



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE MEDICINA

**COMPLICACIONES EN PACIENTES CON PUERPERIO INMEDIATO
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA. AÑO 2008.**

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención de título de

MEDICO GENERAL

VIVIANA ROSAURA RAMOS BUSTAN

RIOBAMBA- ECUADOR

2009

DEDICATORIA

Dedico esta tesis y toda mi carrera universitaria a Dios por ser quien ha estado a mi lado en todo momento dándome las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se me presenten.

A mi familia que gracias a su apoyo pude concluir mi carrera.

A mis padres y hermanos por su apoyo y confianza. Gracias por ayudarme a cumplir mis objetivos como persona y estudiante.

A mi madre por hacer de mi una mejor persona a través de sus consejos, enseñanzas y amor. A mi padre por brindarme los recursos necesarios y estar a mi lado aconsejándome siempre.

A mis hermanas por estar siempre presentes. A mi esposo e hijo por darme el tiempo para realizarme profesionalmente.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la vida.

A mis padres , por darme todo su apoyo y quererme sobre todas las cosas.

A mi hijo Daniel Alejandro razon de mi ser y sentido en la vida, ojala pueda servirle de ejemplo para su superacion en la esperanza en que vera un mundo mejor.

A Edison por darme su amor , apoyo, confianza y compartir nuevos e inolvidables momentos en mi vida, te quiero mucho.

A Silvia por sus principios inflexibles , su determinacion y su insesante aliento en momentos de dificultad.

A mis maestros quienes me han enseñado a ser mejor en la vida y realizarme profesionalmente.

Al Doctor Lino Rojas y Juan Carlos Yambay por su desinteresada y generosa labor de transmision de saber, su inagotable entusiasmo y sus acertados consejos y sugerencias.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal de las complicaciones del puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo Enero – Diciembre 2008, tomando en cuenta: edad, procedencia, control prenatal, antecedentes patológicos personales, paridad, tipo de parto y complicación presentada, con la finalidad de obtener información precisa, exacta y clara que sirva para que los profesionales de la salud puedan mejorar la atención.

Se utilizaron datos recolectados de las historia clínicas que fueron tabulados con el programa Excel.

Los resultados obtenidos fueron: La edad de aparición más frecuente es de 19 a 26 años, 44%; las pacientes habitan en el sector rural, 53%; un 25% fue transferido desde otras unidades de salud; el control prenatal cumplieron el 70% de las pacientes, de éste un 34% cumplió con el control adecuado (más de 5); 52% son primigestas; 89% no refirieron ningún antecedente patológico personal; 94% parto por vía vaginal y las complicaciones que se presentaron fueron alumbramiento incompleto, 63%; desgarros vaginales, 10%; hipotonía uterina en un 9%.

El sector donde habitan, el incumplimiento del control prenatal adecuado y el tipo de parto son decisivos de un número mayor de complicaciones del puerperio inmediato teniendo como las principales el alumbramiento incompleto, desgarros vaginales, hipotonía uterina.

Se recomienda que se ponga mayor atención en el manejo del tercer periodo del parto para evitar estas complicaciones y si llegaren a presentarse deberían estar capacitado el personal de salud para solventarlas.

ABSTRACT

A descriptive, retrospective and transversal research about complications after birth was carried out in patients who had birth Hospital Provincial General Docente Riobamba from January to December 2008 taking into account: age, origin, prenatal control personal pathological background, and parity, kind of birth and complications to get accurate and exact information so that doctors can improve their service.

Collected data from medical records were used after being tabulated using Excel. The results were as follows: 44% of patients are between 19 and 26 years old; 53% of patients live in rural areas; 25% of them came from other hospitals; 70% of patients did the prenatal control and about this, 34% of them had a right control (more than 5); 52% of primipara; 89% of patients did not have personal pathological background; 94% of women had birth by vagina; 63% incomplete births; 10% vagina tears; 9% hypotonic uterus.

The place where patients live, the right prenatal control failure and the kind of birth may cause a bigger number of complications after birth such as: unfinished birth, vagina tears, and hypotonic uterus.

It is recommended to pay more attention to the third period birth handle to avoid these complications and if they appeared, doctors should be trained to figure them out.

INDICE GENERAL

CAPITULO I

1	INTRODUCCION	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	GENERAL.....	13
2.2	ESPECIFICOS.....	13
3	MARCO TEORICO	14
3.1	PUERPERIO	14
3.2	ETAPAS DEL PUERPERIO	14
3.3	FISIOLOGIA Y CLINICA	14
3.4	CAMBIOS FISIOLOGICOS.....	19
3.5	PUERPERIO INMEDIATO PATOLOGICO	21
3.6	HEMORRAGIA POS PARTO.....	21
3.6.1	ETIOPATOGENIA	22
3.6.2	FACTORES DE RIESGO DE CAUSAS DE HEMORRAGIA	23
3.7	ATONIA UTERINA	24
3.7.1	ETIOLOGIA	24
3.7.2	CLINICA	25
3.7.3	DIAGNOSTICO	26
3.7.4	PRONOSTICO	26
3.7.5	TRATAMIENTO	27
3.8	DESGARROS OBSTETRICOS	29
3.9	DESGARROS VULVARES.....	30
3.10	DESGARROS PERINEALES	30

3.11	DESGARROS VAGINALES.....	30
3.12	DESGARROS CERVICALES	31
3.13	RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS	33
3.14	INVERSION UTERINA	34
3.14.1	TRATAMIENTO	35
3.15	COAGULOPATÍAS.....	36
3.15.1	ETIOLOGIA	37
3.15.2	FISIOPATOLOGIA	37
3.15.3	CLINICA	38
3.15.4	TRATAMIENTO	38
3.16	ETIOLOGIA DE LA HEMORRAGIA POS PARTO.....	40
3.17	COMPLICACIONES INFECCIOSAS.....	41
3.18	COMPLICACIONES PSÍQUICAS	42
4	VARIABLES.	45
5	MARCO CONCEPTUAL	45
6	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.	47
7	RESULTADOS	48
8	CONCLUSIONES	60
9	RECOMENDACIONES	61
10	BIBLIOGRAFIA	62
	ANEXOS	65

INDICE DE TABLAS

TABLA # 1	EDAD DE LAS MADRES EMBARAZADAS.....	48
TABLA #2	INSTRUCCIÓN.....	49
TABLA #3	PROCEDENCIA DE LAS MADRES EMBARAZADAS.....	50
TABLA #4	MADRES EMBARAZADAS TRANSFERIDAS.....	51
TABLA #5	TIPO DE PARTO.....	52
TABLA #6	ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES.....	53
TABLA# 7	ATENCION DEL PARTO.....	54
TABLA #8	PARIDAD DE LAS MADRES EMBARAZADAS.....	55
TABLA #9	CONTROL PRENATAL.....	56
TABLA #10	COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO.....	57

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO#1	EDAD DE LAS MADRES EMBARAZADAS	48
GRAFICO#2	INSTRUCCIÓN.....	49
GRAFICO#3	PROCEDENCIA DE LAS MADRES EMBARAZADAS.....	50
GRAFICO#4	MADRES EMBARAZADAS TRANSFERIDAS.....	51
GRAFICO#5	TIPO DE PARTO.....	52
GRAFICO#6	ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES.....	53
GRAFICO#7	ATENCION DEL PARTO.....	54
GRAFICO#8	PARIDAD DE LAS MADRES EMBARAZADAS.....	55
GRAFICO#9	CONTROL PRENATAL.....	56
GRAFICO#10	COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO.....	57

1 INTRODUCCION

La mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio continúa siendo alta y aún constituye una tragedia en varios países de América Latina y el Caribe. Se calcula que la razón global de mortalidad materna en estos países es de 190 por 100000 nacidos vivos, lo que representa no sólo una tragedia para las familias individuales sino también una pérdida muy grande para la sociedad.

La pérdida de vidas a causa de complicaciones durante el embarazo, la incidencia de morbilidad y discapacidad y los impactos sociales y económicos subrayan la necesidad urgente de reducir la mortalidad materna en la región.

Las limitaciones estructurales son importantes pero las evidencias reflejan que aún en las condiciones actuales se puede mejorar el control y vigilancia del embarazo, parto y puerperio.

La calidad y eficiencia en la atención del parto, así como en el puerperio son importantes y conllevan a la necesidad de medirlas, pero es siempre un desafío debido en parte a que los indicadores deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada.

La OMS opina que las complicaciones puerperales inmediatas, son las principales causas de morbi-mortalidad materna más fácilmente prevenible y tratable, reduciendo la incidencia de mortalidad, en aquellas mujeres que se han sometido a un parto institucional y además considera urgente que los servicios sanitarios proporcionen la asistencia con alta eficiencia, calidad adecuada y de fácil acceso a todos los niveles de la prestación de los servicios.

Al momento, el Ecuador ocupa, el cuarto lugar entre los países de América que mayor índice de mortalidad materna registran, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2005, el 38 por ciento de las muertes se relacionan a causas obstétricas directas; el 28 por ciento se produce por la toxemia del embarazo; el 20 % por hemorragias, el 7 % por complicaciones en el post parto.

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbi-mortalidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

Al no tener información documentada de las complicaciones del puerperio inmediato en el Hospital Provincial General Docente Riobamba considero relevante desarrollar el presente trabajo.

Tomando en cuenta estos antecedentes esta investigación establece cuales son las complicaciones del puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Provincial General Docente Riobamba en el año 2008.

2 OBJETIVOS

2.1 GENERAL

- Determinar las complicaciones en pacientes con puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología del hospital provincial general docente Riobamba año 2008.

2.2 ESPECIFICOS

- Identificar las complicaciones según edad, procedencia, nivel educacional, Paridad y tipo de parto.
- Describir el cumplimiento del control pre natal.
- Identificar factores de riesgo para complicaciones según antecedentes patológicos personales.
- Determinar porcentaje de transferencias de otras casas de salud.

CAPITULO III

3 MARCO TEORICO

3.1 PUERPERIO

Período que se extiende desde el alumbramiento hasta la recuperación de los cambios fisiológicos y anatómicos inducidos por el embarazo excepto las mamas.

3.2 ETAPAS DEL PUERPERIO

Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 Hs. y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos.

Puerperio Mediato: abarca del 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos, y comienza la lactancia.

Puerperio Tardío: desde el 11 día a las 6 semanas pos parto y se acompaña de una lactancia prolongada y activa.(1) (18)

3.3 FISILOGIA Y CLINICA

Puerperio Inmediato: en este periodo el esfuerzo orgánico, está destinado a lograr la Hemostasia Uterina.

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

Para una eficaz hemostasia se ponen en juego 2 mecanismos:

- **La retractilidad:** fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina.

- **La contractilidad:** fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporario de la fibra muscular uterina.

Placenta y Desidua Basal (sus capas)

Ambos fenómenos en conjunto provocan la compresión y oclusión vascular que se denominan Ligaduras Vivientes de Pinard.

Clínicamente palpamos un útero de consistencia dura elástica, de límites bien definidos que se denomina "Globo de Seguridad de Pinard", periódicamente adquiere una consistencia dura leñosa que provoca dolor, denominados "Entuertos", el fondo uterino se ubica aproximadamente a nivel umbilical.

La hemostasia lograda no es total, se pierden pequeñas cantidades de sangre rojo rutilante, acompañada de restos de decidua esponjosa, lo que se elimina por genitales luego del parto se denomina "Loquios", en las primeras 24 Hs. estos son hemáticos, y se pierden aproximadamente 500 cc. de sangre. (2)(3)

Desidua basal luego del desprendimiento placentario

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

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

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

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

Curva Térmica Puerperal

Puerperio mediato: durante este periodo se ponen en juego mecanismos involutivos para recuperar los caracteres pregrávidos:

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

Paulatinamente aumenta el contenido seroso de los loquios, producto del trasudado de la superficie endometrial y por desematización del cérvix y vagina, al cuarto o quinto día los loquios se convierten en serohemáticos con

contenido leucocitario y células descamadas de cérvix y vagina, los loquios nunca deben presentar olor fétido.

