto inmediato o un descenso del hematocrito del 10 % o más en las primeras dos horas posparto.

Actualmente se considera que cualquier pérdida de sangre que conlleve a una alteración hemodinámica de la paciente debe ser considerada como HPP. Algunos consideran 500 ml como punto de corte y estiman que el promedio de pérdida de sangre de partos vaginales con feto único es de 500 ml (casi 1000 para gemelar).

Es importante tener en cuenta que las estimaciones clínicas acerca de la cantidad de pérdida sanguínea tiende a subestimar el volumen real de pérdida entre un 43 a un 50%; motivo por el cual la incidencia de HPP varía en los diferentes estudios entre 2.5 a 16%.

La medición de la pérdida de sangre es difícil, pues la sangre se presenta mezclada con el líquido amniótico, a veces con orina. El manchado de sangre en las sábanas, apósitos, gasas, la pérdida de sangre en baldes, piso, el uso de soluciones para limpieza y antisepsia hacen difícil cuantificar físicamente la magnitud de la pérdida sanguínea.

Actualmente se sugiere que cualquier pérdida sanguínea que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica, puede considerarse como una hemorragia post parto.

### **Fisiopatogenia**

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento normalmente, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero disminuye. Conforme se va separando la placenta, el útero se hace firme y globuloso llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal.

Al final de un embarazo a término, 500 a 800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentario cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero estos vasos se rompen y ocurre el sangrado. Las contracciones continuas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentario y permiten la formación de un coágulo retroplacentario.

Cuando el útero falla en contraerse coordinadamente se dice que existe atonía uterina, los vasos sanguíneos en el sitio placentario no se contraen y se produce la hemorragia.

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



## **Clasificación de HPP**

La HPP puede ser primaria o secundaria:

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

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

## **Factores predisponentes de HPP**

Ciertos factores aumentan la posibilidad de que se presente hemorragia excesiva después del parto. La mayor parte interfiere con el mecanismo normal de la hemorragia.

**A) Sobre distensión uterina:** Si el útero está sobre distendido por gemelos, feto grande, hidramnios o multiparidad, las fibras musculares se han estirado hasta un punto en que no son capaces de retraerse con la rapidez y contraerse con la firmeza suficiente para ocluir los vasos abiertos en forma rápida después del parto.

**B) Trabajo de parto prolongado:** Por contracciones ineficaces de la tercera etapa del trabajo de parto.

**C) Lesiones:** Puede haber una hemorragia importante a partir de laceraciones vaginales, rotura uterina, desgarros de cuello, o incluso de episiotomía.

Algunos autores afirman que la hemorragia promedio por episiotomía mediolateral es de casi 250 ml.

Otro factor importante es que una proporción significativa de partos en los países en desarrollo ocurre en el domicilio debido a preferencias culturales, motivos económicos, servicios de salud de baja calidad, o servicios con difícil acceso.

Si la mujer comienza con hemorragia, la persona que está atendiendo el parto domiciliario a menudo no está preparada para manejar el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.

**D) Placenta adherida de manera anormal:** Algunas veces partes de la placenta se adhiere de forma anormal:

- **Placenta acreta:** Casi todas las vellosidades coriónicas penetran a través de la decidua (invaden miometrio).
- **Placenta increta:** Penetración a través del miometrio.
- **Placenta percreta:** Puede incluir todos los cotiledones (placenta percreta total), algunos cotiledones (placenta percreta parcial), un solo cotiledón (placenta percreta focal).

**Coagulación Intravascular Diseminado (CID) y otros trastornos de la coagulación:**

La CID se relaciona en particular con el desprendimiento prematuro de la placenta, pero también puede suceder en caso de embolia amniótica y luego de retención uterina de un feto muerto durante algunas semanas. Cuando se trata de desprendimiento de placenta la liberación de tromboplastina del tejido placentario al torrente sanguíneo consume el fibrinógeno.

En los otros casos el mecanismo es menos seguro, pero hay depleción rápida de factores de coagulación y plaquetas que resultan en una hemorragia catastrófica.

### **Defectos de la coagulación**

Los defectos de coagulación a pesar de que exhiben altas tasa de letalidad, son poco frecuentes. La coagulopatía obstétrica más frecuente es la hipofibrinogenemia. Se denomina hemorragia por hipofibrinogenemia a la causada por la disminución del fibrinógeno por debajo de sus niveles críticos (200 a 400 mg/dl).

El accidente hemorrágico por esta causa se presenta como culminación de una serie de procesos obstétricos sumamente variados, que tienen en común un período final de sangre que no coagula y que al no ser tratada de forma conveniente, la mayoría de las veces tiene evolución fatal.

### **Los signos clínicos más comunes son:**

1. Hemorragia mayor a 500 ml.
2. Sangre roja rutilante y brillante.
3. Palidez generalizada.
4. Hipotensión arterial.
5. Frecuencia del pulso acelerada (mayor de 100 Lat. /min.).
6. Sudoración.
7. Piel húmeda, mareos, náuseas y lipotimia.
8. Shock.

## **SHOCK HIPOVOLEMICO**

Incapacidad del aparato circulatorio para mantener el riego sanguíneo a los órganos vitales. Se caracteriza su clínica por:

- Pulso rápido y débil (110 por minuto o más);
- Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg).

Además se incluyen:

- Palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal.
- Sudoración o piel fría y húmeda.
- Respiración rápida de 30 o más por minuto.
- Ansiedad, confusión o inconsciencia.
- Oliguria de menos de 30 ml por hora.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que en la paciente obstétrica la hemorragia o la caída de la presión arterial pueden retrasarse (especialmente en mujeres que han recibido oxitocina). Por tanto hay algunos signos que requieren un tratamiento con la misma urgencia que una hemorragia manifiesta reducción del volumen urinario.

### ***Manejo hemodinámico (paciente con shock)***

Simultáneamente con el inicio del diagnóstico diferencial se debe instalar el manejo específico para shock hipovolémico según protocolo del Ministerio de Salud del Ecuador.

1. Inicie una infusión IV (es ideal dos) con una cánula o aguja de alto calibre (calibre 16 o la de mayor calibre disponible).

2. Recoja sangre para exámenes de hemoglobina, tipificación, pruebas cruzadas y prueba de coagulación junto a la cama inmediatamente antes de la infusión de líquidos.
3. Administre IV 1 L de solución salina normal o Lactato Ringer en 15–20 minutos.  
LOS CRISTALOIDES SON LA PRIMERA ELECCION PARA COMPENSAR LA VOLEMIA.
4. Administre al menos 2 L de líquidos en la primera hora.
5. Evite utilizar los sustitutos del plasma (por ejemplo, dextrano). No hay evidencia de que los sustitutos del plasma sean superiores a la solución salina normal en la reanimación de la mujer en shock y el dextrano puede ser dañino en dosis elevadas.
6. Fíjese como meta reponer 3 veces la pérdida de volumen calculado a un ritmo más rápido.
7. No administre líquidos por vía oral a una mujer en shock.
8. Monitoree los signos vitales (cada 15 minutos) y la pérdida de sangre.
9. Administre oxígeno 6–8 L por minuto por mascarilla o catéter nasal.
10. Constate si el alumbramiento se ha producido o no.
11. Si el alumbramiento se ha producido revise la placenta y membranas para determinar su integridad.
12. Si el alumbramiento fue completo trate como atonía – hipotonía uterina.
13. Si el alumbramiento fue incompleto solicite urgente Anestesiólogo para extracción manual de placenta, revisión de cavidad uterina y compresión bimanual para tratar la atonía hipotonía uterina secundaria que se puede producir.

### ***Tratamiento de la hemorragia post parto***

La hemorragia posparto debe considerarse una emergencia grave. El éxito terapéutico depende de:

1. Su diagnóstico rápido.
2. Identificar la causa.
3. Aplicar las medidas terapéuticas generales.
4. Solucionar las causas que producen la HPP.

### ***Protocolo de manejo de la hemorragia post parto:***

1. Brinde masaje continuo al útero atónico, si no logra contraerse después del parto.
2. Si se acompaña de sangrado abundante y atonía - hipotonía uterina use los medicamentos oxitócicos que se pueden administrar juntos o en forma secuencial:

#### OXITOCINA

IV: Infunda 20 unidades en 1 L de líquidos IV a 60 gotas por minuto

IM: 10 unidades

Dosis continua IV: Infunda 20 unidades en 1 L de líquidos IV a 40 gotas por minuto

Dosis máxima No más de 3 L de líquidos IV que contengan

Oxitocina **NO ADMINISTRE EN BOLO IV**

#### ERGOMETRINA/METILERGOMETRINA

IM o IV (lentamente): 0,2 mg.

Repita 0,2 mg IM después de 15 minutos

Si se requiere, administre 0,2 mg. IM o IV (lentamente) cada 4 horas, 5 dosis (un total de 1,0 mg). NO USE EN CASO DE: PREECLAMPSIA, HIPERTENSIÓN, CARDIOPATÍA

#### MISOPROSTOL

1 dosis de 600 ug VO o SL.

Precaución con las pacientes asmáticas.

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

#### ***Protocolo del tratamiento de hemorragia posparto tardía***

1. Si el sangrado continúa a pesar del manejo arriba mencionado, considere las siguientes medidas:
  - Si el cuello uterino está dilatado, explore manualmente para extraer coágulos y fragmentos placentarios grandes.
  - Si el cuello uterino no está dilatado, evacúe bajo anestesia el útero para extraer los fragmentos placentarios.
  - Si el sangrado continúa y es profuso, considere la ligadura de las arterias uterina y uteroovárica, o una histerectomía.
  - Si fuera posible, realice el examen histopatológico del material de legrado o las muestras de la histerectomía para descartar un tumor trofoblástico.
2. Considere la terapia transfusional si: hemoglobina es menor de 7g / dl transfusión o presenta shock. Si es mayor de 7g/ dl administrar Hierro elemental a dosis de 100 a 200 mg/día por 6 meses, o usar esquema parenteral con hierro sacarosa.
3. Considere el uso de antibiótico si hay signos de infección puerperal.

