

UCUENCA

**Facultad de Ciencias Médicas
Carrera de Medicina**

FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO DE
LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO
ARTEAGA, ENERO-DICIEMBRE 2021

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Médico

Modalidad: proyecto de investigación

Autoras:

Melissa Liseth Romero Vergara

C.I.: 0706159522

Correo electrónico: melissa_ro25@hotmail.com

Cinthya Madelyne Suárez Ortuño

C.I.: 0105182760

Correo electrónico: madelyne.suarezco@gmail.com

Director:

Dr. Manuel Jaime Ñauta Baculima

C.I.: 0101835700

Cuenca, Ecuador

08 - noviembre- 2022

RESUMEN

Antecedentes: El puerperio es el período durante los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo, regresan al estado no gestacional, generalmente su duración es de 6 u 8 semanas. Si la evolución no se encuentra dentro de los parámetros normales se relaciona con alguna complicación puerperal, por ello la presente investigación se centra en la frecuencia de las complicaciones en el puerperio inmediato, cuyos resultados servirán como fuente de información para la comunidad médica.

Objetivos: Determinar la frecuencia de complicaciones en el puerperio inmediato de pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, 2021

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo transversal, el universo fueron 110 pacientes que presentaron complicaciones en el puerperio inmediato, los datos fueron recolectados mediante un formulario elaborado por las autoras; la tabulación y análisis de los datos se realizó en el programa estadístico SPSS y Microsoft Excel con parámetros de frecuencia, porcentaje y media.

Resultados: En el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga durante el año 2021 de 508 partos atendidos, el 21,65% (110) presentaron complicaciones en el puerperio inmediato, son las siguientes: atonía/hipotonía 37,27% (41), hipertensión posparto 10,09% (21), anemia posparto 19,09% (21), alumbramiento incompleto 11,82% (13), desgarros del canal del parto 10% (11) y rotura uterina 2,73% (3). El grupo etario con mayores complicaciones fue de 19-34.

Conclusiones: Como indica la literatura, la complicación más frecuente del puerperio inmediato fue la atonía e hipotonía uterina.

Palabras clave: Posparto. Complicaciones puerperales. Puerperio inmediato.

ABSTRACT

Introduction: The puerperium is the period during which maternal anatomical and physiological changes induced by pregnancy return to the non-gestational state, usually lasting 6 or 8 weeks. If the evolution of this period is not within the normal parameters, it is related to some puerperal complication, therefore, this research focuses on the frequency of complications in the immediate puerperium, whose results will serve as a source of information for the medical community.

Objective: Determine the frequency of complications in the immediate puerperium of patients attended at the Gynecology and Obstetrics Service of the Specialty José Carrasco Arteaga Hospital, 2021.

Materials and method: Cross-sectional retrospective descriptive study, the universe were 110 patients who presented complications in the immediate puerperium, the data were collected using a form developed by the authors; the tabulation and analysis of the data was performed in the statistical program SPSS and Microsoft Excel with parameters of frequency, percentage and mean.

Results: In the Specialty José Carrasco Arteaga Hospital, during 2021 of 508 deliveries attended, 21.65% (110) presented complications in the immediate puerperium, and are the following Atony/hypotonia 37.27% (41), postpartum hypertension 10.09% (21), postpartum anemia 19.09% (21), incomplete delivery 11.82% (13), birth canal tears 10% (11) and uterine rupture 2.73% (3). The 19-34 age group had more complications and the mean was 30 years.

Conclusions: As the literature indicates, the most frequent complication of the immediate puerperium was atony and hypotonia uterine

Keywords: Postpartum. Puerperal complications. Immediate puerperium.

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
INDICE	4
DEDICATORIA	11
AGRADECIMIENTO	13
CAPITULO I	14
1.1 INTRODUCCIÓN.....	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	18
CAPITULO II	20
FUNDAMENTO TEÓRICO	20
2.1 Definición	20
2.2 Etapas del puerperio	20
2.3 Cambios fisiológicos en el puerperio	20
2.4 Factores asociados	22
2.5 Complicaciones puerperales	23
2.5.1 Hemorragia posparto (HPP)	23
Causas de HPP	24
2.5.2 Infecciones puerperales	26
2.5.4 Hipertensión postparto	28
2.5.5 Anemia postparto	28
CAPITULO III	29
OBJETIVO GENERAL.....	29
OBJETIVOS ESPECIFICOS	29
CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO	30
4.1 TIPO DE ESTUDIO	30
4.2 AREA DE ESTUDIO	30
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	30
4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXPLUSION	30
4.5 VARIABLES.....	30
4.6 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS.....	31

4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	32
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	32
CAPITULO V.....	34
5.1 RESULTADOS.....	34
CAPITULO VI.....	43
DISCUSIÓN	43
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES	47
CAPITULO VIII	48
REFRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
CAPITULO IX.....	55
ANEXOS.....	55

INDICE DE TABLAS

TABLA 1.