En el miometrio las fibras musculares hipertrofiadas vuelven a su tamaño normal, las fibras neo formadas sufren una degeneración hialina, esto se manifiesta clínicamente con una disminución de la altura uterina a una velocidad de 1 – 2 cm. / día.

Involución uterina puerperal

El segmento uterino adelgazado y plegado le da al cuerpo gran movilidad y sufre un proceso involutivo que lo lleva a desaparecer al final de este periodo. Las contracciones disminuyen en intensidad y frecuencia. El cuello uterino al tercer día por la disminución del edema que sufre recupera su forma, longitud y consistencia, se restablece el canal cervical que al cuarto o quinto día no es permeable al dedo.

La vagina se desematiza, reaparecen los pliegues vaginales y recupera su tonicidad igual mecanismo se pone en juego en la vulva.

Fenómenos humorales: la desematización aumenta el volumen vascular renal que provoca un aumento en la diuresis (poliuria fisiológica del puerperio). Aumenta el catabolismo proteico con un consecuente aumento de la uremia. Se mantiene elevada por unos días la eliminación de creatinina que luego se normaliza. El hematocrito y la hemoglobina disminuyen por dilución. La leucocitosis se normaliza en este período. la hipercoagulabilidad sanguínea exagerada durante el embarazo y el parto se mantiene. Hay aumento de las plaquetas, de la agregación plaquetaria y del fibrinógeno plasmático; la velocidad de sedimentación globular se acelera pudiendo llegar en la primera hora hasta 50 milímetros.

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

Vagina

Postparto se encuentra lisa, edematosa y flácida, es habitual en el examen que se encuentra muchas veces sin pliegues ni fondos de saco.

A las 3 - 4 sem Desaparece el edema y reaparecen los pliegues ,la reepitelización definitiva depende de la duración de la Lactancia. Por regla general la atrofia genital es una medida equivalente de la duración e intensidad de la lactancia. A mayor exclusividad de la lactancia (Lactancia total v/s lactancia parcial) y a mayor duración de la misma, la atrofia genital será mayor. Ocasionalmente se produce sensación de sequedad y dolor con el reinicio de las relaciones sexuales por la misma atrofia.(3)

Mamas

2º - 4º día post-parto las mamas se encuentran ingurgitadas, aumentadas de volumen, azulada por el aumento de la vascularización y gran pigmentación de la areola y el pezón.

Modificaciones del embarazo

Aumento de la actividad mitótica, proliferación y formación de conductos y acinos

1ª Mitad: formación de circulación colateral, pigmentación y aumento de volumen

2ª Mitad: cesa la proliferación y comienza la actividad secretora celular.

Hipertrofia de las células mioepiteliales y adelgazamiento del estroma

Modificaciones post gestacionales

Durante los primeros tres días hay un aumento mayor del flujo sanguíneo, los alvéolos se distienden por producción láctea, la mama se ingurgita y se endurece, es la llamada “bajada de la leche”

Inicio de la secreción láctea

El alumbramiento hace caer en la madre las hormonas placentarias. Esto determina un aumento de la Prolactina plasmática e inicia la producción de leche. A su vez, para la mantención de la lactancia es necesario el adecuado y frecuente vaciamiento de la glándula, esto lo dará la succión.

Los niveles de prolactina van disminuyendo hacia las 10-18 semanas post parto con cada succión se producen aumentos de la prolactina plasmática

REFLEJO LIBERADOR DE PROLACTINA.

3.4 CAMBIOS FISIOLÓGICOS

Sistema Cardiovascular

Cambios Hematológicos

Sistema de Coagulación Sanguínea

Aparato digestivo

Tracto Urinario

Sistema respiratorio

Sistema Cardiovascular

Volumen sanguíneo

Cae un 16 % en las primeras 24 hrs. Llega a eliminarse el 40 % de la volemia gestacional a las 6 semanas post parto.(3)

Gasto Cardíaco

Aumenta un 13 % después del alumbramiento. Al desaparecer el espacio uteroplacentario hay un aumento del retorno venoso que determina aumento consecuente del gasto cardiaco. Se mantiene estable la primera semana, Cae a los valores pre-gestacionales a las 6 semanas.

Resistencia Vascular Periférica

Aumenta al cerrarse el lecho placentario con lo que se normaliza la presión y la frecuencia cardíaca las primeras 2 semanas.

Cambios Hematológicos

Glóbulos Rojos

Aumento de la masa eritrocitaria en 15 % en 1ª semana Vuelve a valores normales a los 120 días.(3)

Leucocitos

Leucocitosis de hasta 20.000 (granulocitos), hecho a tomar en cuenta en la interpretación de exámenes de laboratorio.

Plaquetas

Disminución del recuento post parto y luego elevación la primera semana.

Aumento de la adhesividad plaquetaria

Sistema de Coagulación Sanguínea

Sistema fibrinolítico en equilibrio dinámico, con los factores pro-coagulantes

Gran consumo de factores de coagulación.

El alza secundaria de Fibrinógeno, F VIII y plaquetas predispone enfermedad

Tromboembólica en la primera semana de puerperio

Otros Sistemas

Aparato Respiratorio

Modificaciones por cambios abdominales y tórax.

Normalización Acido-Base Aumenta pCO₂ , Aumenta E. Base y Bicarbonato
Aumenta consumo de O₂ en reposo e intolerancia a ejercicio

Aparato Digestivo

Durante la primera semana desaparece la pirosis, cesa el reflujo y vuelve la motilidad intestinal, la que se encontraba enlentecida por efecto de la progesterona durante el embarazo. Sin embargo le episiotomía puede hacer temer a la madre y diferir el obrar.

En el Hígado la función vuelve en las 3 primeras semanas.

Tracto Urinario

Dilatación del sistema pielocaliciario puede persistir hasta 3 meses post parto.

Un 11 % queda con dilatación permanente.

Flujo plasmático renal se relaciona con Gasto Cardíaco y volemia, clearance creatinina. y nitrógeno ureico se elevan en la primera semana

3.5 PUERPERIO INMEDIATO PATOLOGICO

3.6 HEMORRAGIA POS PARTO

Incidencia del 3,9 % de los partos vaginales y 6,4 % de las cesáreas. Las hemorragias del puerperio son una complicación que da cuenta del 35 % del total de muertes maternas por hemorragias en el embarazo.

Se considera hemorragia del post parto cuando se pierda más de 500 ml en un parto vaginal ó más de 1000 ml en una cesárea originadas bien desde el sitio de implantación placentaria, bien de un traumatismo del tracto genital y/o las estructuras adyacentes o de ambas cosas. También defectos de coagulación se pueden desarrollar, complicando y agravando lo anterior.

Como no siempre es posible una cuantificación exacta, se reconoce también cuando se ha producido una caída de 10% en el hematocrito.(9)

3.7 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. (17)

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 retro placentario.

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.

3.7.1 FACTORES DE RIESGO DE CAUSAS DE HEMORRAGIA

Antenatales

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ✓ Anemia. | ✓ Miomatosis Uterina. |
| ✓ Estado Nutricional deficitario. | ✓ Antecedentes de Coagulopatías (Púrpura Trombocitopénica) Ruptura Prematura de Membranas mayor de 6 horas (RPM), Inserción anormal de placenta. |
| ✓ Inmunosupresión. | ✓ Incumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia previo a la atención del parto y puerperio. |
| ✓ Várices maternas. | |
| ✓ Macrosomía. | |
| ✓ Polihidramnios. | |
| ✓ Síndrome Hipertensivo Gestacional. | |
| ✓ Embarazo gemelar. | |

Antes de la expulsión de la placenta:

- | | |
|---|---|
| ✓ Aumento en la frecuencia de tactos vaginales durante la atención del parto (más de cuatro). | ✓ Retención de placenta. |
| ✓ Parto Prolongado. | ✓ Laceraciones del útero y canal del parto (desgarro o rotura uterina, desgarro cervical, desgarro vaginal y perineal). |

Después de la expulsión de la placenta:

- | | |
|---|-------------------------|
| ✓ Hipotonía o atonía uterina. | ✓ Coagulopatía materna. |
| ✓ Retención de restos placentarios o membranas. | ✓ Rotura uterina. |
| ✓ Laceraciones del canal del parto. | ✓ Inversión Uterina. |

Causas de SEPSIS

- ✓ Estados deficitarios maternos: Anemia, inmunosupresión, hemorragia.
- ✓ Aborto inducido en condiciones no seguras.
- ✓ Parto domiciliario.
- ✓ La rotura prematura de membranas.
- ✓ Múltiples tactos vaginales.
- ✓ Falta de cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia.
- ✓ Parto patológico, los accidentes asociados a este evento y las intervenciones que se realizan para solucionarlos: Trabajo de parto prolongado, Retención de restos placentarios, desgarros del canal del parto, extracción manual de la placenta.
- ✓ Infección de vías urinarias.

Fuente: Protocolo de atención del puerperio fisiológico Ministerio de Salud de Nicaragua

3.8 ATONIA UTERINA

Es responsable del 50% de las hemorragias del alumbramiento y del 4% de las muertes maternas. Ocurre cuando luego de la salida de la placenta, el útero no se contrae por lo que hay pérdida continua de sangre desde el lugar donde estaba implantada la placenta. (4)

4 ETIOLOGIA

Los factores etiológicos más frecuentes pueden ser:

a) **Inevitables:**

-Hiperdistensión uterina: Fetos macrosómicos, embarazos gemelares o polihidramnios.

-Grandes placentas: Diabetes, enfermedad hemolítica perinatal.

-Placenta previa.

- Abruptio placentario.
- Parto precipitado.
- Útero "fibroso": Grandes multíparas, primíparas añosas,...
- Miomias uterinos.
- Corioamnionitis.
- Antecedentes de atonía uterina en partos previos.

b) Evitables:

- Incorrecta asistencia al alumbramiento.
- Impedimento mecánico a la contracción: Restos placentarios o de membranas; vejiga urinaria muy repleta.
- Partos traumáticos.
- Partos prolongados, con agotamiento de la gestante.
- Iatrogenias: Utilización de anestésicos generales, tales como los halogenados.
- Analgésias de conducción. Abuso de oxiócicos.
- Miometrio mal perfundido, p. ej. por una hipotensión.
- Falta de prevención del periodo de inercia uterina.

4.1.1 CLINICA

Las característica clínica de esta hemorragia del IIIº periodo del parto es su aparición tras del desprendimiento de la placenta. El volumen inicial de la pérdida sanguínea puede no ser cataclísmico, produciéndose un sangrado continuo, pero que, según progresa el tiempo, alcanza un volumen muy considerable, constituyendo un aspecto muy traicionero el hecho de que la repercusión hemodinámica (frecuencia del pulso y T.A.) pueda no ser importante hasta que la pérdida hemorrágica es ya muy considerable. (20)

En algunas ocasiones el sangrado no se hace evidente al quedar inicialmente la sangre retenida en el interior del útero. Suelen existir los antecedentes etiológicos citados. (10)(11).

4.1.2 DIAGNOSTICO

El diagnóstico es sencillo y rápido, excepto cuando se desconoce la acumulación intrauterina de sangre:

- Hemorragia tras la salida de la placenta.
- Útero más alto y blando de lo normal.
- Constatación de placenta completa.
- Ausencia de desgarros genitales:

El diagnóstico diferencial con la hemorragia por desgarros se basa en que ésta acontece en cuanto sale el feto o se ha realizado una maniobra traumática, no existiendo el lapso de tiempo hasta el desprendimiento placentario. Si esto no es suficiente, la inspección cuidadosa buscando desgarros en la vagina, cuello uterino y útero, junto con la palpación de un útero blando, no contraído, revelan la causa etiológica.(21)

Hay que tener en cuenta que ocasionalmente ambas causas pueden concurrir.