4. Monitoree el sangrado vaginal y tome los signos vitales de la mujer.
5. Asegúrese de que el útero esté firmemente contraído.
6. Mantenga el masaje uterino cada 15 minutos por 2 horas por compresión bimanual del útero.
7. Control de puerperio según protocolo de manejo del puerperio.
8. Solicite un control de hemoglobina – hematocrito a las 24 horas.

## **ATONIA UTERINA**

### **Etiopatogenia**

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye. La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero se achica. A medida que se separa la placenta, el útero se hace firme y globuloso, llegando al abdomen y a veces atraviesa la línea media abdominal. El cordón umbilical puede parecer alargado. Este proceso lleva habitualmente 10-30 minutos; si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego del nacimiento se considera un alumbramiento prolongado.

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



Se trata de un cuadro en que el útero, después de haber expulsado la placenta, no se retrae no contrae, alterándose así la hemostasia. Es decir que la atonía uterina tiene lugar cuando fracasan los mecanismos de contracción normales después del alumbramiento placentario. La incidencia ha sido de 1/20 partos.

Además de ser la causa más frecuente de hemorragia posparto, es también la indicación más común de histerectomía posparto; así en un estudio Clark et al. Hallaron que era la indicación en el 40% de los casos.

Se han descrito toda una serie de condiciones que predisponen a la atonía uterina como lo indica la tabla siguiente. (21, 22)

**TABLA 2. Condiciones que se asocian con atonía uterina**

<b>Hiperdistensión uterina</b>
<b>Gestación múltiple</b>
<b>Hidramnios</b>
<b>Distensión por coágulos</b>
<b>Anestesia o analgesia</b>
<b>Agentes aleganados</b>
<b>Anestesia peridural asociada con hipotensión</b>
<b>Miometrio exhausto</b>
<b>Paridad en añosas</b>
<b>Parto prolongado</b>
<b>Multiparidad</b>

**Fuente:** Riesgo Elevado Obstétrico

**Autor:** Lluís Cabero Roura.

## ***Diagnóstico***

Clínicamente se observa que el útero, después de haberse desocupado por completo, sigue teniendo un tamaño mayor que lo normal, ya que el fondo se encuentra por encima del ombligo. La consistencia es muy blanda y no se ha formado el globo de seguridad de Pinard. Al excitarlo manualmente se ve que se contrae, disminuye su tamaño y aumenta su consistencia, pero rápidamente vuelve a su estado anterior. La ausencia de lesiones de partes blandas, de trastornos de la coagulación o de retención de restos placentarios confirma el diagnóstico.

La administración de agentes estimulantes de la contractilidad uterina como la oxitócica se ha asociado con atonía uterina; no obstante, cada vez más autores creen que sería la indicación que ha llevado a la utilización de estas sustancias, más que las drogas en sí las responsables de la atonía uterina. (21)

## ***Tratamiento***

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

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

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

Los derivados prostaglandínicos se han mostrado efectivos en el control de la atonía uterina posparto cuando han fallado las medidas hasta aquí expuestas. (21, 23)

### **RETENCION DE LA PLACENTA Y MEMBRANAS OVULARES**

Puede presentar distintas características clínicas y fisiopatológicas que se resumen a continuación:

**TABLA 3. Retención de la placenta y de las membranas ovulares**

<b>A)Total</b>		<b>B)Parcial</b>
a) Distocias dinámicas	Anillos de contracción	a) De restos placentarios
	Inercia	b)De membranas
b)Distocia anatómica	Adherencia anormal de la placenta	

**Fuente:** Obstetricia de William

**Elaboración:** Pazán, S. 2010

## **DISTOCIAS DINAMICAS**

Estas pueden deberse a insuficiencia de la contractilidad (inercia) o a contracciones perturbadas (anillos de contracción). (24)

### **INERCIA**

Es un cuadro caracterizado por una actividad contráctil insuficiente para desprender o expulsar la placenta.

Sus causas pueden ser de orden general o local. Entre las primeras se destaca el uso abusivo de drogas sedantes; entre las segundas, las malformaciones congénitas, la distensión exagerada de la fibra muscular uterina como ocurre en el hidramnios o en el embarazo gemelar, la degeneración de esta misma fibra muscular (multiparidad, obesidad, edad avanzada fibromatosis uterina), el agotamiento de la actividad contráctil del útero después de partos prolongados o difíciles, y la infección amniótica. (24)

El proceso revela el siguiente cuadro: Ausencia del dolor característico que anuncia el desprendimiento o la expulsión de la placenta, disminución de la consistencia del útero, aumento de su volumen y hemorragia externa (esta última sí el desprendimiento es parcial).

### ***Tratamiento***

a) Con la placenta totalmente adherida: expectación, masajes exteriores del útero, oxitócicos, alumbramiento artificial manual.

b) Con la placenta desprendida y retenida: Expresión del útero, suaves tracciones del cordón y tratamiento de la inercia ulterior (masajes, oxitócicos).

Anillos de contracción. Pueden producir en un cuerno, en todo el segmento inferior o en toda la zona que constituye el límite entre éste y el cuerpo. (24, 25)

### ***Diagnóstico***

Ausencia de la expulsión de la placenta y, por tacto intrauterino, comprobación de la existencia de un anillo a nivel del espasmo con la placenta retenida parcialmente a su nivel o totalmente por encima.

Tratamiento. a) Profiláctico: correcta asistencia del período de alumbramiento normal.

b) Curativo: útero inhibidor o alumbramiento artificial manual. (24)

## **ANILLOS DE CONTRACCION**

### ***Etiopatogenia***

Los anillos de contracción se deben a la contractura de una zona circular del útero. Pueden aparecer sin una causa evidente que los justifique (esenciales), pero en la gran mayoría de los casos obedecen a una inadecuada aceleración del desprendimiento placentario (masaje intempestivo del útero o incorrecta administración de drogas oxitócicas, en especial las derivadas del cornezuelo de centeno). Se pueden producir en distintos sectores del órgano: en un cuerno, en todo el segmento inferior o bien en toda la zona que constituye el límite entre éste y el cuerpo.

La causa de la causa de la hemorragia podría residir en el hecho de que la placenta, retenida por encima del anillo y parcialmente desprendida, impide que el útero se retraiga y comprima los vasos abiertos. (23, 25)

### ***Diagnóstico***

El útero se encuentra mal retraído, blanduzco y se delimita imperfectamente. La sangre sale a chorros intermitentes. El diagnóstico se hace por el tacto intrauterino, al comprobarse un poderoso anillo muscular, grueso, que no se relaja y no permite el pasaje de la mano. La placenta se encuentra por encima de él. Sin embargo, en ocasiones se la halla estrangulada por el anillo, con una parte por encima y otra por debajo.

### ***Tratamiento***

Se debe extraer la placenta lo más pronto posible por medio del alumbramiento manual bajo anestesia general. (23, 25)

## **DISTOCIAS ANATOMICAS**

Adherencia anormal de la placenta (placenta acreta, increta, percreta). Causas. Endometritis. Procesos inflamatorios de la placenta o raspado uterino previo.

### ***Diagnóstico***

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

## **Tratamiento**

La tendencia actual es la histerectomía. Si la placenta tiene pocas zonas de adherencias anormales, puede intentarse el desgarro de la misma en dichas zonas. (21, 24, 25)

## **RETENCION PARCIAL DE RESTOS PLACENTARIOS**

Con cierta frecuencia no es toda la placenta, sino uno o varios cotiledones, lo que queda retenido. En la mayoría de los casos ello obedece a la realización de maniobras intempestivas durante el alumbramiento, tales como expresiones apresuradas desde el cordón. También ocurre como resultado de alumbramientos manuales incompletamente realizados y ante la existencia de cotiledones aberrantes.

El diagnóstico se realiza por el examen minucioso de la placenta, que deberá ser efectuado después de todo alumbramiento. Se observa así la ausencia de uno o más cotiledones. La hemorragia externa es inconstante y puede no guardar relación de intensidad directa con el tamaño del cotiledón retenido. El tacto intrauterino, que se llevará a cabo sólo en caso de necesidad, confirma el diagnóstico.

La evolución clínica de la retención de cotiledones puede seguir varios sentidos: se desprenden y son expulsados de manera espontánea; con frecuencia origina hemorragias, a veces muy graves, posteriormente durante el puerperio, en ocasiones sufren un proceso de desintegración, a lo que se agregan infecciones por gérmenes ascendidos desde el canal, y otras veces se organizan en el útero y se transforman en pólipos que pueden o no expulsarse más tarde.

El tratamiento consiste en la extracción del cotiledón retenido por legrado instrumental, el uso de reductores del útero colabora eficazmente en la terapéutica ulterior. (26)

### **RETENCION DE MEMBRANAS**

Es frecuente aun en el parto espontáneo. Puede retenerse la totalidad de las membranas o sólo parte de ellas, tanto, en extensión como en espesor. Ello ocurre por la realización de maniobras apresuradas para el alumbramiento y por la friabilidad o un grupo de adherencia acentuado de las membranas. Lo más habitual es que aquéllas se eliminen en los días siguientes del puerperio, junto con los loquios, generalmente desintegradas, a la par que se observan entuertos acentuados o fetidez loquear, puesto que la retención facilita el ascenso de gérmenes y predispone a la infección del endometrio.

Como tratamiento se recurre a la administración de oxitócicos, antibióticos y colocación de bolsa de hielo. En las retenciones acentuadas se puede recurrir al raspado con cureta roma de Pinard. (24, 26)

### **DESGARROS DEL CANAL BLANDO DEL PARTO**

Se producen generalmente luego de un parto precipitado o por maniobras incorrectas en la atención del mismo. Estas lesiones se pueden presentar en todo el canal (periné, vulva, vagina, cuello, y cuerpo del útero). (27)



## **DESGARRO DEL CUELLO DEL UTERO**

El desgarro cervical se produce como consecuencia del pasaje de la cabeza fetal por un cuello aún no dilatado totalmente o a causa de pujos prematuros en los partos espontáneos desgarro espontáneo.