Distribución de 508 pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital De Especialidades José Carrasco Arteaga. Según vía de parto. Periodo 2021.....34

TABLA 2.

Prevalencia de complicaciones en el puerperio inmediato, en 508 pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital De Especialidades José Carrasco Arteaga. Periodo 2021.....34

TABLA 3.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según edad, estado civil, residencia y nivel de instrucción. Periodo 2021.....35

TABLA 4.

Distribución de 110 pacientes que presentaron complicaciones en el puerperio inmediato en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según características gineco obstétricas. Periodo 2021.....36

TABLA 5.

Distribución de las complicaciones en el puerperio inmediato de 110 pacientes, atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Periodo 2021.....37

TABLA 6.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según atonía/hipotonía uterina y grupo etario. Periodo 2021.....37

TABLA 7.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

Según hipertensión posparto y grupo etario. Periodo 2021.....	38
---	----

TABLA 8.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

Según anemia posparto y grupo etario. Periodo 2021.....	39
---	----

TABLA 9.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

Según alumbramiento incompleto y grupo etario. Periodo 2021.....	39
--	----

TABLA 10.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

Según atonía/hipotonía uterina y tipo de parto. Periodo 2021.....	40
---	----

TABLA 11.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

Según hipertensión posparto y tipo de parto. Periodo 2021.....	40
--	----

TABLA 12.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

Según anemia posparto y tipo de parto. Periodo 2021.....	41
--	----

TABLA 13.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga.

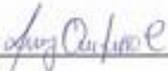
Según alumbramiento incompleto y tipo de parto. Periodo 2021.....	41
---	----

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Cintha Madelyne Suárez Ortuño en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, ENERO-DICIEMBRE 2021", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 08 de noviembre del 2022



Cintha Madelyne Suárez Ortuño

C.I: 0105182760

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Melissa Liseth Romero Vergara en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, ENERO-DICIEMBRE 2021", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 08 de noviembre de 2022



Melissa Liseth Romero Vergara

C.I: 0706159522

Cláusula de Propiedad Intelectual

Cinthy Madelyne Suárez Ortuño, autor/a del trabajo de titulación "FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, ENERO-DICIEMBRE 2021", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 08 de noviembre del 2022



Cinthy Madelyne Suárez Ortuño

C.I: 0105182760

Cláusula de Propiedad Intelectual

Melissa Liseth Romero Vergara, autora del trabajo de titulación "FRECUENCIA DE LAS COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, ENERO-DICIEMBRE 2021", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 08 de Noviembre de 2022



Melissa Liseth Romero Vergara

C.I: 0706159522

DEDICATORIA

Al concluir esta etapa de mi vida, quiero dedicar el presente trabajo a mis padres Gonzalo y Lucía, a mis hermanas Aide y Mayra, y a mis sobrinos, por su apoyo incondicional para seguir adelante con mi carrera y por su cariño constante.

A mis amigas y compañera de tesis, por ser un soporte durante la carrera y realización de este trabajo de titulación.

Melissa Liseth Romero Vergara

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a quienes han sido un pilar fundamental en mi vida, a mis padres Enrique y Elvia por haberme guiado y poder llegar a cumplir cada una de mis metas, a mis hermanos Josué e Ismael por su apoyo incondicional; a mi mamita Olivia por su gran amor y sabios consejos que me ayudaron a levantarme cada vez que perdía la fuerza.

A mis amigos que formaron parte de mi diario vivir durante estos seis años de estudio, en especial a Melissa por ser una compañera indispensable en mi vida personal y universitaria desde el primer día.

Cinthy Madelyne Suárez Ortuño

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestro tutor, Dr. Jaime Ñauta, por su asesoría y apoyo incondicional durante el transcurso de la presente investigación; por el tiempo brindado y consejos para poder terminar con éxito nuestro proyecto.

Al personal del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga por permitirnos realizar el presente proyecto en la institución y poder obtener la información indispensable para el mismo.