4.1.3 PRONOSTICO

Respecto al pronóstico éste puede ser serio. En un medio hospitalario una mujer con una hemorragia uterina no debe morir, aunque se haya de recurrir ocasionalmente a una histerectomía, pero en un medio extra hospitalario la muerte de la paciente no es rara, constituyendo uno de los componentes más frecuentes de la mortalidad materna.

Una complicación ocasional es la aparición posterior de un **síndrome de Sheehan** (necrosis del lóbulo anterior hipofisario), con panhipopituitarismo.(13)

4.1.4 TRATAMIENTO

Una cierta hemorragia pos alumbramiento es inevitable; para que no sea excesiva se utiliza de forma rutinaria el alumbramiento medicamentoso.

Si se está produciendo la hemorragia por hipotonía actuaremos de la siguiente manera:

1) Primer paso

-Conseguir ayuda, pero sin perder la calma y evitar que se acumule personal sin función alguna en la sala de partos.

-Canalizar venas y cruzar sangre.

-Masaje uterino externo: Siempre hay que palpar el fondo uterino después del alumbramiento y, si éste no está contraído, un masaje fúndico enérgico suele contraerlo.

-Si esa maniobra no lo consigue hay que administrar oxitocina por vía intravenosa rápidamente (20 UI de oxitocina en 500 ml solución de Ringer-lactato, a un ritmo de 10 ml/min), añadiendo además la administración de metilergobosina por vía intramuscular y/o intravenosa. También la utilización de prostaglandinas (metil-carboprost 250 µg i.m.), si se dispone de ella.

2) Segundo paso: Si lo anterior fracasa:

-Revisión del canal del parto y, si no se identifican desgarros, no debe perderse más tiempo se realiza la compresión uterina bimanual, introduciendo la mano con el puño cerrado en la vagina y comprimiendo fuertemente el útero contra ella con la mano contraria transabdominal.

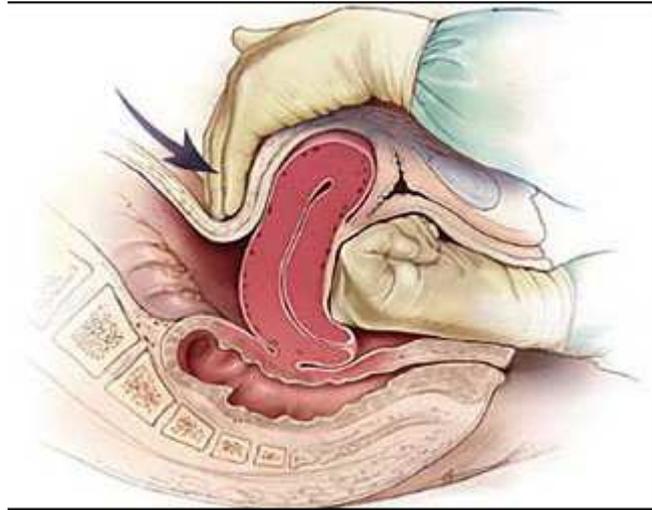


Ilustración 1. Masaje Uterino Bi manual.

-Comenzar la transfusión sanguínea y, por una segunda vía intravenosa, continuar administrando oxitocina al tiempo que la transfusión.

-Evaluar la adecuación del volumen-minuto y el relleno arterial, mediante el control de la diuresis colocando una sonda de Foley.

3) Tercer paso: Si persiste la hemorragia:

-Inspeccionar de nuevo el cuello y la vagina

-Masaje uterino interno, que además permite explorar la cavidad uterina de forma manual para buscar fragmentos placentarios retenidos o laceraciones.

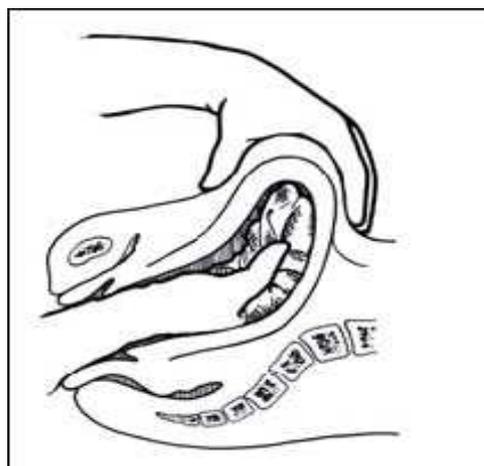


Ilustración 2. Masaje Uterino Interno.

4) Cuarto paso: Ante el fracaso de lo anterior:

-Colocar un taponamiento intrauterino (nunca vaginal, que lo único que hará es ocultar la hemorragia). Aparte de la hemostasia por presión, se produce una irritabilidad del miometrio que induce a su contracción.(4)

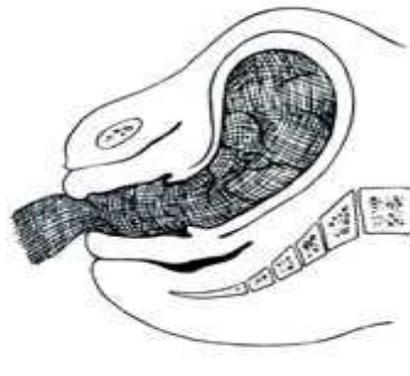


Ilustración 3. Taponamiento Intrauterino

-Este taponamiento se puede repetir una segunda vez.

5) Ante el fracaso de todo lo anterior:

-Laparotomía e intento de ligadura de la arteria hipogástrica.

-Si esto fracasa recurrir a la histerectomía.(4)

4.2 DESGARROS OBSTETRICOS

Constituyen la segunda causa de hemorragia postparto. Suelen estar relacionados con partos operatorios que lesionan el canal blando del parto aunque pueden aparecer también partos muy rápidos.

El sangrado suele ser de menor cuantía, pero constante, de sangre más roja, comienza luego de la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta, y sigue aun con útero contraído.(11)

4.3 DESGARROS VULVARES

Fácilmente identificables, no suelen causar problemas. Son frecuentes, sangrantes y dolorosos en la vecindad del clítoris. Se suturan con puntos sueltos mediante una sutura fina reabsorbible.

Si no sangran cicatrizan solos con facilidad.(12)

4.4 DESGARROS PERINEALES

Casi todos los desgarros perineales acompañan algún desgarro vaginal. Existen varios grados de profundidad, clasificados según afecten solo la piel y tejido subcutáneo (Iº), la musculatura perineal (IIº), el esfínter anal (IIIº) o incluso la mucosa rectal (IVº).

Deben identificarse cada una de las estructuras (capas musculares, tejido subcutáneo, piel) y repararse individualmente ya que la simple sutura del desgarro cutáneo no es adecuada, siendo especialmente importante recuperar la integridad del esfínter anal cuando está afecto.

En caso de afectación de la mucosa rectal, ésta se sutura desde el ángulo de rotura hacia abajo, mediante una sutura continua de material reabsorbible fino, invirtiendo los bordes, de tal manera que se una serosa con serosa; posteriormente se recomienda antibioterapia y dieta astringente, con o sin fármaco astringente asociado, en los primeros días. (5)

4.5 DESGARROS VAGINALES

Pueden acontecer en cualquier localización de la vagina, sin asociarse a desgarros perineales. Los del tercio distal pueden extenderse en profundidad y ocasionar profusas hemorragias. Su reparación implica la localización del ángulo superior del desgarro y la sutura hemostática por encima del mismo. Después puede suturarse mediante puntos sueltos o sutura continua. En caso

de estallidos vaginales tras dar los puntos hemostáticos, es preferible la colocación de un tapón de gasa vaginal apretado (y una sonda de Foley), si el intento de dar puntos de sutura se ve dificultado por la friabilidad del tejido.

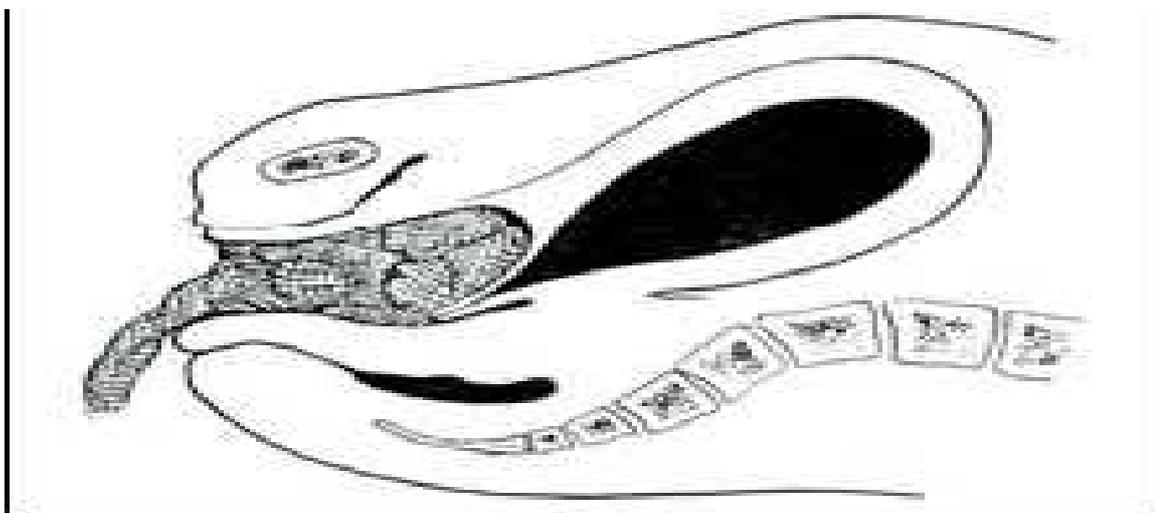
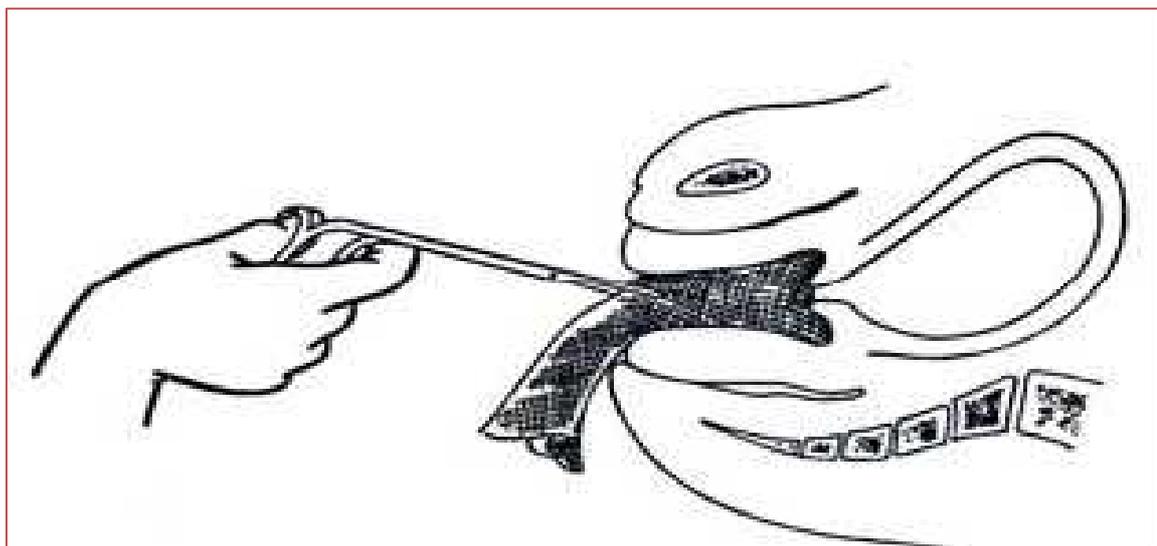


Ilustración 4. Proceso de Taponamiento externo vaginal

Los desgarros superficiales no sangrantes no requieren sutura.