Existen lesiones serias del cuello consecutivas a maniobras en las que se ha empleado la fuerza: desgarros artificiales. Son producidos por intervenciones realizadas con dilatación incompleta, dilataciones manuales del cuello, partos precipitados, fetos voluminosos, etc. Se trata de desgarros que miden más de 2cm de profundidad a partir del borde externo del cuello generalmente bilaterales, llegan a veces hasta la inserción de la vagina y aún más allá; son muy sangrantes, con hemorragia roja y continua, a pesar de una buena retracción uterina, debida generalmente al desgarro de la rama cervical de la uterina. (27)

### ***Síntomas***

Si con el útero bien retraído se observa una hemorragia, es necesario ante todo pensar en un desgarro del cuello. Es obligación entonces, hacer la revisión del cuello con valvas o espéculos.

### ***Profilaxis***

No debe extraerse el feto en las presentaciones pelvianas, ni hacer una aplicación de fórceps o permitir pujar a las parturientas antes de que el cuello se haya dilatado por completo.

### ***Tratamiento***

Sutura inmediata del desgarro. Es recomendable comenzar la sutura en la parte no desgarrada del cuello, inmediatamente por encima del ángulo superior de la herida,

debido a que allí se halla el vaso retraído, origen de la hemorragia. Lo más importante en el tratamiento del desgarro no es su coaptación cuidadosa, sino la sutura circular de la rama desgarrada de la arteria uterina.

## **DESGARRO VAGINAL**

Es una lesión de la pared de la vagina de trayecto lateral y longitudinal, que puede abarcar sólo a la mucosa, a todos los planos de la vagina y aún a los órganos vecinos (vejiga, recto). (27)

### ***Modo de producirse***

En general es consecutivo a partos forzados, rotaciones intravaginales del fórceps, dilataciones violentas de vaginas fibrosas, mal irrigadas o con cicatrices de partos anteriores; también puede producirse en partos de fetos voluminosos o cuando la cabeza se desprende con diámetros mayores a los normales . (27)

### ***Diagnóstico***

El tacto comprueba unas hendiduras abiertas en las paredes vaginales, que en ocasiones sangran copiosamente. Desde afuera el desgarro no se aprecia si el periné está intacto. Se completa el examen con sondeo vesical y tacto rectal.

### **Complicaciones**

Inflamaciones agudas o crónicas del tejido conjuntivo pelviano y fístulas perineales, rectales o vesicales.

## **DESGARROS VULVOPERINEALES**

Distinguimos cuatro tipos de desgarros del periné, de acuerdo con el grado de extensión; de primer grado, cuando afectan únicamente a la piel; de segundo grado, cuando afectan a la musculatura perineal; de tercer grado cuando incluyen al esfínter externo del ano, y de cuarto grado o complicado, si está tomada la pared del recto.

Además distinguimos los desgarros centrales del periné, que ocasionan su rotura con conservación anatómica de la vulva y del ano. (28)

### ***Etiopatogenia***

Está en relación directa con la sobre distensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza u hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra, además de ciertos factores condicionantes, a saber, tejidos fibrosos en las primíparas añosas, cicatrices anteriores que no se dejan distender, edema, hipoplasia, ángulo púbico muy agudo . (28)

### ***Diagnóstico***

Observación directa del desgarro en periné, vulva, vagina, cuello, cuerpo.

## **COMPLICACIONES INFECCIOSAS**

### **INFECCION PUERPERAL**

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

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

La cesárea es la situación más predecible de endometritis posparto (EPP), especialmente después de la rotura de membranas de cualquier duración. El rango de incidencia de EPP después del parto vaginal es de 0,9 a 3,9% y de cesárea de superior al 10%.

### **FIEBRE DESPUES DEL PARTO**

Mujer que presenta fiebre (temperatura de 38°C o más), que se produce más de 24 horas después del parto.

### **FACTORES DE RIESGO**

#### **GENERALES**

- Anemia
- Desnutrición

- Obesidad
- Enfermedades crónicas debilitantes
- Pobreza, condiciones sanitarias e higiénicas deficientes.

## **ESPECIFICOS**

### **Durante el embarazo**

- Control prenatal deficiente
- Infecciones de vías urinarias
- Infecciones cervicovaginales
- Procedimientos invasivos
- Rotura prematura de membranas (RPM) de más de 6 horas
- Óbito fetal.

### **Durante el parto**

- Trabajo de parto prolongado
- Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones)
- Desgarros cervicales y vaginoperineales mal reparados
- Revisión manual de la cavidad uterina

### **Durante la cesárea**

- Técnica quirúrgica inadecuada
- Tiempo quirúrgico prolongado
- Cesárea de urgencia
- RPM de más de 6 horas.

## **Etiología**

La etiología de la infección puerperal es de naturaleza polimicrobiana y la mayoría de los gérmenes causales habita 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, aumentan exponencialmente la virulencia y patogenicidad de estos gérmenes, dando lugar a la infección puerperal.

Los gérmenes aislados con mayor frecuencia son:

- Aerobios

- Streptococos (A, B, D)
- Enterococos
- Escherichia coli
- Klebsiella
- Staphylococcus aureus
- Gardnerella vaginalis

- Anaerobios

- Bacteroides spp.
- Peptostreptococcus spp.
- Clostridium
- Fusobacterium

- Otros

- Ureaplasma urealyticum
- Mycoplasma hominis
- Chlamydia trachomatis

## ***ENDOMETRITIS PUERPERAL***

Cuadro febril por infección del útero después del nacimiento caracterizada por útero muy sensible y loquios de mal olor.

La infección puede favorecerse si existe cesárea, retención de estos placentarios o instrumentaciones.

### **Factores de riesgo**

Cesárea, RPM, corioamnionitis, trabajo de parto prolongado, monitorización fetal interna, alumbramiento manual.

### **Etiología**

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

### **Clínica:**

Los síntomas se empieza a tener al tercer día del parto y se caracteriza por:

- Fiebre
- Malestar general
- Anorexia
- Secreción vaginal fétida
- Dolor abdominal, de predominancia en hipogastrio que luego se dispersa.

**Diagnóstico:**

- Leucocitos de 15000 a 30000.
- Cultivo del tracto genital o endometrio.
- Urocultivo
- Hemocultivo
- Eco

**MASTITIS PUERPERAL**

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

**Mastitis Infecciosa**

Cuadro febril con inflamación e infección localizada polimicrobiana de la mama secundaria a ingurgitación mamaria y solución de continuidad, generalmente unilateral. Puede llegar a organizarse y la infección determinar un absceso mamario.

**Factores Favorecedores:**

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

**Etiología:**

- Estafilococo Aureus ,



- Estaphilococo Epidermidis ,
- E Coli.

**Clínica:**

- Fiebre mayor 38°C post parto o post cesárea
- Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito.
- Escalofríos.
- Taquicardia.
- Dolor y sensibilidad de las mamas 3–5 días después del parto.
- Mamas agrandadas, duras.
- Dolor y sensibilidad de las mamas.
- Area enrojecida, cuneiforme en la mama.
- Generalmente afectación unilateral
- Secreción purulenta por el pezón.
- Adenopatías axilares.
- Puede llegar a formar un absceso mamario

**DEHISCENCIA E INFECCIÓN DE HERIDA PERINEAL O ABDOMINAL**

Proceso febril, inflamatorio e infeccioso que afecta a la cicatriz de la episiotomía o cicatriz de cesárea. Puede tratarse de colección exudativa (SEROMA), sanguínea (HEMATOMA) o purulenta (ABSCESO).

**Examen Físico**

- Fiebre mayor a 38°C post parto y post cesárea.
- Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito.

- Escalofríos.
- Taquicardia.
- Deshidratación variable.

### **Infección de las heridas perineales o abdominales**

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

### **Descarte signos de shock séptico**

- Pulso rápido y débil (110 por minuto o más).
- Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg).

Además se incluyen:

- Palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal;
- Sudoración o piel fría y húmeda;
- Respiración rápida de 30 o más por minuto;
- Ansiedad, confusión o inconsciencia.

### **Exámenes de Laboratorio:**

- Biometría hemática: leucocitosis con desviación a la izquierda, TP – TTP – Plaquetas. Tipificación, Rh, pruebas cruzadas.
- Prueba de coagulación junto a la cama

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

## **COMPLICACIONES PSIQUICAS**

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

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

Cuatro son los síndromes asociados al puerperio:

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

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

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

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

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

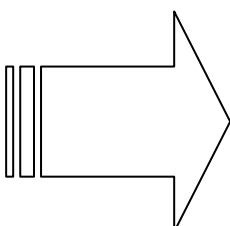
#### IV. METODOLOGIA

Para cumplir con el desarrollo al problema planteado y efectuar los objetivos se ha realizado de la siguiente manera el esquema metodológico.

##### A. LOCALIZACION Y TEMPORALIZACION

El estudio se realizó en las pacientes que presentaron complicaciones puerperales en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra localizado en la provincia del Napo, ciudad del Tena; durante el periodo septiembre 2009 mayo 2010.