A la Universidad de Cuenca por ser nuestro segundo hogar y a nuestros docentes por guiarnos en nuestra preparación durante estos años.

A nuestras familias por su amor y apoyo incondicional, a nuestros amigos por ser un pilar fundamental y poder lograr nuestro gran objetivo y culminar con gratos recuerdos nuestra vida universitaria.

Melissa Liseth Romero Vergara

Cinthy Madelyne Suárez Ortuño

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El puerperio es el período que inicia luego de la expulsión de la placenta, dura de seis a ocho semanas, generalmente cuando los cambios fisiológicos y anatómicos maternos regresan a su estado no gestacional (1), clasificándolo en tres etapas:

- Puerperio Inmediato: corresponde a las primeras 24 horas del posparto.
- Puerperio Mediato: abarca el periodo desde el segundo día hasta el décimo día.
- Puerperio Tardío: continúa desde el 11avo hasta el 42avo día posparto.

En el posparto inmediato las pacientes pueden presentar complicaciones, la más frecuente es la hemorragia causada por atonía uterina, seguida por la retención de tejidos, desgarros del canal del parto, rotura e inversión uterina. Las complicaciones en el puerperio se han vinculado a diferentes factores, los cuales pueden presentarse antes, durante y después del parto; entre los posibles factores de riesgo están la edad, instrucción, ocupación, el tipo de paridad, el número de controles prenatales, el tipo de parto, la inducción del trabajo de parto, la duración del trabajo de parto, si hay presencia de fiebre periparto, la ruptura prematura de membranas y el volumen de sangrado en el parto. (2)

En un trabajo descriptivo, retrospectivo, realizado en el Hospital Central de Mpilo, un hospital gubernamental de referencia terciario en un entorno de bajos recursos en Bulawayo, Zimbabuese; mencionan 4567 partos en total, 74 de estos presentaron Hemorragia Posparto (HPP) durante el periodo de estudio, con una incidencia de 1.6%; cuya causa principal fue la atonía uterina (82.4%). La edad media de las pacientes fue de 27.7 años, la edad gestacional de 38.6 semanas y el 75.7% tuvieron un parto vaginal normal. (3)

En otro estudio descriptivo, retrospectivo realizado en Cuenca, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, 365 pacientes presentaron complicaciones en el puerperio inmediato, donde 46,6% tenían entre 15-23 años y las complicaciones encontradas fueron: hipotonía uterina (58,1%), anemia (23,6%), atonía uterina (8,2%), desgarros (6,8%) y alumbramiento incompleto (3,3%). (4)

La OMS hace referencia que cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto; siendo una mortalidad inaceptablemente alta, las cuales en su mayoría podrían evitarse.

Las complicaciones que aparecen en el puerperio condicionan a que las pacientes tengan una mayor estancia hospitalaria, mayor gasto económico para sus familias y para el sistema de salud, mayor período de tiempo para la rehabilitación y reinserción laboral, también secuelas temporales o permanentes lo cual condiciona un incremento de la morbimortalidad materna. (5)

En Ecuador durante el 2020, el 38.79% de muertes maternas se presentaron en el puerperio inmediato, el 35.48% en el puerperio mediano, y el 9,68% en el puerperio tardío. (6) Es por ello la importancia de realizar la presente investigación, para conocer la frecuencia y cuáles son las complicaciones que se presentan durante el puerperio inmediato en pacientes que fueron atendidas durante el año 2021, en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga; para que a partir de dicha información se pueda brindar un adecuado control durante el parto y el puerperio.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Grupo Inter-Agencial de Estimación de Mortalidad Materna (MMEIG), en el año 2015 estimó 7.300 muertes maternas en América Latina y el Caribe. Los avances por disminuir la mortalidad materna han sido poco significativos dentro de cada país. Del total, 13 países tienen una razón de mortalidad materna más alta que el promedio regional, entre 89 y 359 por 100,000 nacidos vivos, cuyas tasas de fecundidad son altas más los niveles elevados de pobreza, la cobertura y calidad de atención deficientes. A pesar de que ningún país llegó a mostrar una reducción de 75% de ese indicador entre 1990 y 2015, 12 países lograron una reducción de más de 50% en ese mismo período, entre los cuales se encuentra Ecuador con 44% en mortalidad materna. (7) En el año 2020 se notificaron 180 muertes maternas de las cuales el 90,56% sucedieron antes de los 42 días de puerperio, hubo un aumento de 40 MM en comparación al año 2019, siendo las principales causas trastornos hipertensivos en un 32,5%, hemorragia obstétrica 19,01% y relacionado a causas indirectas en un 34,35%. (8) El puerperio es el periodo comprendido después del parto hasta la sexta u octava semana después. Las semanas posteriores al parto constituyen un período importante para la mujer, ya que su cuerpo se encuentra en un proceso de adaptación a diferentes cambios físicos y psicológicos, así como su transición a la maternidad, en este periodo sientan las bases para la salud y el bienestar en la mujer a largo plazo. (9) Es indispensable reconocer la importancia de la atención posparto, ya que las estadísticas de morbilidad y mortalidad materna son altas, estas cifras aumentan en poblaciones con condiciones sociales inequitativas y del débil funcionamiento de los sistemas de salud. En Quito se realizó un estudio con una muestra de 400 pacientes, del total el 12% presentaron complicaciones durante el puerperio, las complicaciones más frecuentes fueron la endometritis 84%, dehiscencia perineal 8%, depresión posparto y mastitis con el 4%; las mismas que estaban relacionadas, según los factores obstétricos, con primiparidad y edad gestacional de 41 semanas, además, la falta de higiene y la desinformación de las pacientes acerca de los signos de alarma para acudir a un control inmediato de su puerperio. (10)