4.6 DESGARROS CERVICALES

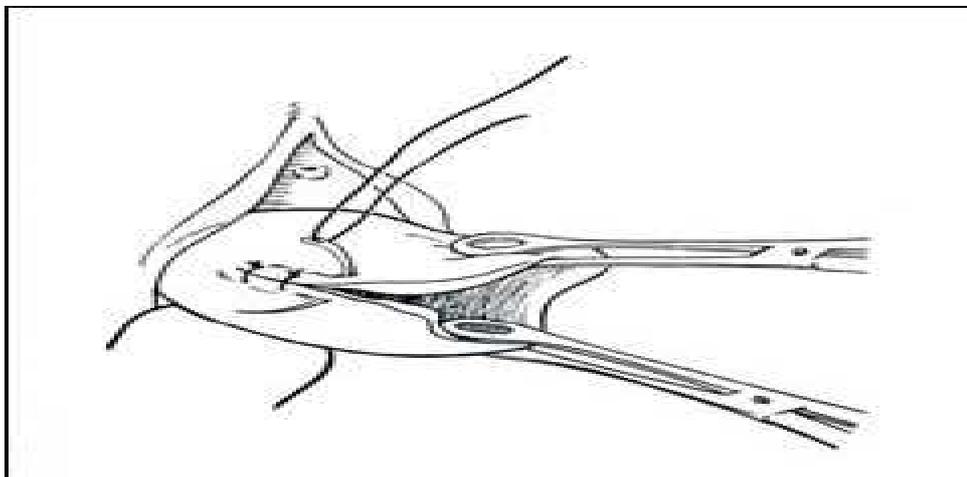
Desgarros cervicales de hasta 2 cm se consideran como inevitables en el curso de un parto normal, estos desgarros curan rápidamente y raramente son el

origen de algún problema. Suelen localizarse a las 3 y 9 horarias del cuello uterino. Si el desgarro supera aquella medida, suele afectar a estructuras vasculares que determinan la aparición de hemorragias inmediatas a su producción. Raramente los desgarros cervicales se extienden hasta involucrar el segmento uterino inferior y la arteria uterina (colpoaporrexis).

Casi siempre se asocian a maniobras traumáticas e inadecuadas sobre el cérvix, tales como la dilatación manual forzada del mismo, la utilización de medios extractores sin alcanzar la dilatación completa, rotaciones complicadas con fórceps, etc, pero ocasionalmente se producen de forma inesperada.

El diagnóstico se establece al explorar el canal genital ante la presencia de una hemorragia durante y después del IIIº periodo del parto. Hay que realizar una revisión completa del canal, para objetivar otras lesiones asociadas. La mejor técnica es la utilización de retractores vaginales y el pinzamiento de los labios del cérvix con pinzas de anillo.

Tras la exposición del desgarro debe repararse con una sutura hemostática reabsorbible, que se inicie por encima del ángulo del desgarro y luego puntos sueltos o en "8". También en estos casos puede resultar interesante dejar un tapón de gasa intravaginal apretado y sonda de Foley.



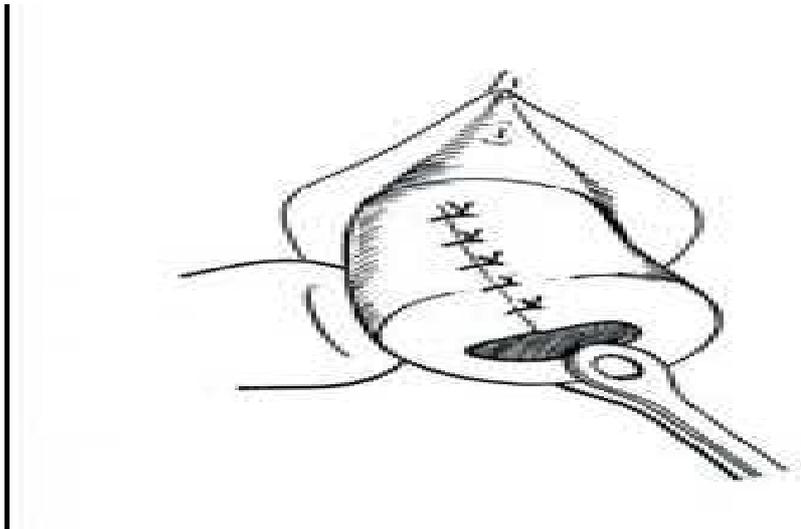


Ilustración 5: sutura de cuello uterino.

4.7 RETENCION DE RESTOS PLACENTARIOS

La retención de tejido placentario y de membranas después de la placenta es la causa del 5-10% de las hemorragias del postparto.

Clínicamente se manifiesta por una hemorragia, no muy abundante pero persistente que procede de cavidad uterina con útero contraído o no, pero que no responde a la administración de oxitócicos.

Retención de placenta

La ausencia del alumbramiento tras un periodo de 15-30 min. Puede deberse:

– Incarceración de la placenta desprendida que permanece en cavidad uterina o parcialmente en vagina, por espasmo del istmo, generalmente por tracciones intempestivas o falta de contracciones uterinas.

– Adherencia patológica de la placenta. Las diferentes formas de placentas adherentes tienen una característica básica común: ausencia de decidua basal.

Por ello la placenta se adhiere directamente al miometrio. Hay distintos grados

de penetración:

- ácreta que llega al miometrio.
- íncreta que invade el miometrio.
- pércreta que incluso llega al peritoneo visceral y a las estructuras vecinas.(4)

De todas ellas la más frecuente es la primera forma y habitualmente suele presentarse de forma local o parcial siendo muy rara la total.

Últimamente se ha observado un aumento en la incidencia de las adherencias placentarias debidas a diversos motivos:

- Incremento de la cesárea.
- Incremento de la cirugía uterina previa.

Asimismo se incrementa en la placenta previa. El binomio placenta previa - acretismo se da en el 40-50% de los casos, aumentando en la cesárea alterativa.(6)

4.8 INVERSION UTERINA

Es la invaginación del útero dentro de su propia cavidad.

El fondo del útero se invagina en la cavidad y puede descender arrastrando sus paredes, atravesar el cuello y asomar por vulva.

Luego de ocurrir esto, con frecuencia el cuello y el segmento uterino inferior forman un anillo de constricción que fija la porción invertida ocasionando edema

y congestión vascular, lo que agrava más la constricción inicial.

Es una causa rara de hemorragia del alumbramiento aunque potencialmente muy grave. Sólo un diagnóstico rápido y una conducta adecuada permiten evitar sus complicaciones, por ello debe formar parte del diagnóstico diferencial de todas las hemorragias postparto.

Según su severidad, se clasifican:

- primer grado: inversión incompleta, el fondo invaginada llega al orificio cervical sin sobrepasarlo,
- segundo grado: llega a orificio cervical y a vagina,
- tercer grado: el fondo uterino prolapsado sobrepasa el plano de vulva.

La causa exacta es desconocida, pero hay una serie de factores de riesgo como son: implantación fúndica, placenta previa, acretismo placentario, así como algunas maniobras que la favorecen, como son la expresión del fondo (maniobra de Credé) y la tracción excesiva del cordón umbilical, ambas para facilitar el alumbramiento.(2)(19)

4.8.1 TRATAMIENTO

-Intento rápido de reposición uterina manual:

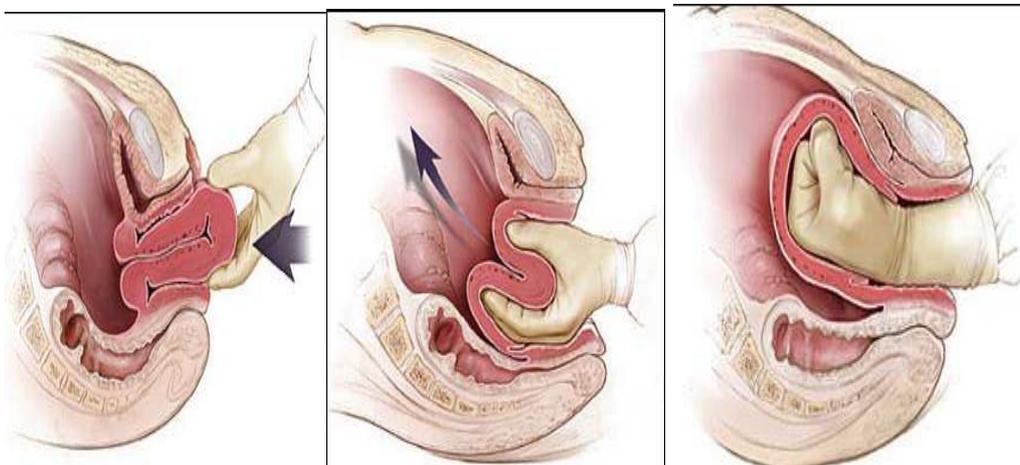


Ilustración 6. Inversión Uterina

Fuente: Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica, SA, 2002.

4.9 COAGULOPATÍAS

1) **Previas al embarazo:** Hemofilias, plaquetopenias, etc.

2) **C.I.D. secundario a complicaciones de la gestación o parto.**

Coagulopatías previas al embarazo: Las más frecuentes son:

1) Déficit del Factor VIII: Representan el 95.5% de los casos, destacando la hemofilia (ligada al cromosoma X) y la enfermedad de von Willebrand.

2) Defectos plaquetarios:

-Amegacariocitosis, asociada a la aplasia medular.

-Con megacariocitos: No inmunológica: Púrpura tromboembólica trombopénica (PTT).

Inmunológica: Púrpura trombopénica idiopática (PTI) de Werlhoff:

Existen anticuerpos antiplaquetarios. Puede tratarse con prednisona y sangre fresca. (4)

En general rara vez dan problemas en el parto a nivel de la herida placentaria, sino más bien si se producen desgarros.

Respecto a la vía del parto si el recuento de plaquetas es ≥ 100.000 se prefiere la vía vaginal, pero para valores plaquetarios < 100.000 o bien se practica directamente una cesárea o se practica una microtoma de sangre fetal en la que se estudia su hemostasia y, si en el feto el recuento plaquetario es > 50.000 , podría aún intentarse el parto vaginal, caso contrario cesárea.

Coagulación intravascular diseminada de origen obstétrico: La hemorragia por coagulopatía de consumo es, casi siempre en Obstetricia, una complicación de un proceso patológico subyacente identificable, cuyo tratamiento debe revertir la desfibrinización, por lo que la identificación de la etiología y la rápida eliminación de la causa es la prioridad número uno del tratamiento.(14)

4.9.1 ETIOLOGIA

Las causas más frecuentes de la misma son:

- + Abruptio placentae.
- + Muerte fetal con feto retenido.
- + Embolia de líquido amniótico.
- + Sepsis.
- + Aborto séptico.
- + Preeclampsia.
- + Maniobras obstétricas forzadas.

4.9.2 FISIOPATOLOGIA

La génesis etiológica se inicia con la liberación a torrente circulatorio, en cada uno de estos procesos, de sustancias con actividad trombotrófica, que determinan adherencia y agregación plaquetaria, desencadenando una coagulación intravascular diseminada, con un consumo de plaquetas y diversos productos de la coagulación variables. Como consecuencia, se deposita fibrina en los vasos pequeños, lo que activa la fibrinólisis a través del plasminógeno, que lisa las fibrinas y el fibrinógeno, dando lugar a productos de degradación y al dímero D.