##### B. VARIABLES

1. IDENTIFICACION		
Factores de riesgo de mujeres con patologías puerperales atendidas en el servicio de ginecología del Hospital J.M.V.I		
<b>Factores de Riesgo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Procedencia domiciliaria</li><li>• Edad</li><li>• Instrucción</li><li>• Estado civil</li><li>• Antecedentes patológicos familiares</li><li>• Antecedentes patológicos personales</li><li>• Paridad</li><li>• Controles prenatales</li></ul>		<b>Patologías Puerperales</b> INMEDIATAS <ul style="list-style-type: none"><li>-Hemorragias</li><li>-Desgarros</li><li>-Otras</li></ul> MEDIATAS <ul style="list-style-type: none"><li>-Alumbramiento Incompleto</li><li>-Infecciones</li><li>-Otras</li></ul>

## 2. DEFINICIÓN DE VARIABLES

- **Procedencia domiciliaria.-** Perteneiente o relativo al domicilio. Persona que tiene domicilio o está vecindado en un lugar, la casa puede estar ubicada en un sector urbano o rural. Lugar en que legalmente se considera establecido alguien para el cumplimiento de sus obligaciones y el ejercicio de sus derechos.
- **Edad.-** Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez.
- **Instrucción.-** Caudal de conocimientos adquiridos. Curso que sigue un proceso o expediente que se está formando o instruyendo este puede cursar por primaria, secundaria o superior, un sinónimo del término es escolaridad.
- **Estado civil.-** Estado civil, situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que repercuten en la capacidad de obrar de la misma. La familia basada en un matrimonio confiere a sus componentes un *status familiae* que difiere según la posición que cada uno de ellos.
- **Antecedentes.-** Conocer las circunstancias previas a un asunto. Acción, dicho o circunstancia que sirve para comprender o valorar hechos posteriores

- **Patológicos.-** Pathos=Sufrimiento. Perteneciente o relativo a una enfermedad, patología. Que se convierte en enfermedad. Parte de la medicina que estudia las enfermedades
- **Paridad.-** cantidad de partos por vía céfalo vaginal Expeler en tiempo oportuno el feto que tenía concebido. Comparación de algo con otra cosa por ejemplo o símil.
- **Controles prenatales.-** Comprobación, inspección, fiscalización, intervención antes del nacimiento. Veces que acude la madre en estado gravídico a consultas obstétricas o médicas.Es un sistema estructurado de consultas que evalúa la progresión normal del embarazo, y descubre precozmente, a través de la clínica. Laboratorio y ecosonografía, la aparición de problemas maternos y fetales que podrían presentarse, para que esto sea posible el médico debe tener conocimientos sólidos de los cambios fisiológicos del embarazo para poder detectar aquellas condiciones que se desvíen de la normalidad.
- **Hemorragias.-** Puede deberse a una alteración o a una rotura traumática de los vasos sanguíneos, además de aparecer como complicación de muchas otras enfermedades. La apoplejía o accidente cerebro-vascular agudo (ACVA) puede deberse a una hemorragia por rotura de un vaso cerebral. La hemofilia, enfermedad hereditaria de la sangre, se produce por la incapacidad de ésta para coagular. Una pérdida de sangre superior a 1 litro puede producir un shock hipovolémico.
- **Hemorragias tardías.-** Flujo de sangre por rotura de vasos sanguíneos pasada las 24 horas de post parto provocada mayormente por alumbramientos incompletos, o alteración en la coagulación.

- **Desgarros.-** Rotura o rompimiento de un tejido macroscópicamente normal. Arrojo, desvergüenza, descaro. Afectación de valentía, fanfarronada. Acción y efecto de desgarrar.
  
- **Infecciones.-** Acción de infectar por microorganismos como son: bacterias, virus, hongos y/o parásitos o por sus toxinas. Una infección puede ser local o generalizada extendida por todo el organismo. El agente infeccioso penetra en el organismo y comienza a proliferar, lo que desencadena la respuesta inmune del huésped a esta agresión. Esta interacción genera los síntomas característicos: dolor, edema, rubor local, alteraciones funcionales, aumento de la temperatura corporal, taquicardia y leucocitosis.



### 3. OPERACIONALIZACION

VARIABLE	ESCALA	VALOR
<b>Factor de Riesgo Modificable</b>		
Procedencia domiciliar	Nominal	-Rural -Urbano
Controles prenatales	Continua	-Ninguno - de 1 a 4 -5 a 9 ->9-
Instrucción	Ordinal	0.-Ninguna 1.-Primaria 2.-Secundario 3.-Universitaria
Estado civil	Ordinal	1.-Unión Estable 2.-Soltera 3.-Casada 4.-Otro
<b>Factor de Riesgo NO Modificable</b>		
Antecedentes Patológicos Personales	Ordinal	1.-Ninguna 2.-TBP 3.-Diabetes 4.-Hipertensión crónica 5.-Otras

Antecedentes Patológicos Familiares	Ordinal	1.-Diabetes 2.-Tb pulmonar 3.-Embarazo Gemelar 4.-Otros 5.-Ninguna
Edad	Continua	-Menor de 19 años -20 a 29 años -Mayor de 30 años
Paridad	Ordinal	1.-Primigesta 2.-Secundigesta 3.-Multigesta
<b>Complicaciones</b>		
Tipo Patología	Ordinal	0.-hemorragias 1.-desgarro 2.-infecciones 3.-Alumbramiento Incompleto 4.-Otras

### C. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

El presente es un estudio de tipo observacional transversal, en mujeres con patología puerperal hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra (HJMVI).

## **D. POBLACION, MUESTRA O GRUPO DE ESTUDIO**

La población de estudio estuvo constituida por todas mujeres que cumplieron con criterios inclusión; es decir que presentaron patologías puerperales al momento del ingreso o su permanencia en el Hospital José María Velasco Ibarra, ciudad del Tena, Provincia de Napo en el período septiembre 2009 a Mayo 2010. Y en su totalidad fueron 66 pacientes.

## **E. DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS**

### ***Técnicas e instrumentos de recolección de datos.***

Para el cumplimiento de los objetivos se efectuó las siguientes actividades:

- Redactar una solicitud para acceder a los archivos estadísticos de las mujeres con patología puerperal que asistieron al Hospital José María Velasco Ibarra.
- Receptar la lista estadística y buscar las historias clínicas de las pacientes en estudio.
- Acceder a las historias clínicas, muchas de las cuales fueron elaboradas en el Internado Rotativo y dadas el seguimiento respectivo. Además se obtuvo la información necesaria de los Factores de Riesgo guiados por el formulario 051, los mismos que se registraron, en una ficha de recolección de información previamente elaborada (ANEXO 1).
- En el caso de no existir el formulario 051 o los datos se encontraban inconclusos se completó con la historia clínica o notas de evolución de las carpetas.

## ***Técnicas de procesamiento y análisis de datos.***

### **PROCESAMIENTO**

Una vez recolectados los datos en las fichas respectivas, se procedió a agruparlos e ingresarlos en el paquete estadístico Microsoft Excel 2007.

### **ANALISIS**

Para el análisis de información se aplicó estadística de frecuencia y porcentaje.

Además en variables cuantitativas se aplicó medidas de tendencia central.

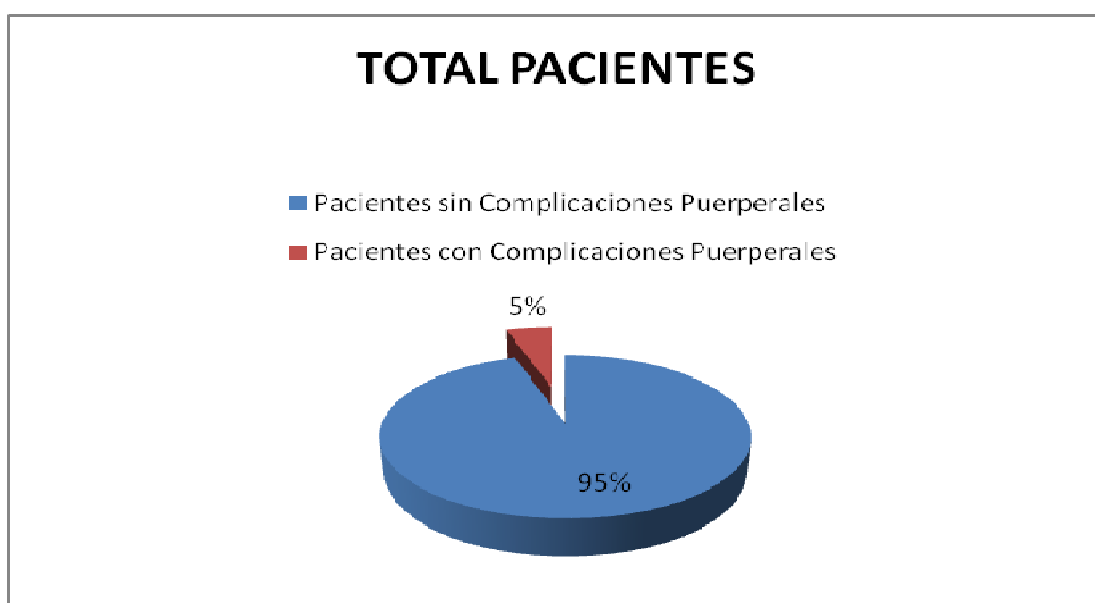
Tabulación de datos.

Luego se elaboró gráficos y tablas de acuerdo al programa estadístico en mención, los mismos que facilitaron la interpretación de datos, para llegar a establecer conclusiones y recomendaciones.

.

## V. RESULTADOS Y DISCUSION

**GRAFICO No.1 DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES.**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HJMVI.  
**Elaborado:** PAZAN, S. 2010

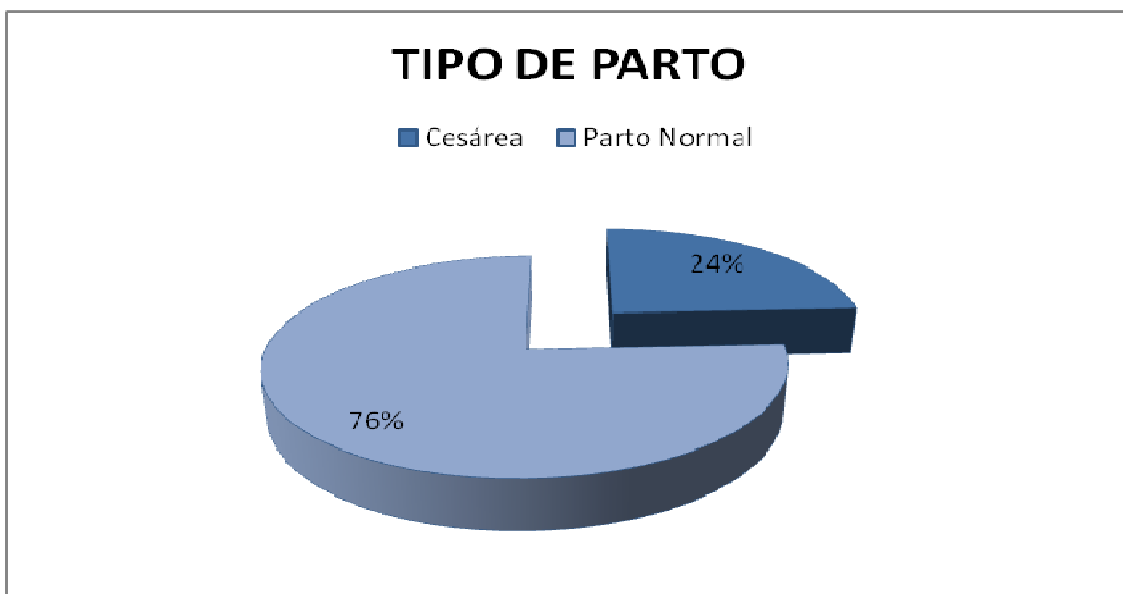
**ANALISIS:** El Hospital José María Velasco Ibarra (HJMVI) por medio del área de Ginecología y Obstetricia presenta durante el periodo septiembre 2009 a mayo 2010 un total de 1372 pacientes con diagnóstico de puerperio, de las cuales 66 pacientes (5%) presenta algún tipo de complicación puerperal.