Las complicaciones se pueden presentar durante el embarazo, parto o puerperio, las mismas que pueden ser patologías menores o de mayor complejidad que requieren consulta médica o especializada. Las complicaciones que se presenten, aumentan la

morbilidad y mortalidad materna donde la mayoría ocurren durante el puerperio y las de mayor frecuencia son las hemorragias posparto, infecciones de los órganos pélvicos, otras infecciones como mastitis y abscesos mamarios. (9, 10) Las patologías antes mencionadas son potencialmente reversibles, por lo tanto, es importante detectar a tiempo los factores asociados que puedan aumentar su riesgo de aparición durante el puerperio.

¿Cuál es la frecuencia de complicaciones en el puerperio inmediato de pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, 2021?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible establece para el año 2030 la reducción de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos, en Ecuador para el año 2020 la razón de mortalidad materna (RMM) fue de 49,14. (11) La mayor parte de las muertes materna son evitables, ya que la atención especializada puede optimizar soluciones profilácticas o terapéuticas para diferentes complicaciones que se pueden presentar en el puerperio, las principales son las defunciones obstétricas directas, las mismas que se presentan como complicaciones del estado gravídico, es decir, en el embarazo, trabajo de parto y puerperio, en un menor porcentaje relacionado a defunciones obstétricas indirectas como resultado de una enfermedad existente antes del embarazo. (2, 6) Es indispensable que todas las embarazadas tengan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto. Por lo tanto, es importante identificar los factores asociados de las diferentes complicaciones en el posparto ya que de estos dependerán el establecer las debidas medidas de prevención y realizar un abordaje terapéutico oportuno. La realización del presente trabajo de investigación pretende determinar la frecuencia de las complicaciones en el puerperio inmediato, para que a partir de la cual se puedan establecer recomendaciones entorno a la prevención y atención oportuna del parto, intervención precoz con tratamiento óptimo para las complicaciones que se presenten en el puerperio. (9, 10) En este tiempo de transición, la salud de la mujer puede estar comprometida por diversas complicaciones cuyo resultado puede ser mortal o presentar consecuencias en su salud a corto o largo plazo. En Ecuador se considera la mortalidad materna como un problema de salud pública y como prioridad nacional según la Constitución 2008, el Código de Salud 2006 y el Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, por lo que se han realizado importantes esfuerzos para reducirla. En el año 2016 se presenta el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal y desde ese año el Ministerio de Salud Pública (MSP) ejecuta la Iniciativa Ecuador sin Muertes Maternas que involucra un incremento de personal y su capacitación para atención del embarazo y el parto, una estrategia nacional de comunicación social y la importancia de brindar información estratégica a madres sobre los diferentes riesgos durante el embarazo y el parto. Así también, la investigación es una de las prioridades de investigación en salud planteadas por el

Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el periodo 2013 – 2017, Área 5: Materna.
(12) También responde a la línea 2 de investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Salud Integral Sexual y Reproductiva por ciclos de vida. (13)

CAPITULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Definición

La palabra puerperio deriva del latín: puer (niño) y parus (resultado). Hace referencia al tiempo después del parto, en el que tiene lugar cambios anatómicos y fisiológicos inducidos por el embarazo a su estado no gestacional. (8) La duración es comprensiblemente inexacta, pero se considera que está entre seis y ocho semanas.