La consecuencia fisiopatológica es múltiple:

- El consumo de plaquetas y productos de la coagulación crea una tendencia hemorrágica, que se potencia por el efecto anticoagulante de los productos de degradación de la fibrina.
- La obstrucción circulatoria determina hipoperfusión orgánica, con marcada repercusión pulmonar y renal, en conjunción con la hipotensión que suele coexistir, con el resultado de insuficiencia multiorgánica.

-La coagulopatía de consumo se puede asociar a una hemólisis microangiopática con el resultado de anemia, que complica más el proceso.

El pronóstico del proceso dependerá, además de la extensión de los defectos de la coagulación que se produzcan, de la integridad estructural del aparato vascular, pues si está afectada, pueden producirse hemorragias letales.

4.9.3 CLINICA

La aparición de hemorragias persistentes desde puntos de venopuntura, desde erosiones mínimas como las producidas al rasurar el periné o el abdomen, el sangrado espontáneo por las encías o nariz, o áreas purpúricas en sitios de presión, puede indicar coagulopatía. La pérdida continua sanguínea, sin formación de coágulo consistente, en las heridas quirúrgicas es un dato concluyente.

La analítica demuestra progresiva hipofibrinogenemia (los valores en la gestación

oscilan entre 300-600 mg/dl), apareciendo la clínica con valores inferiores a 100 mg/dl; elevación de los productos de degradación del fibrinógeno-fibrina o del dímero D, progresiva trombocitopenia, progresiva prolongación del tiempo de protrombina, descenso de índice de Quick.

4.9.4 TRATAMIENTO

Se hará en connivencia con el hematólogo y posterior control en UCI las primeras horas. Como se ha insistido el tratamiento debe dirigirse primariamente hacia el factor etiológico (evacuación de un feto muerto o del hematoma retro placentario de un abruptio, corrección de una sepsis, cierre de los territorios vasculares abiertos, etc).

Enérgico restablecimiento de la circulación para tratar la hipovolemia y conseguir la perfusión adecuada orgánica, con lo que los factores de la coagulación activados y los productos de degradación de la fibrina y el fibrinógeno circulantes serán rápidamente retirados de la circulación:

Transfundir concentrados de hematíes y plaquetas y plasma fresco (que es el que lleva los factores de coagulación).

-Administrar fibrinógeno.

-Usar expansores del plasma.

De entrada el uso de inhibidores de la fibrinólisis (ácido ϵ -aminocaproico, Trasylol), al igual que la heparina, para impedir el consumo de fibrinógeno y otros factores de coagulación, deben contraindicarse en el caso de que el árbol vascular no esté intacto.(16)

Ocasionalmente, si el árbol vascular está intacto, como en la coagulopatía causada por un feto muerto con parto demorado, pueden utilizarse junto con las medidas para provocar el parto.

FACTORES DE RIESGO.

En dos tercios de los casos de hemorragia pos parto no se encuentra ningún factor de riesgo.

La valoración antenatal del riesgo solamente predice el 40% de aquellas que desarrollarán una hemorragia postparto.

Es muy importante tener claro los pasos a seguir en su manejo , por ello el mejor tratamiento de la Hemorragia Pos Parto es sin duda, su prevención.

La identificación de los factores de riesgo será de gran ayuda, pero la prevención de la Hemorragia Pos Parto se debe realizar de forma sistemática en todos los partos, existan o no factores de riesgo. (23)

4.10 ETIOLOGIA DE LA HEMORRAGIA POS PARTO

	Proceso etiológico	Factores de riesgo
"TONO" (atonía uterina)	Utero sobredistendido	- Polihidramnios - Gestación múltiple - Macrosomía
	Cansancio del músculo uterino	- Parto rápido - Parto prolongado - Alta paridad
	Infección intraamniótica	- Fiebre - Rotura prematura de membranas prolongada
	Alteración anatómica o funcional del útero	- Miomas - Placenta previa - Anomalías uterinas
"TEJIDO" (retención de productos)	Placentario	- Expulsión incompleta de la placenta - Cirugía uterina previa - Paridad alta - Placenta anómala
	Coágulos	- Utero atónico
"TRAUMA" (lesión del canal genital)	Desgarro en canal blando	- Parto precipitado - Parto operatorio
	Desgarro en cesárea	- Malposición - Gran encajamiento
	Rotura uterina	- Cirugía uterina previa
	Inversión uterina	- Gran paridad - Placenta fúndica
"TROMBINA" (alteraciones de la coagulación)	Previas: hemofilia A, enfermedad de von Willebrand	- Coagulopatías - Hepatopatías
	Adquirida del embarazo: plaquetopenia de la preeclampsia, PTI, CID (preeclampsia, muerte intraútero, infección severa, desprendimiento prematuro de placenta, embolia de líquido amniótico)	- Sangrado con el rasurado - Muerte fetal - Fiebre, leucocitosis - Hemorragia anteparto - Inestabilidad aguda
	Anticoagulación terapéutica	- Estudio de coagulación

Fuente: Prevention and management of postpartum haemorrhage.

4.11 COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Cuando la temperatura materna es de 38 grados o más en dos días sucesivos después de las 24 horas post-parto hay que sospechar una infección puerperal, incluso la fiebre en las primeras 12 horas debe valorarse mediante exploración pulmonar y uterina, obtención de muestra para urocultivo.

Una de las causas mas frecuentes de fiebre durante el puerperio inmediato es la deshidratación, pero después de dos o tres días con fiebre no muy elevada, un aumento brusco de la temperatura es indicación de infección. (8)

Las infecciones relacionadas directamente con el parto suelen afectar el tracto genital y aparecen sobre todo en el útero o parametrios. También son de gran importancia las sepsis vesicales y renales que aparecen de forma precoz tras el parto.

Otras causas pueden ser la tromboflebitis y la mastitis las cuales tienden a aparecer después del tercer día post-parto.

La corioamnionitis febril durante el parto puede seguirse de una endometritis, miometritis o parametritis secundaria.(7)

Los factores que predisponen a la migración de la flora bacteriana vaginal (estreptococos anaerobios, estafilococos) a la cavidad uterina produciendo infecciones puerperales incluyen la anemia, rotura prematura de membranas prolongadas, trabajo de parto prolongado, parto operativo o traumático, exploraciones repetidas, retención de fragmentos placentarios intrauterino y hemorragia post-parto.

Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de una endometritis son, entre otros: la adolescencia, el estado socioeconómico bajo, el trabajo de

parto prolongado, la rotura prematura de las membranas, el parto distócico y el exceso de manipulación durante el trabajo de parto.

La pielonefritis post-parto es consecuencia de la infección renal de forma ascendente desde la vejiga puede provocar desde una anemia hasta una hipertensión.

Complicaciones Infecciosas

- _ Parametritis
- _ Pelviperitonitis
- _ Infección episiotomía
- _ Pielonefritis Aguda
- _ ITU baja
- _ Mastitis
- _ Otras complicaciones sépticas
- _ Infecciones de la Pared Abdominal
- _ Flebitis pelviana
- _ Shock Séptico

4.12 COMPLICACIONES PSÍQUICAS

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:

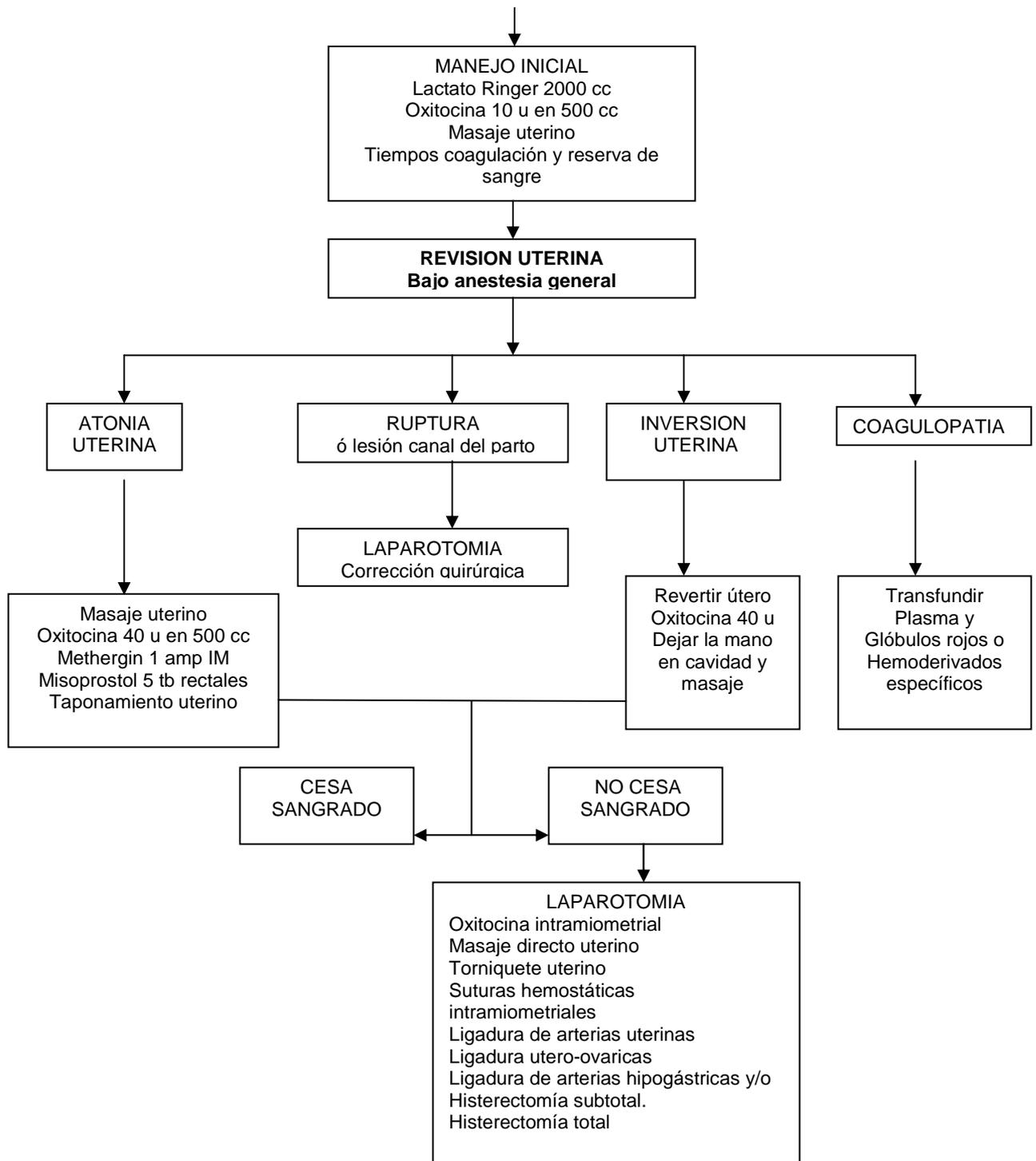
Desordenes de stress post traumático que se instala rápidamente, a las 24-28 horas post parto traumático ,Baby-blues o tristezas normales del puerperio que no requieren de tratamiento específico y se presentan después de los tres días del parto (prevalencia 80%) Psicosis Puerperal (prevalencia 0.2%), 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. (15)

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.

HEMORRAGIA POSTPARTO



5 VARIABLES.

IDENTIFICACIÓN

Complicaciones en pacientes con puerperio inmediato.

Edad

Procedencia

Escolaridad

Transferencias

Control prenatal

Antecedentes patológicos personales

Paridad

Tipo de parto

6 MARCO CONCEPTUAL

Edad.- duración de la existencia de un individuo medida en unidades de tiempo.

Procedencia: lugar en donde vive o radica un individuo.

Escolaridad: grado de instrucción académica con la que cuenta.

Transferencias: traslado de un paciente de una casa de salud a otra.

Control pre natal: conjunto de normas y procedimientos que se realizan durante el embarazo

Tipo de parto: vía por donde se recibe al neonato y esta puede ser vaginal o abdominal.