Es importante tener en cuenta en estas cifras que hay complicaciones que no se dan dentro del hospital, sino que llegan a la casa de salud luego de un parto domiciliario y que muchas de las veces han tenido manipulación de personal no

profesional. Es así que de las 66 pacientes 18 (27% de las que presentaron alguna forma de complicación) tuvieron parto en su domicilio.

Un estudio realizado en el año 2008 en la Habana, Cuba. En el Hospital Universitario Materno Infantil 10 de Octubre refiere que las complicaciones puerperales están dadas entre el 5 al 8% lo que correlaciona con nuestro estudio aunque en el mismo no especifica si sus pacientes han presentado algún parto fuera de la casa de salud lo que alteraría ligeramente la comparación con nuestro trabajo al ser patologías intrahospitalarias.

**GRAFICO No.2 DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN TIPO DE PARTO.**



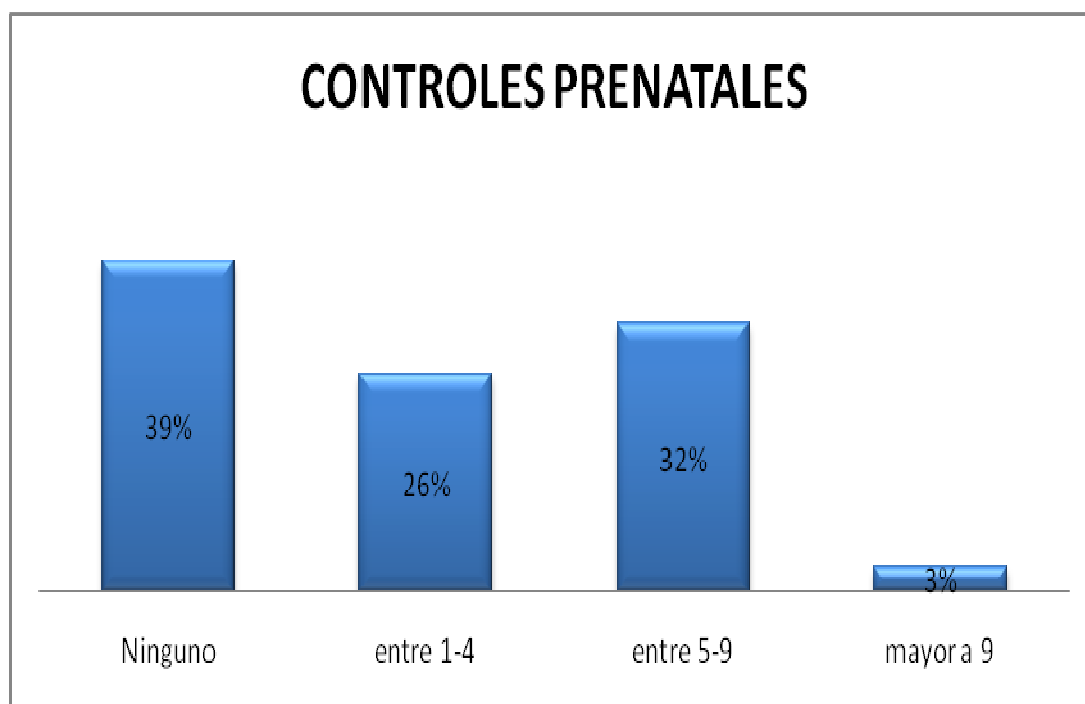
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HJMVI.

**Elaborado:** PAZAN, S. 2010

**ANALISIS:** Las pacientes que presentaron mayor cantidad de complicaciones puerperales son las que tuvieron partos vaginales con el 76% (esta tasa está influenciada moderadamente por el parto domiciliario) y mayoritariamente se relaciona con Alumbramiento Incompleto, desgarro cervical o vaginal en primigestas.

Mientras las pacientes atendidas por Cesárea con el 24% se relacionan con heridas quirúrgicas infectadas, es importante recalcar que las heridas se pueden infectar en el domicilio por manipulación de la paciente luego del alta, en caso de infectarse dentro del hospital se puede deber al descuido de uno de los trabajadores y no solamente del cirujano. En el 2009 presenta Ramos, V. 94% (168 pacientes) Parto Normal y 6%(10%) Cesárea.

**GRAFICO No.3 DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES.**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HJMVI.

**Elaborado:** PAZAN, S. 2010

**ANALISIS:** Es inversamente proporcional entre el número de controles prenatales y las complicaciones es así que a mayor número de consultas menor riesgo de complicaciones.

En nuestro trabajo se conoce que un total de 65% de las púerperas no han tenido un control prenatal ideal.

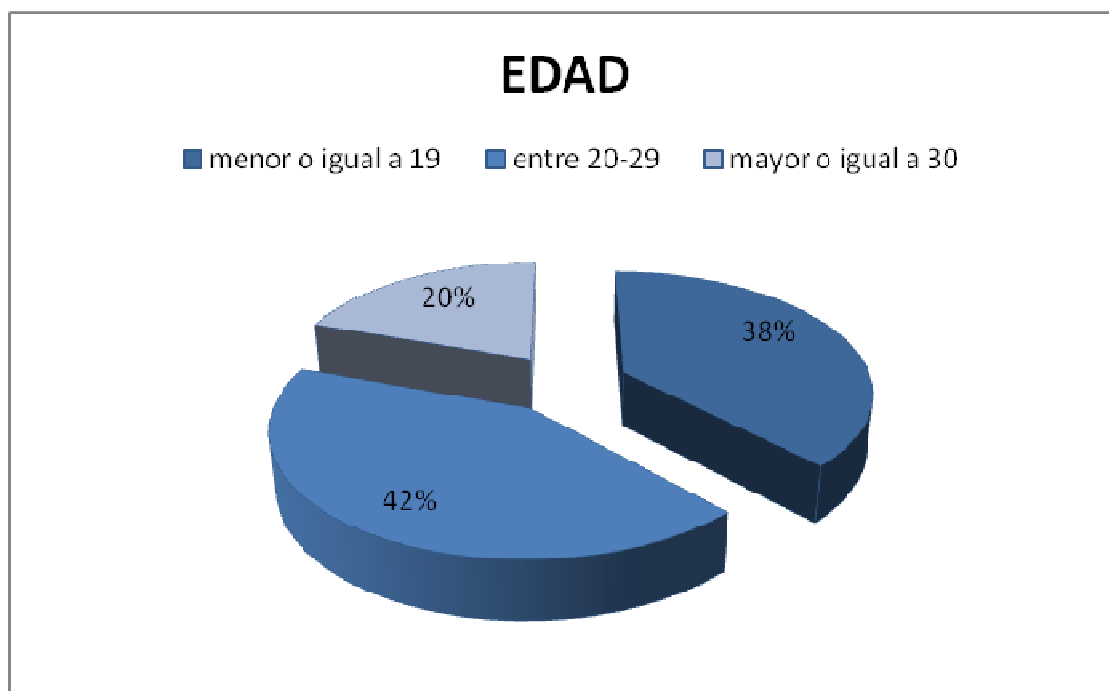
La recolección de información de los Factores de Riesgo se realiza desde la primera consulta para el cuidado y prevención de complicaciones, éste se encuentra descuidado por una serie de eventos como es; falta de conocimiento



o descuido de la paciente, cambio al último momento (en el parto) de la casa de salud o del profesional, y en muchos de los casos no se avanza a poner la atención correspondiente. Además en esta gráfica observamos que el rango entre 5 - 9 (32%) está en segundo lugar y se especula que el conocimiento de los factores de riesgo durante los controles prenatales hace que las pacientes acudan a más consultas obstétricas.

Estudio realizado en la ciudad de Riobamba presenta que un 66% de 178 pacientes no ha tenido un control ideal. De aquí se confirma que este es el agente principal para la prevención de complicaciones en el parto dentro de los factores modificables de riesgo.