(1)

2.2 Etapas del puerperio

- Puerperio Inmediato: corresponde a las primeras 24 horas del posparto.
- Puerperio Mediato: abarca el periodo desde el segundo día hasta el décimo día.
- Puerperio Tardío: continúa desde el 11avo hasta el 42avo día posparto.

2.3 Cambios fisiológicos en el puerperio

La frecuencia del pulso puede aumentar unas horas después del parto por la excitación, dolor y, se normaliza al segundo día. La presión arterial se encuentra normal, una disminución $> 20\%$ por debajo del valor inicial podría ser un signo de hemorragia posparto o shock séptico; por el contrario, la presión arterial alta podría ser por dolor o preeclampsia. La temperatura se incrementa ligeramente hasta $37,2^{\circ}$ C junto con aumento de escalofríos, diaforesis en las primeras 24 horas y se normaliza dentro de las 12 horas. La frecuencia respiratoria también disminuye al nivel anterior al embarazo en 2 a 3 días. Hay una pérdida de peso de 5 a 6 kg debido a la expulsión de productos de la gestación y la pérdida de sangre. (14) El gasto cardiaco suele mantenerse elevado durante 24 a 48h postparto y declina en 10 días. El volumen sanguíneo se normaliza hacia la tercera o cuarta semana. Aproximadamente las mujeres toleran una pérdida de 500 ml como promedio en las primeras 24 horas (2). Referente a los cambios urinarios; el tejido vesicular edematoso, congestionado e hipotónico después del parto, ocasiona sobredistensión, vaciamiento incompleto y estasis de orina, esto disminuye a las 24 horas. La deshematización aumenta el volumen vascular renal que provoca un aumento en la diuresis. (2) En el aparato digestivo existe presencia de flatulencia o estreñimiento debido a íleo intestinal (por dolor o presencia de la hormona placentaria relaxina) pérdida de fluidos corporales, laxitud de la pared abdominal y hemorroides. (14) La deposición suele darse al tercer

día del parto. (2) Los cambios de pigmento (melasma y línea negra) desaparecen entre las 6 y 8 semanas. Los músculos abdominales se estiran demasiado durante el embarazo, se tensan durante el trabajo de parto y tardan en recuperar su tono y elasticidad normales, regresan a la normalidad a las 6 a 8 semanas. (14) Los cambios que se presentan en la glándula mamaria es la ingurgitación, entre el 2º y 3er día, la mama se vuelve firme, sensible, dolorosa al tacto, aumenta de tamaño. Después del parto se empiezan a secretar calostro, la cual persiste durante unos 5 días y luego se secreta leche madura. (2) En órganos reproductores externos; al inicio, la vagina y el orificio vaginal forman un conducto amplio con paredes uniformes que decrecen en tamaño de forma gradual, el himen está representado por proyecciones de tejido que forman las carúnculas mirtiformes. El epitelio vaginal empieza a proliferar entre las cuatro y seis semanas, con el reinicio de la producción de estrógenos. (9) Los órganos reproductores internos; el útero y el sitio de la placenta se contraen rápidamente para evitar una mayor pérdida de sangre. El fondo del útero contraído está ligeramente por debajo del ombligo, se siente firme y pesa 1000 gramos, al final de la primera semana pesa 500 gramos y a las seis semanas pesa aproximadamente 50 gramos. El endometrio se restaura por completo en 2 a 3 semanas. (14) La abertura cervical se contrae lentamente, al final de las primeras semanas, esta abertura se reduce, el cuello aumenta su espesor y se reforma el canal endocervical, el cuál es más amplio, y las depresiones endocervicales en el sitio de las laceraciones se vuelven permanentes. (9)

Loquios: el desprendimiento del tejido decidual da como resultado una secreción vaginal de cantidad variable, contiene eritrocitos, decidua rallada, células epiteliales y bacterias (9). Inicialmente son rojos, con duración de 1 a 4 días. Luego cambian de color a amarillento o marrón pálido, duran de 5 a 9 días, y se componen de sangre, moco y leucocitos. Finalmente, son blancos y contienen principalmente moco, que duran hasta 10 a 14 días. Los loquios pueden persistir hasta 5 semanas después del parto. Si persisten loquios rojos más allá de una semana podría ser un indicador de su involución uterina. La presencia de olor desagradable puede ser un signo de infección. (14)