Antecedentes patológicos personales: patología presente en una paciente, quirúrgicos, infecciones previas, anemia, toxemias..

Paridad- Para, estado de una mujer con respecto a sus descendientes.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	CATEGORIAS	INDICADOR
Edad	14-18 19-26 27-35 +35	Porcentaje
Escolaridad	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior	Porcentaje
Procedencia	Rural Urbana	Porcentaje
Transferencias	Si No	Porcentaje
Tipo de parto	Vaginal cesárea	Porcentaje
Antecedentes patológicos personales	Si No	Porcentaje
Paridad	Primipara Multipara	Porcentaje
Control prenatal	Si No	Porcentaje
Tipo de Complicación	HEMORRAGIA POS PARTO Atonía uterina Hipotonía uterina Alumbramiento incompleto Desgarros, Coagulopatía INFECCIONES	Porcentaje

7 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.

La investigación es descriptiva, transversal, retrospectiva.

UNIVERSO Y MUESTRA.

Universo pacientes con puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Provincial General Docente Riobamba en el Año 2008,
Muestra pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS.

El Hospital General Docente de Riobamba es una institución de salud que brinda sus servicios a la provincia de Chimborazo..

Se solicitó la autorización correspondiente para tener acceso al servicio de estadística y así poder recopilar los datos.

Técnica de selección de los pacientes: Se utilizaron las historias clínicas de las pacientes que han sido atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del HPGDR en año 2008 y que presentaron alguna complicación en el puerperio inmediato.

Recolección de datos: Los formatos 051 notas de ingreso y nota pos parto fueron minuciosamente estudiadas del servicio de estadística.

Procesamiento estadístico: una vez completado el estudio, se tabularon en programa estadístico Microsoft Excel.

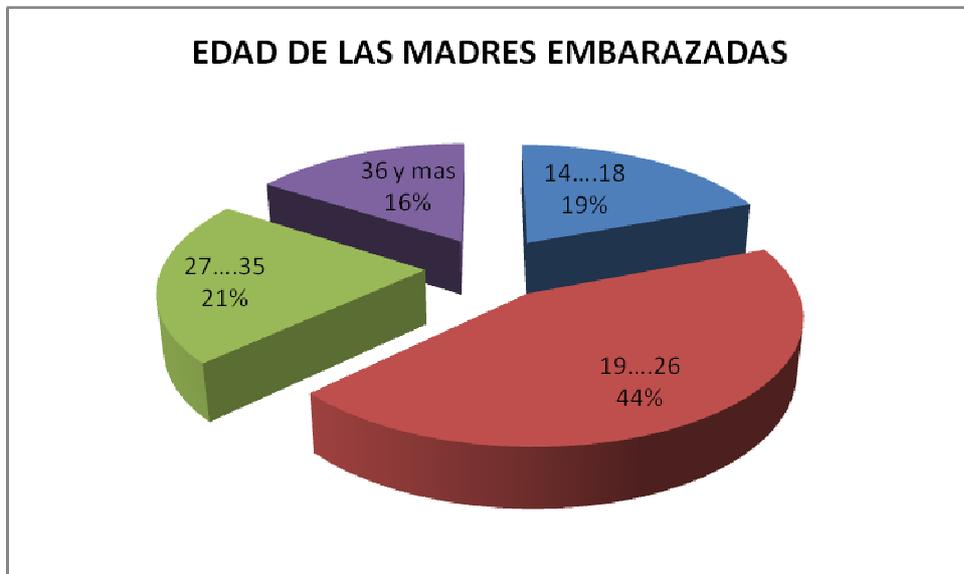
8 RESULTADOS

TABLA No. 1. EDAD DE LAS MADRES EMBARAZADAS

GRUPOS DE EDAD	No.	%
14....18	34	19,10
19....26	78	43,82
27....35	38	21,35
36 y mas	28	15,73
TOTAL	178	100

Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustàn

GRAFICO No. 1



Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustàn

ANALISIS: De las 178 historias clínicas revisadas se establece que el grupo que principalmente presenta complicaciones según su edad es grupo 19 -26 años con un 44% seguida con un 21% pacientes entre 27 – 35 años y con 19% grupo de 14 – 18 años.

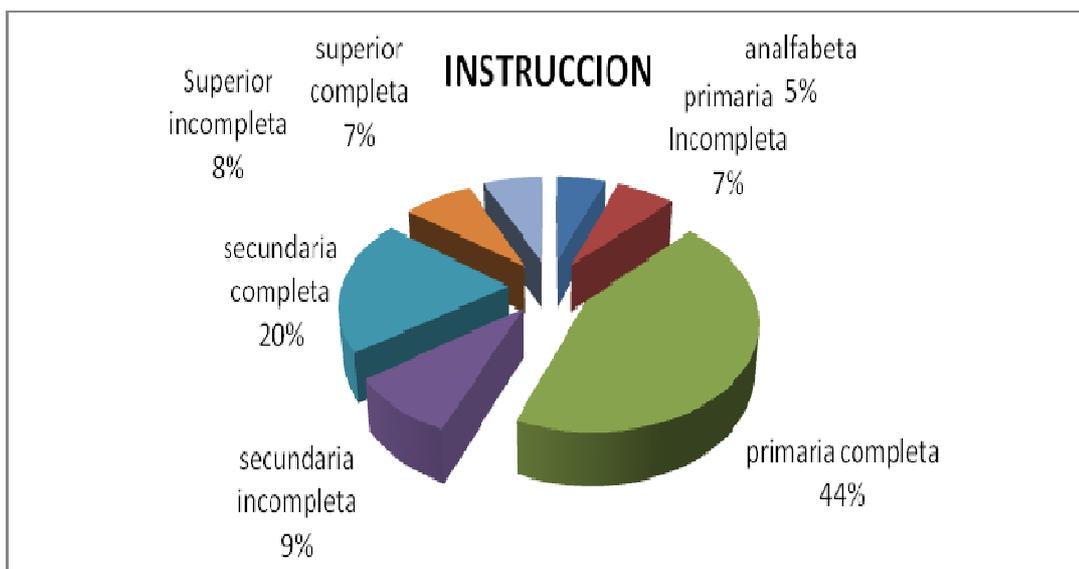
Un estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año 2007 refiere que la edad en donde se produce mayor número de complicaciones es de 19- 35 años.

TABLA No. 2. INSTRUCCIÓN

INSTRUCCIÓN	No.	%
Analfabeta	10	5,6
primaria Incompleta	12	6,7
primaria completa	78	43,8
secundaria incompleta	16	9,0
secundaria completa	36	20,2
Superior incompleta	14	7,9
superior completa	12	6,7
TOTAL	178	100,0

Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

GRAFICO No.2



Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

ANALISIS: La instrucción de pacientes que presentaron complicaciones prioritariamente es primaria completa con un 44% seguida con un 20% secundaria completa y 9% secundaria incompleta, en el estudio que realizo el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se encontró un bajo nivel de escolaridad y esto aumenta la incidencia de ausentismo para los controles prenatales

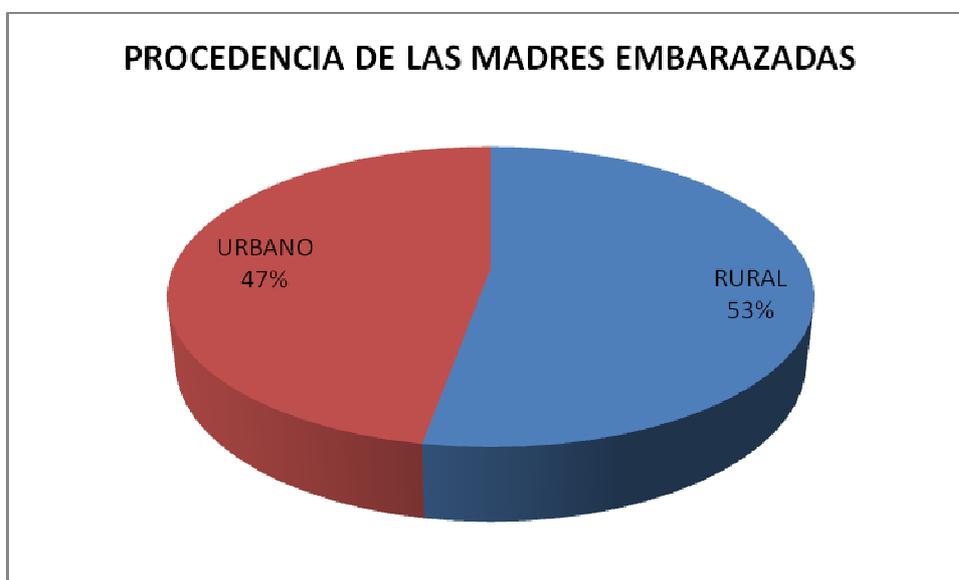
TABLA No. 3

PROCEDENCIA DE LAS MADRES EMBARAZADAS

PROCEDENCIA	No.	%
RURAL	94	52,81
URBANO	84	47,19
TOTAL	178	100

Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustàn

GRAFICO No. 3



Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustàn

ANALISIS la tabla #3 de distribución de gestantes según su procedencia observa que 94 pacientes pertenecen al sector rural y 84 al sector urbano.

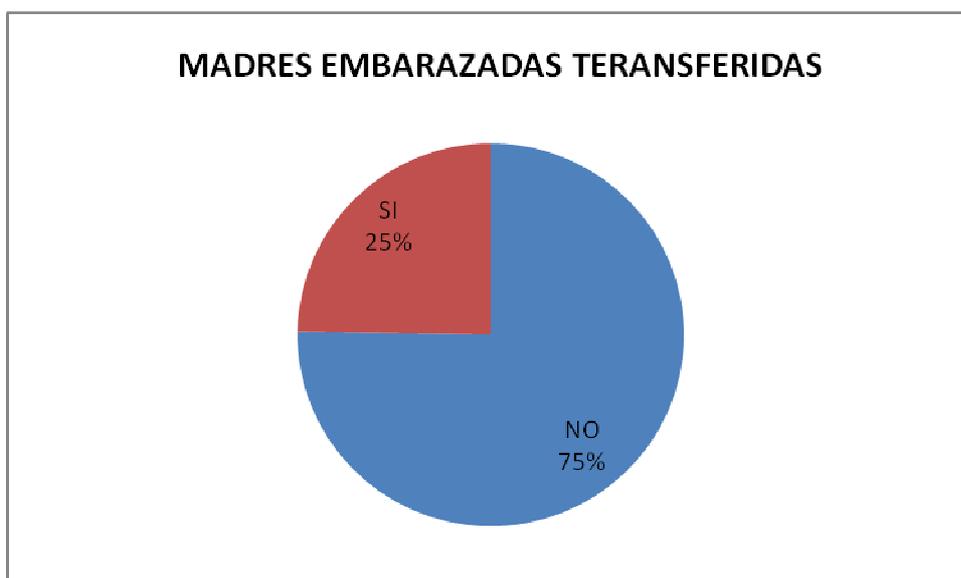
Según el estudio del Ministerio de salud Pública del Ecuador de complicaciones post parto las pacientes que presentaban estas complicaciones provenían del área rural.

TABLA No. 4 MADRES EMBARAZADAS TRANSFERIDAS

TRANSFERENCIA	No.	%
NO	134	75,28
SI	44	24,72
TOTAL	178	100

Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustàn

GRAFICO No. 4



Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

ANALISIS: según este cuadro establecemos que un 75% de pacientes atendidas llegan por sus propios medios al hospital para ser atendidas en esta institución y un 25% son transferidas desde otras casas de salud del sector rural ya que no cuentan con todos los medios para poder atender a las pacientes debido a la falta de recursos humanos y de infraestructura.