**GRAFICO No.4 DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN LA EDAD.**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HJMVI.  
**Elaborado:** PAZÁN, S. 2010

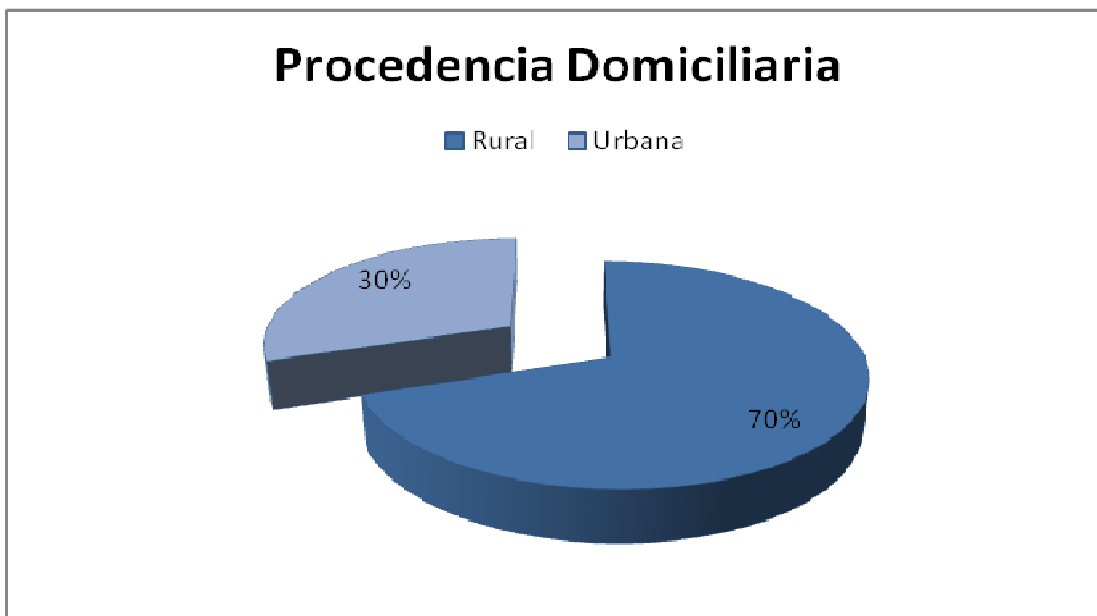
**ANALISIS:** De las 66 casos analizados se establece que el grupo de pacientes que predomina por edad con patologías puerperales es entre los 20 y 29 años con un 42% (28), esta cantidad se debe a que hay mayor confluencia de mujeres entre esta edad independientemente de la patología que presenten.

Luego sigue con el 38% (25) por menores de 19 años, esta edad se relaciona por lo general con patologías como; los desgarros vaginales en y con 20% (13) las madres mayores de 30 años, relacionadas con alumbramientos incompletos y hemorragias postparto.

Un estudio realizado en el Hospital Policlínico General Docente Riobamba en el 2009 señala que el grupo más frecuente es 19 – 26 años con un 44%. La literatura comparte con estos datos refiriendo a que el pico de edad en el que hay mas complicaciones es entre los 20 y 30 años.

Pese a que en este rango no existan las edades de riesgo del embarazo es importante tener en cuenta que toda paciente en puerperio está propensa a complicaciones.

**GRAFICO No.5 DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN LA PROCEDENCIA DEL DOMICILIO.**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HJMVI.

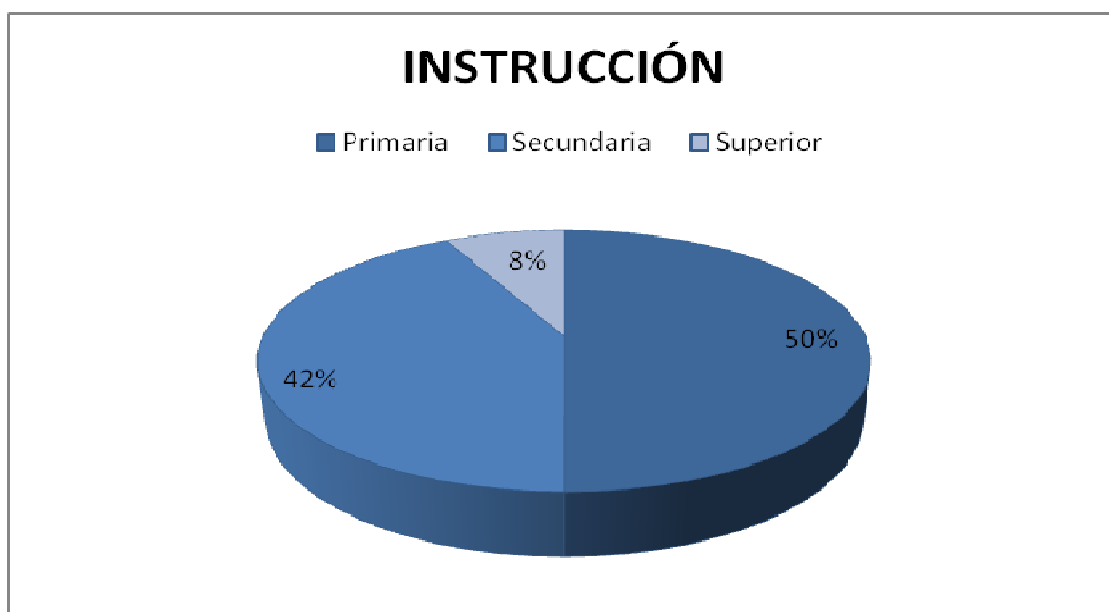
**Elaborado:** PAZÁN, S. 2010

**ANALISIS:** El factor socio-económico es un agente determinante e influyente al momento de recibir los servicios de salud, la mayoría de mujeres tienen procedencia domiciliaria del sector Rural (70%) lo que les hace más difícil la atención médica por la situación de marginalidad que presentan, a la vez no llegan a tiempo y realizan partos con riesgo de sepsis.

También se encuentra proporcional con la escolaridad, costumbres y en si la cultura de su comunidad al instante de decidir quien desea que les atienda el parto. Lo que les hace el sector más vulnerable a una complicación.

Concuerda con los análisis del HPGDR 2009 donde anuncian que 94 (54%) pacientes de 178 provienen de áreas marginales.

**GRAFICO No.6 DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN LA INSTRUCCION.**



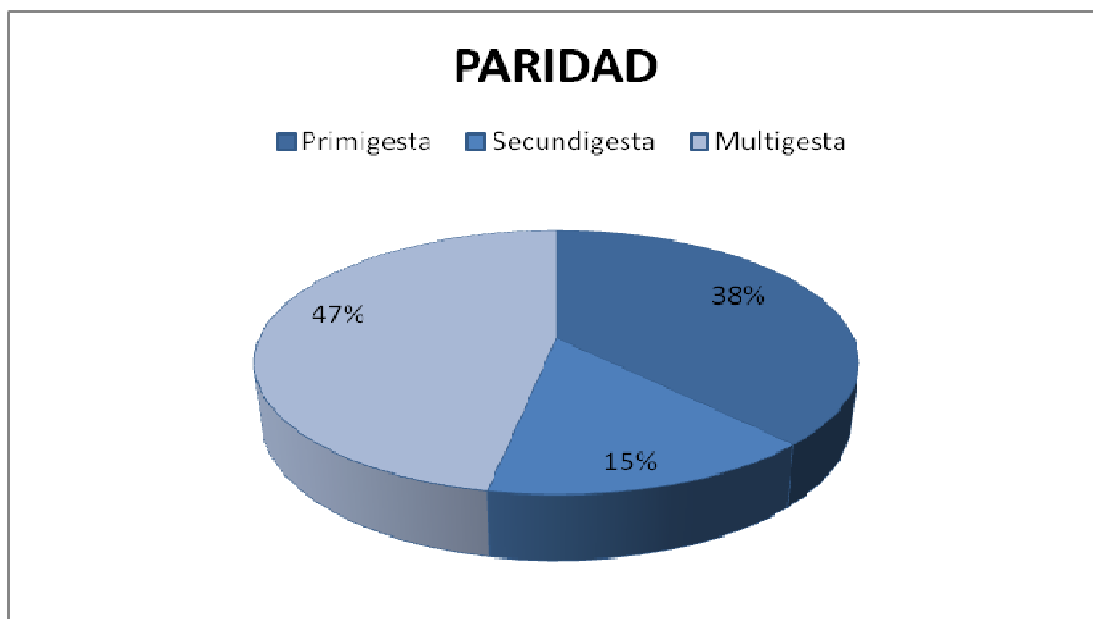
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HJMVI.

**Elaborado:** PAZÁN, S. 2010

**ANALISIS:** En este estudio no se reporta analfabetas pero en el 92% de las pacientes no presentan un nivel de escolaridad adecuado lo que demuestra que está en íntima relación con la presentación de complicaciones puerperales ya que la baja escolaridad está directamente proporcional con falta de entendimiento del riesgo que están expuestas y a la ausencia de controles prenatales.

Estudios similares como el realizado en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, por Ramos V, en el año 2009 se demostró que no hay una educación adecuada en las madres en estado puerperal en el 73%.

## GRAFICO No.7 DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN LA PARIDAD.



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HJMVI.

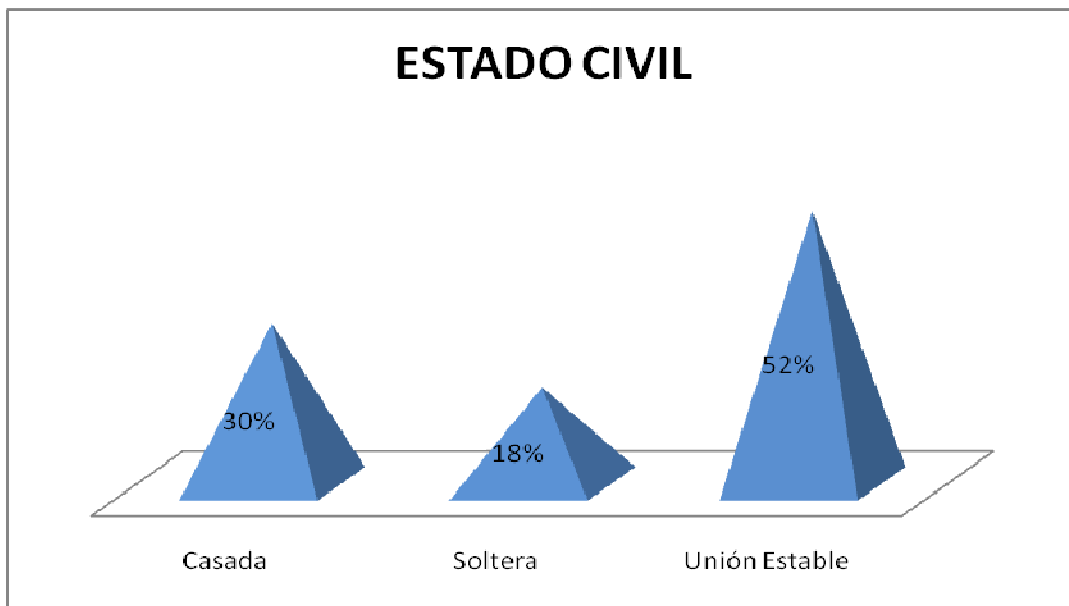
**Elaborado:** PAZÁN, S. 2010

**ANALISIS:** Las pacientes con mayor cantidad de riesgo para tener alguna complicación puerperal son las Multíparas 47% que están vinculadas con alumbramiento incompleto, hipotonía uterina, Hemorragias Postparto (por lo general estas pacientes además presentan edad avanzada, baja escolaridad y provienen de sectores rurales).