TABLA No. 5 TIPO DE PARTO

TIPO DE PARTO	No.	%
CESAREA	10	5,62
VAGINAL	168	94,38
TOTAL	178	100

Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustàn

GRAFICO No. 5



Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

ANALISIS: de las 178 historias clínicas revisadas que presentaron complicaciones en el puerperio inmediato 168 pacientes tuvieron parto vaginal y 10 pacientes de cesárea presentaron complicación.

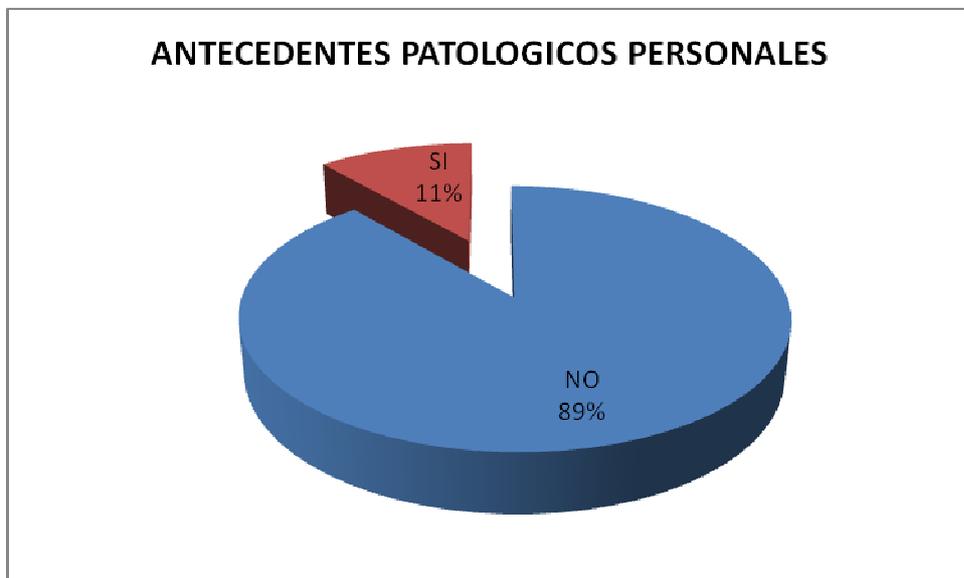
TABLA No. 6

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

ANTECEDENTES	No.	%
NO	158	88,76
SI	20	11,24
TOTAL	178	100

Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

GRAFICO No. 6



Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

ANALISIS: el 89% de pacientes no presentaron antecedentes patológicos personales y 11% si presentaron por lo que se establece que los antecedentes patológicos personales no son factores predisponentes para presentar alguna complicación post parto.

TABLA No. 7 ATENCION DE PARTO

ATENCION DEL PARTO	No.	%
Parto Domicilio	32	17,98
Parto institucional	146	82,02
TOTAL	178	100

Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

GRAFICO No. 7



Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

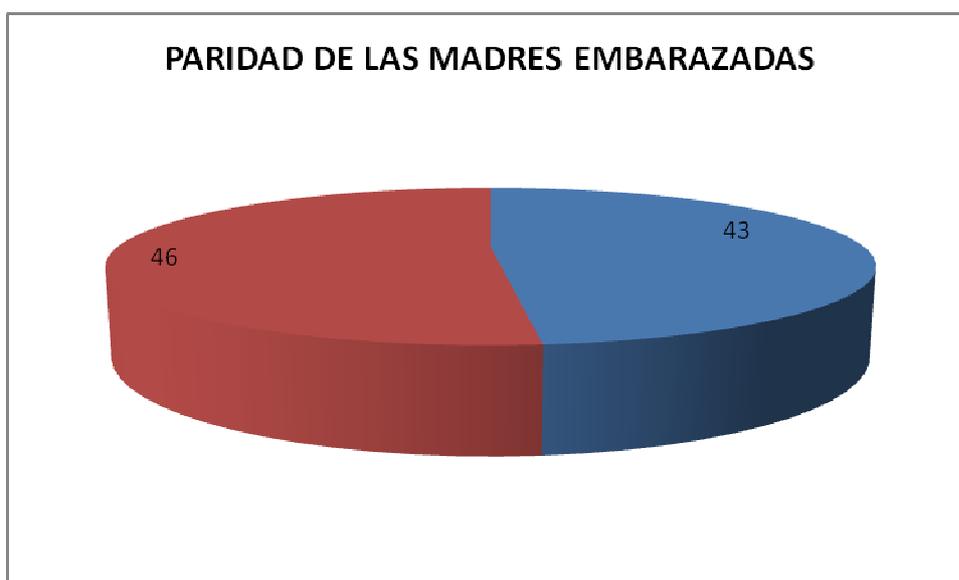
ANALISIS: del 100% de la población estudiada el 82% fue atendido su parto en el hospital y el 17% se produjo el parto en el domicilio atendido por parteras o algún familiar.

TABLA No.8 PARIDAD DE LAS MADRES EMBARAZADAS

PARIDAD	No.	%
MULTIPARA	86	48,31
PRIMIGESTA	92	51,69
TOTAL	178	100

Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

GRAFICO No. 8



Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

ANALISIS: de las 178 pacientes 92 fueron primigestas y 86 pacientes multíparas, tomando en cuenta que los estudios y la literatura refieren que las primigestas sufren alguna complicación durante el puerperio y las multíparas añosas o gran multíparas (mas de 5 hijos).

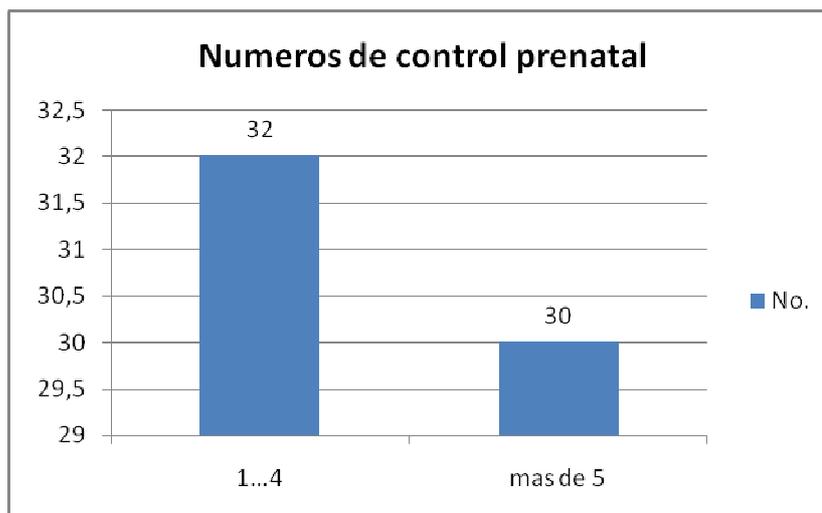
TABLA No. 9 CONTROL PRE NATAL

CONTROL PRENATAL	No.	%
NO	54	30,34
SI	124	69,66
TOTAL	178	100
No. De CONTROL PRENATAL	No.	%
1...4	64	35,96
mas de 5	60	33,71
TOTAL	124	69,6629213

Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

GRAFICO No. 9





Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

ANALISIS: el 70% de pacientes cumplieron el control prenatal, de este el 30 % cumplieron controles adecuados (mas de 5 controles), y el 32% no cumplió adecuadamente con estos, el 32% no acudió a ningún centro de salud durante su embarazo.

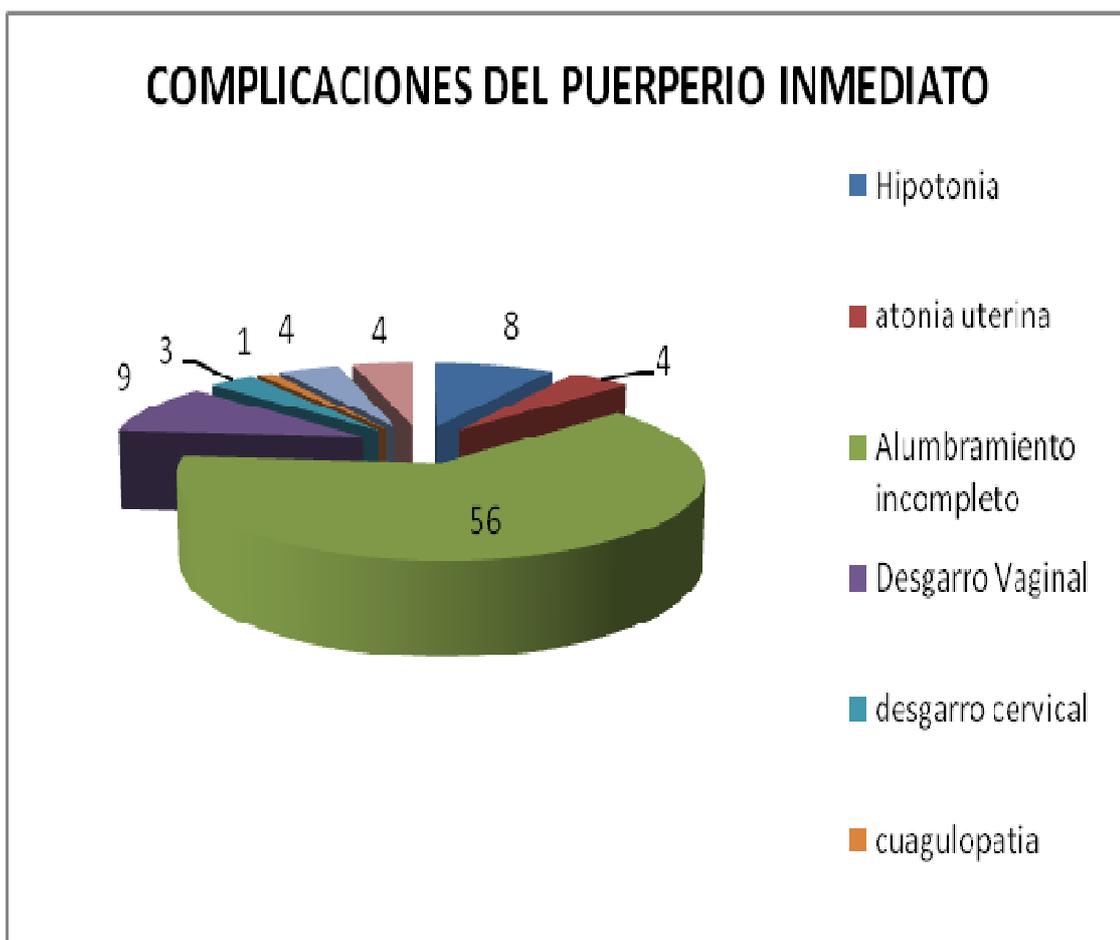
En el estudio del Ministerio de Salud Publica del Ecuador coincide con el estudio que las mujeres no asisten al control prenatal o son ineficientes.

TABLA No. 10 COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO

COMPLICACION	No.	%
Hipotonía uterina	16	9,0
atonía uterina	8	4,5
Alumbramiento incompleto	112	62,9
Desgarro Vaginal	18	10,1
desgarro cervical	6	3,4
Coagulopatía	2	1,1
Infecciones	8	4,5
Hematoma vulvar	8	4,5
TOTAL	178	100,0

Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

GRAFICO No. 10



Fuente: Estadística HPGDR
Elaborado por: Viviana Ramos Bustan

ANALISIS: De las 178 pacientes que se estudiaron la principal complicación que se encontró es el alumbramiento incompleto 63%, el 10% desgarros vaginales, y un 9% hipotonía uterina, el estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año 2007 refieren que las principales complicaciones que presentan el puerperio inmediato en las ciudades en donde se realizo el estudio (Quito, Guayaquil, Cuenca) las complicaciones que se presentaron son: atonía uterina seguida por los desgarros vaginales y alumbramiento incompleto.

9 CONCLUSIONES

- ❖ El grupo de edad que mayor frecuencia presentaron complicaciones en el puerperio inmediato está comprendida en pacientes entre 19 y 26 años.
- ❖ Las pacientes que presentaron complicaciones pertenecen al sector rural en un 52% y 48% al sector urbano.
- ❖ Las pacientes que presentaron mayor complicación son pacientes que fueron atendidas el parto vía vaginal 94% y en pacientes de cesárea 6%.
- ❖ Un 25% de pacientes fueron transferidas desde otras casas de salud ya que estas no cuentan con los medios necesarios para poder atender estas complicaciones.
- ❖ El 70% cumplió el control prenatal pero solo un 34% de este cumplieron los controles adecuados, el 30 % no acudió a un centro de salud para realizarse el control prenatal.
- ❖ Las principales complicaciones que se encontró fue alumbramiento incompleto 63%, desgarros vaginales 10% , hipotonía uterina 9%.

10 RECOMENDACIONES

- ❖ Se recomienda poner mayor atención en el manejo del tercer periodo del parto ya que de este depende que no exista complicaciones.
- ❖ El servicio de ginecología y obstetricia capacite de una mejor manera al personal de salud para estar preparados ante cualquier complicación que se presente y poder solventarla.
- ❖ Poner mayor atención a las pacientes que presenten factores de riesgo para poder evitar a tiempo o estar preparado ante cualquier complicación.
- ❖ Educar a las madres embarazadas sobre la importancia del control prenatal .

11 BIBLIOGRAFIA

- (1) CLAVERO, N. Tratado de ginecología: fisiología, obstetricia, perinatología, ginecología, reproducción. 13va ed
Barcelona: Díaz de Santos, 1993. pp. 341.
- (2) CUNNINGHAM, F y otros. Obstetricia de Williams. 20^a.ed.
Barcelona: Masson, 1998. pp. 499-511.
- (3) BOTERO, J. Obstetricia y Ginecología. 8a.ed. Bogotá: Corporación para Investigación Biológicas, 2004. pp. 312-315.
- (4) GONZALEZ-MERLO, J. y otros. Ginecología y Obstetricia.
8va.ed. Barcelona: Masson, 2003. pp. 328, 330.
- (5) VALDÉS G, OYARZUN E. Obstetricia Pérez Sánchez. 2^aed. s.l:
s.edit., 1996. pp. 21- 22: 234 -239.
- (6) VATICON, D. Fisiología Humana: fisiología de la fecundación, embarazo, parto y lactancia. México: McGraw-Hill Interamericana, 1992. pp. 1086-1109.
- (7) COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO. Revista Española de Obstetricia y Ginecología. 28(1): 82.
Diciembre 2008.
- (8) ACOSTA, C. Puerperio Inmediato. Revista de Ginecología. Cuba. 31(1): 81. Mayo-agosto. 2005.
- (9) COTRAN, K. y otros. Patología Estructural y Funcional. 6a ed.
México: McGraw-Hill Interamericana, 2000. pp. 1127-30.
- (10) GARY, A . Postpartum Hemorrhage: New management options. Clinical Obstetrics and Gynecology.Revista Medica. España. 45 (2): 1-5. Junio 2002.

- (11) YAP-SEG , L, ;y otros. Current Strategies for the Prevention of Postpartum Haemorrhage in the Third stage of Labour. Revista Medica. Canada.16: 143- 150. Agosto 2004.
- (12) MALVINO, E.; CURONE, M y LOWENSTEIN, R. Hemorragias Obstétricas Graves en el Período Periparto. Medicina Intensiva. 17(1):21-29. 2000.
- (13) GARY , A . Critical Care Obstetrics. 4ta ed. Barcelona: Blackwell, 2004. pp. 275-309.
- (14) BOTERO, J. Obstetricia y Ginecología. 8va.ed. Bogotá: Corporación para Investigación Biológicas, 2004. pp. 278- 279.
- (15) BOTELLA, J. Tratado de Ginecología. 14va.ed. Madrid: Díaz de Santos, 1993. pp. 341-342.
- (16) JAMES, A. y otros. Thrombosis, Thrombophilia and Thromboprophylaxis in Pregnancy. Clinical Advances in Hematology Oncology. Canada; 3: 187-197.2005.
- (17) ROBERTS, W. Emergent Obstetric Management of Postpartum Hemorrhage. Revista Medica. Canada. 283-302. Abril 2005.
- (18) MATTHEWS, M. y otros. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth/ manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetricas y médicos.OMS, 2002

- (19) RONSMANS, C. y otros. Maternal Mortality:Who, When, Where and Why. The Lancet Maternal Survival Series Steering Group. pp. 1189-1200.
- (20) KOEBERLE, P. y otros. Severe Obstetric Complications Necessitating Hospitalization and Intensive Care: a ten year retrospective study . Ann Fr Anesth Reanim 19(6): 445-451.Noviembre 2000.
- (21) LOVERRO, G. y otros.. Indications and out Come for Intensive Care unit Admisión Durring Puerperium. Revista Medica. Canada. pp. 195-198.Junio 2006.
- (22) NAVERO, A. Propuesta Normativa Perinatal. Ministerio De Salud Pública y bienestar Social. Colombia 2(1): 67. Enero 2003. (doc pdf).
- (23) COPELAND, J. y otros. Ginecología. 2da.ed. México: Médica Panamericana, 2003. pp. 1232-1234.

ANEXOS

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA. ECUADOR 2007
LISTA DETALLADA DE LA CIE-10

ORDEN	CÓDIGO CIE-10	CAUSAS DE MUERTE MATERNA	NÚMERO	%	TASA 1/
	000-099	TOTAL DE MUERTES MATERNAS	176	100,0	90,2
1	O15	ECLAMPSIA	36	20,5	18,5
2	O72	HEMORRAGIA POSTPARTO	27	15,3	13,8
3	O14	HIPERTENSIÓN GESTACIONAL (INDUCIDA POR EL EMBARAZO) CON PROTEINURIA SIGNIFICATIVA	25	14,2	12,8
4	O99	OTRAS ENFERMEDADES MATERNAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO EL PARTO Y EL PUERPERIO	22	12,5	11,3
5	O62	ANORMALIDADES DE LA DINÁMICA DEL TRABAJO DE PARTO	12	6,8	6,2
6	O06	ABORTO NO ESPECIFICADO	6	3,4	3,1
7	O00	EMBARAZO ECTÓPICO	5	2,8	2,6
8	O44	PLACENTA PREVIA	4	2,3	2,1
9	O45	DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA (ABRUPTIO PLACENTAE)	4	2,3	2,1
10	O75	OTRAS COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	4	2,3	2,1
11	O85	SEPSIS PUERPERAL	4	2,3	2,1
12	O26	ATENCIÓN A LA MADRE POR OTRAS COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL EMBARAZO	3	1,7	1,5
13	O71	OTRO TRAUMA OBSTÉTRICO	3	1,7	1,5
14	O01	MOLA HIDATIFORME	2	1,1	1,0
15	O42	RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS	2	1,1	1,0
16	O73	RETENCIÓN DE LA PLACENTA O DE LAS MEMBRANAS, SIN HEMORRAGIA	2	1,1	1,0
17	O95	MUERTE OBSTÉTRICA DE CAUSA NO ESPECIFICADA	2	1,1	1,0
18	O98	ENFERMEDADES MATERNAS INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICABLES EN OTRA PARTE, PERO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	2	1,1	1,0
		RESTO DE CAUSA MATERNAS	11	6,3	5,6
		TOTAL DE NACIDOS VIVOS 2/	195.051		

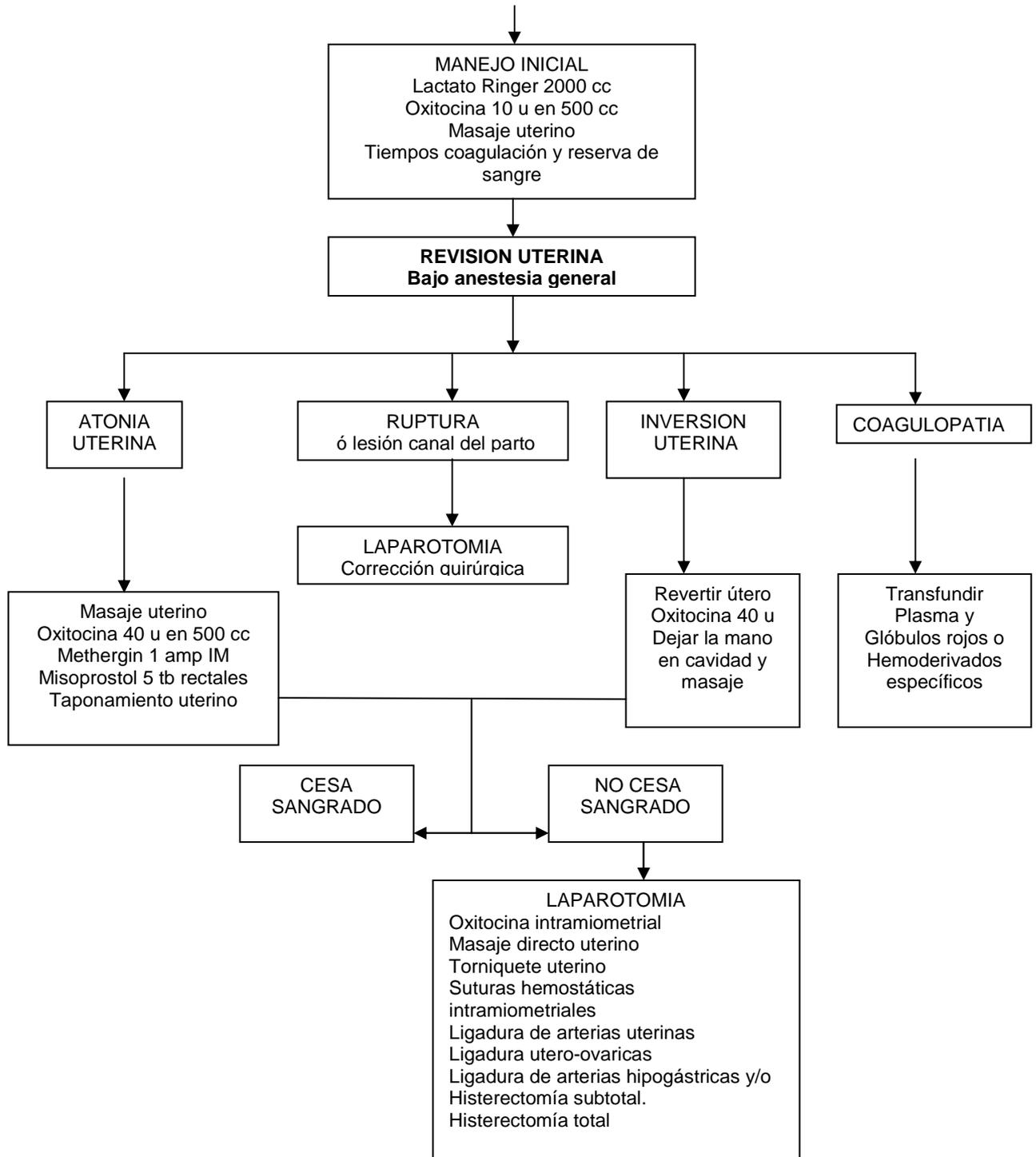
Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. Año 2007

1/ Tasa por 1.000 nacidos vivos ocurridos y registrados en el año 2007

2/ El dato se refiere a los nacimientos ocurridos y registrados en el año 2007

ALGORITMO DE MANEJO DE HEMORRAGIA POST PARTO

HEMORRAGIA POSTPARTO



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Numero de historia clínica	Edad	Residencia	Instrucción	Transferida	Tipo de parto	Paridad	Antecedentes patológicos personales	Control prenatal	Tipo de complicación