Las Primíparas 38% que se relacionan con desgarros cervicales o vaginales debido a que el canal de parto no está preparado (estas pacientes suelen ser menores de 19 años, peso bajo).

El estudio del HPGDR analiza que 98 pacientes de 178 son primigesta y 86 son multigestas. Hay Correlación total con otros estudios, la literatura y este estudio.

**GRAFICO No.8 DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS  
PUERPERALES SEGUN EL ESTADO CIVIL.**

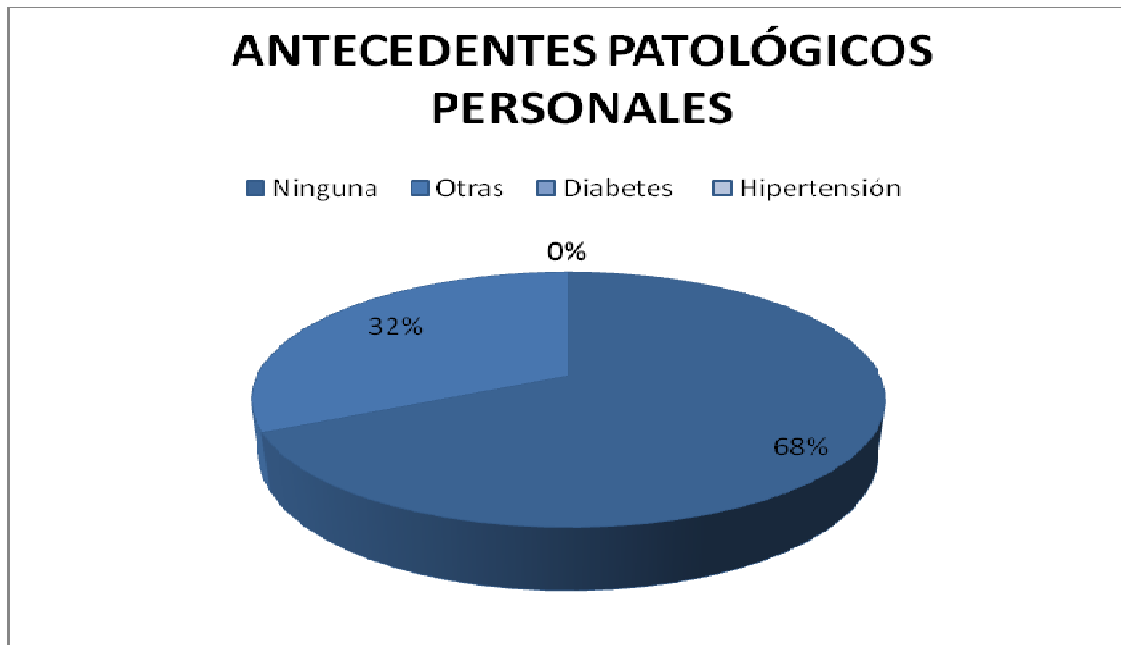


**Fuente:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HJMVI.

**Elaborado:** PAZÁN, S. 2010

**ANALISIS:** En este gráfico predomina en conjunto el estado civil, Unión Estable y Soltera con el 70%, lo que corrobora con datos del Ministerio de Salud del Ecuador al ser mujeres de riesgo las que carecen de conyugue o tengan pareja inestable por desarrollar problemas psicosomáticos como por ejemplo: Un trastorno de ansiedad lleva a una inmunodepresión que a la vez puede hacer a la paciente más susceptible a una infección.

**GRAFICO No.9 DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES.**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HJMVI.  
**Elaborado:** PAZÁN, S. 2010

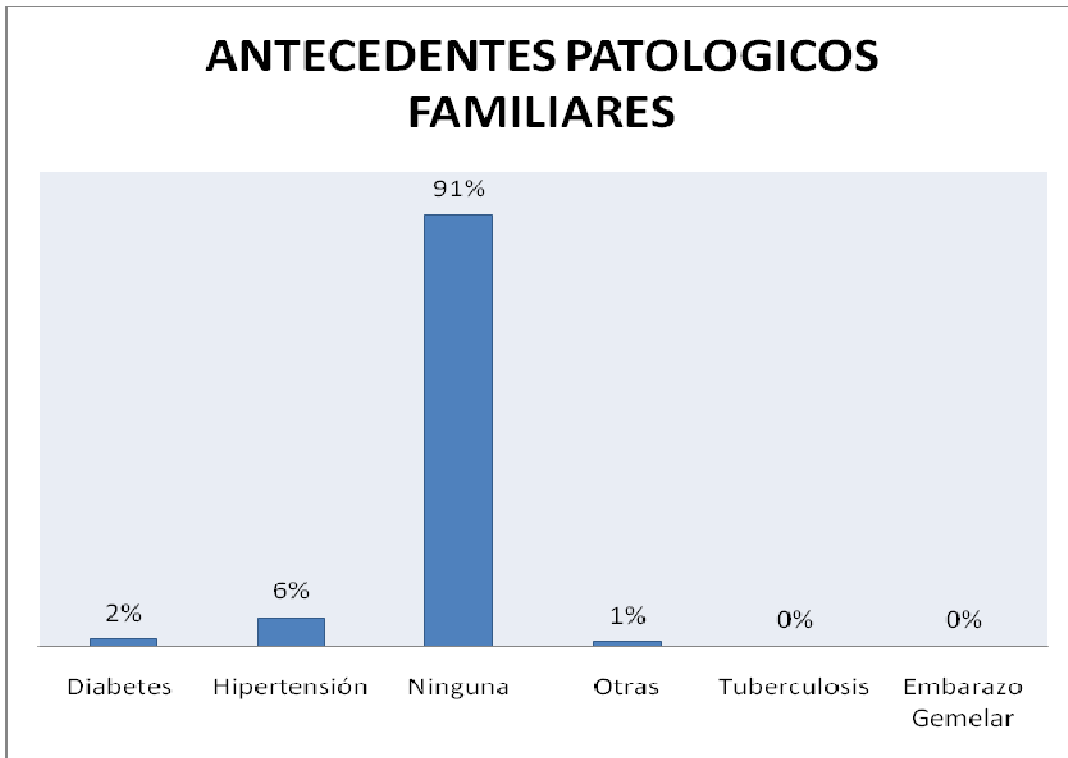
**ANALISIS:** De las 66 pacientes en estudio el 68% reportan en sus historias clínicas que no tienen antecedentes patológicos personales y tan solo el 32% presenta alguna forma de enfermedad que no depende del puerperio, por ejemplo: IVU, gastritis, etc. No hay registros por antecedentes Diabéticos e hipertensión.

Estudio realizado en el HPGDR describe que 158 pacientes (89%) no registra antecedentes.



Estos resultados demostrarían que no hay mayor o quizá ninguna influencia de los antecedentes patológicos personales y la presentación de complicaciones puerperales pero también deja la interrogación de que si se realizó correctamente la anamnesis en cada una de las historias ya que hay patologías en el embarazo que pueden llevar a desencadenar problemas en el puerperio (un ejemplo es la infección de vías urinarias).

**GRAFICO No.10 DISTRIBUCION DE MUJERES CON PATOLOGIAS PUERPERALES SEGUN ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES.**



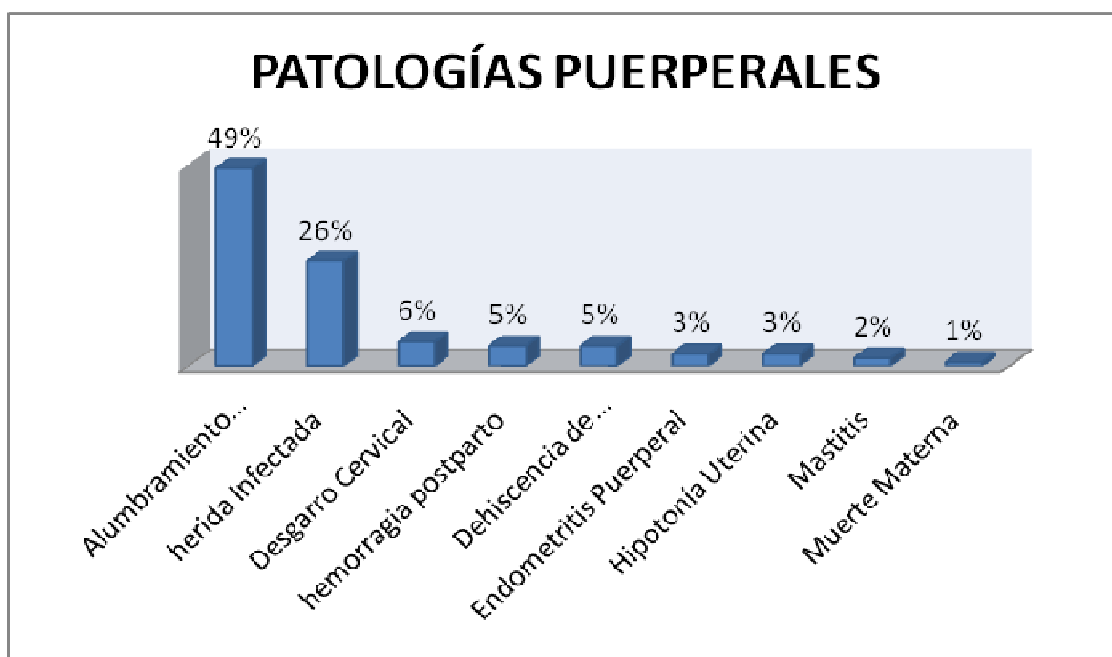
**Fuente:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HJMVI.

**Elaborado:** PAZAN, S. 2010

**ANALISIS:** El 91% de las mujeres en puerperio no presenta ningún antecedente patológico familiar.

En este resultado se interpreta que no hay relación entre las patologías puerperales y éste tipo de antecedente.

**GRAFICO 11. DISTRIBUCION DE MUJERES SEGUN TIPO DE PATOLOGIA PUERPERALES.**



**Fuente:** Ficha de recolección de datos, historias clínicas, HJMVI.

**Elaborado:** PAZAN, S. 2010

**ANALISIS:** De acuerdo a la frecuencia de presentación de mayor a menor está predominando con 49%(32) el Alumbramiento Incompleto, 26%(17) herida infectada, 6%(4) Desgarro Cervical, 5%(1) Hemorragia Postparto y Dehiscencia de Episiorrafia, 3%(2) Endometritis e Hipotonía Uterina, 2%(2) Mastitis y Muerte Materna con el 1%(1). El estudio realizado en el HPGDR 2009 reporta el Alumbramiento Incompleto con 63%, Desgarro Cervical con el 10%, la diferencia con este estudio se debe a que el mismo tiene más incidencia en cesáreas y éstas se infectan. En el 2007 (Quito, Guayaquil y Cuenca) presenta en frecuencia; Atonía Uterina, Desgarro Vaginal y Alumbramiento Incompleto.

Independientemente de los estudios en comparación el alto índice del alumbramiento incompleto en nuestro estudio está marcado directamente por el parto domiciliario puesto que de la 66 pacientes 18 lo han hecho en su hogar y han sido atendidas por personal no profesional.

## VI. CONCLUSIONES

La investigación se llevó a cabo con 66 (5%) pacientes de 1372 en el periodo septiembre 2009 a mayo 2010 y se concluye que:

- Los índices de patologías puerperales se reducirían considerablemente si se tuviera un control médico de las pacientes con factores de riesgo. Es así que el 65% de las pacientes no han tenido un control ideal, 32% presenta entre 5 a 9 controles, este último hecho (incremento) puede deberse a que, una vez que se enteran las pacientes de su estado tienden a buscar ayuda.
- El rango de edad que con mayor frecuencia se da es entre los 20 a 29 años con 42%, coincidiendo con la literatura, pero esto no desplaza la atención que merece las menores de 19 años con 38% y las mayores de 30 años con el 20%.
- Existe mayor riesgo a las mujeres pobres, desposeídas, analfabetas que viven en áreas rurales o en condiciones de marginalidad, muchas de las cuales pertenecen a poblaciones o grupos de adolescentes cuyos embarazos no han sido ni siquiera planificados. También se adjuntan la falta de recursos económicos para acceder a los servicios de salud y la falta de adaptación a estos, hace que acudan a servicios de parteras no calificadas (cultura y costumbres). Es una realidad donde existe una fuerte relación entre la atención institucional del parto y la mortalidad materna.
- Las pacientes que tuvieron complicaciones están predominadas por las multigestas con el 47%, seguida de Primigestas con 38%.

- Los Antecedentes Patológicos Personales y Familiares no tienen ninguna relación con patologías puerperales, de esta manera en el primero no reportan ningún antecedente en el 68% y en el segundo en el 91%.
- Las principales complicaciones encontradas son; Alumbramiento Incompleto con el 49%, seguido del 26% herida infectada, 6% Desgarro Cervical, 5% Hemorragia Postparto y Dehiscencia de Episiotomía, 3% Endometritis e Hipotonía Uterina, 2% Mastitis y Muerte Materna con el 1%.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda poner atención en los factores de riesgo antes mencionados con todo el personal de Salud desde el momento de su preparación académica para así darle la importancia necesaria y que no pase desapercibido por más insignificante que éste aparente.
- Se debe tener más cuidado con todo el personal en el área de Ginecología y Obstetricia con la asepsia y antisepsia al momento, durante y después de los partos y cesáreas.
- Dar opciones de accesibilidad a más casas de salud en el caso de estar saturadas las ya existentes.
- Hacer un seguimiento de las gestantes con factores de riesgo por medio del programa de maternidad como se hace con el programa de tuberculosis.
- Hacer campañas, capacitaciones sostenidas con seguimiento, a todas las madres sobre la importancia de los factores de riesgo.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) **ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.** Mortalidad Materna. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2007; 66(1);
- 2) **ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD.** Morbimortalidad Materna. Boletín de la Organización Panamericana de Salud 2005; 34 (1); 1
- 3) **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS.** Tasas brutas de Natalidad, Mortalidad infantil y Materna. Boletín del INEC 2008;10 (1); 1
- 4) **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR.** Morbimortalidad Materna. Boletín del MSP 2008; 13 (1); 1
- 5) **SCHWARCZ, R. FESCINA, R. DUVERGES, C.** Obstetricia. 6º Ed. Buenos Aires: El Ateneo, 2005. Pp. 644-59.
- 6) **CUNNINGHAM, F. LEVENO, K. BLOOM, S. HAUTH, J. GILSTRAP, L. WENSTROM.** Obstetricia de Williams. 22º ed. México. McGraw-Hill, 2006. Pp. 695-721
- 7) **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR.** Norma y Protocolo Materno. Quito. Ecuador. 2008
- 8) **BOTELLA, J.** Tratado de Ginecología. 14º ed. Madrid: Díaz de Santos, 1993. pp. 341-42
- 9) **GONZALES. MERLO.** Ginecología y Obstetricia. 8º ed. Barcelona: Masson, 2003. pp. 328-330
- 10) **COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO.** Revista española de Obstetricia y Ginecología. 28(1): 82. Diciembre 2008



- 11) **GALBRAITH. TOBERT, M.** Tratamiento de las Complicaciones Clínicas del Embarazo. En Clínicas de Norteamérica de Gineco Obstetricia. 2000, 680-739.
- 12) **BOTERO, J.** Obstetricia y Ginecología. 8ª ed. Bogota: Corporación para investigación Biológicos, 2004. pp. 278-279
- 13) **RODRIGUEZ, A. CORDOVA, A. ALVAREZ, M.** Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave. Revista cubana Obstetricia y Ginecología, 2004. 30 (3). Pp. 1-2
- 14) **GALLEGO, C.** Patología del puerperio Infección puerperal Hemorragias puerperales. Revista electrónica de portales médicos. [publicidad periódica en línea] 2008 abril 24. [citada 2008 abril]. Se consigue en: URL: <http://www.portalesmedicos.com>
- 15) **KARIN, W.** MD Normal and Abnormal Puerperium. American Collage of Obstetricians and Gynecologist. Section 5 of 9. Article Last Updated: Jun 26, 2006
- 16) **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE REPUBLICA DOMINICANA.** Situación epidemiológica-eventos bajo Observancia-Mortalidad Materna. Boletín del MSP República Dominicana 2010; 46 (1). Pp. 34-35
- 17) **GOBIERNO DE CANTABRIA-ESPAÑA.** Protocolo de atención del embarazo y puerperio, 2007. Pp 55-61
- 18) **CLAVERO, N.** Tratado de Ginecología: Fisiología, obstetricia, ginecología, reproducción . 13ª ed. Barcelona. Días de Santos, 1993. Pp 340-66
- 19) **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.** Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. Hospital Luis Castelazo Ayala. México, D.F. 2005.

- 20) **MUÑOZ, R. ALCAZAR, L.** Prevención, diagnóstico y tratamiento de las hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio. Boletín informativo editado por el Instituto Nacional de Salud de México. 2006
- 21) **CABERO, L. SALIVAR, D. COBRILLO, E.** Obstetricia y Medicina Materno fetal. 1 ed. Madrid. Panamericana, 2007. Pp. 1063-1087
- 22) **GUILL, M.A. PEREZ SANTANA, JM. RODRIGUEZ, M. PINEDA, J. VENTURA MARTINEZ, J. DOTEL MEDINA, F.M.** Pronóstico de la puérpera quirúrgica séptima en el Hospital Nuestra Señora de la Altagracia. Rev Med Domin 2004; 53 (4): 128-31.
- 23) **GALLI, B.** Panorama de mortalidad materna no Brasil. In: Cook RJ, Dickens BM, Wilson OAF, Scarrow S, eds. Promovend a maternidade segura atraves dos direitos humanos. Rio de Janeiro: Cepia; Geneva: WHO, 2007; 97-99.
- 24) **EDWARDS, RK. DUFF, P. ROSS, KG.** Amniotic Fluid indices of fetal pulmonary maturity with preterm premature rupture of membranes Obstet Gynecol 2000 Jul, vol 96 (1)102
- 25) **COOK, RJ. GALLI BEVILACQUA, M.B.** Invoking Human rights to reduce maternal deaths Lancet 004; 363: 73
- 26) **LOPEZ JARAMILLO, P. CASAS, J.P. SERRANO, N.C.** Preeclampsia: from epidemiological observations to molecular mechanisms. Braz J Med Biol Res 34: 1227-1235; 2001.
- 27) **VIVIEN DAVIS, TSU.** New and underused Technologies to reduce maternal mortality Lancet 2004; 363: 75-76.
- 28) **UNDP.** Human development report, 2007. Millennium human development goals: a compact among nations to end human poverty. New York and Oxford: Oxford University Press, 2007.

- 29) **PLASENCIA MONCAYO, N.** Enfoque hemodinámico y metabolismo en el sangrado genital grave. Genecol Obstet Mex 2008. 63(6): 250-2.
- 30) **PARREÑO, J.** Hipertensión Arterial y Embarazo. Hospital Docente del Patronato Municipal "San José" diciembre 1999. 3, 4,56
- 31) **RAMOS, V.** Complicaciones en pacientes con puerperio inmediato atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Provincial General Docente Riobamba. 2008.
- 32) **MARTINEZ, B.** Puerperio Patológico. Hospital Universitario Materno infantil 10 de Octubre. Habana-Cuba. 2008.