2.4 Factores asociados

Es importante que cada embarazada tenga accesibilidad a atención de calidad, en el que podrá tener un seguimiento eficiente de su proceso. La Organización Mundial de Salud (OMS) indica que el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye potencialmente el riesgo de complicaciones, así como también el evitar la mortalidad materna y perinatal (15). El llevar un adecuado control durante la gestación y el parto puede relacionarse a condiciones favorables de salud para la madre y sus hijos/as durante el periodo posparto, además de que existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas. La OMS menciona que cinco controles médicos por personal calificado son óptimos en el embarazo de bajo riesgo. El MSP tiene como objetivo la atención a la salud materno-infantil, como lo es la prevención de las complicaciones del estado gravídico en base a una atención de calidad y a diagnósticos tempranos. (16)

El MSP en la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre Control prenatal da recomendaciones para realizar la detección de factores de riesgo, los mismos que se clasifican en modificables y no modificables. Los factores de riesgo laborales que pueden relacionarse con complicaciones como es mantener una posición de pie por tiempo prolongado (más de 3 horas por turno), levantar objetos pesados, ruido excesivo, deficiente nutrición por limitación horaria, fumadora pasiva, trabajos mixtos (un total de más de 4 horas de pie por turno, estrés, ambiente frío, exposición a sustancias tóxicas, etc). Por otra parte, es necesario tener en cuenta los factores psicosociales como es la violencia intrafamiliar provoca problemas físicos, emocionales y sociales impide una atención adecuada, además de ser causa de nacimiento pretérmino, hemorragias vaginales y muerte perinatal. También se ha asociado con depresión materna prenatal y depresión postparto. (16)

Durante el parto, la OMS recomienda elegir el parto vaginal sobre la cesárea, concluye que la cesárea es un procedimiento eficaz cuando la salud de la madre y el neonato está comprometida y no existe la posibilidad de un parto vaginal. Considera que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15% (17). Este procedimiento está relacionado con complicaciones y discapacidades significativas, que pueden ser permanentes, especialmente en los lugares que carecen de

instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. La GPC sobre Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato no recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo, la complicación más frecuente de este procedimiento es la infección. (18)

En la evaluación del puerperio inmediato es importante tener en cuenta signos de alarma que pueden estar relacionados con complicaciones durante este periodo, por ejemplo, el presentar un estado de conciencia alterado, deterioro del estado general, bradicardia, hipotensión, fiebre, sangrado vaginal, loquios de color marrón y fétidos. (19)

2.5 Complicaciones puerperales

2.5.1 Hemorragia posparto (HPP)

Es la principal causa de morbilidad materna en todo el mundo, y afecta hasta 10% de todas las mujeres en el posparto (20). Se define como la pérdida de sangre >500 mL en un parto vaginal y >1.000 mL en un parto por cesárea; la pérdida sanguínea que tiene la capacidad de producir inestabilidad hemodinámica, debe considerarse una HPP. A menudo, los cálculos clínicos de la pérdida de sangre no son precisos. (21). Dentro de los factores asociados está la hemorragia ante parto, trabajo de parto aumentado, corioamnionitis, macrosomía fetal, anemia materna, obesidad materna, gestación multifetal, preeclampsia, primiparidad, trabajo de parto prolongado. Sin embargo, el 20% de las hemorragias posparto ocurre en mujeres sin factores de riesgo. En un estudio retrospectivo, de 4796 mujeres con edad gestacional ≥ 28 semanas, se encontró la HPP en 95 mujeres, con una incidencia del 1,98% y que la edad materna ≥ 35 , antecedentes de parto prematuro, cesárea, el peso del recién nacido >4 kg y la asfixia neonatal son factores que se asocian con mayor riesgo de HPP (22). En otro estudio, se encontró que la incidencia global de HPP fue del 8,7%. Los factores de riesgo fueron el uso de tecnología de reproducción asistida, preeclampsia, laceraciones vaginales-perineales graves y macrosomía fetal. (23). Hemorragia posparto inmediata es la hemorragia que origina dentro de las 24 horas posteriores al parto. Alrededor del 70% de los casos son causados por atonía uterina. Hemorragia posparto mediata se presenta después de las 24 horas hasta los 11 días. Hemorragia posparto tardía se origina dentro de las 24 horas y 6 semanas postparto.

Los casos de hemorragia postparto tardía, tiene lugar a las 6 semanas, causadas por restos de productos con la capacidad de causar infecciones. (24)

Causas de HPP

2.5.1.1 Atonía/Hipotonia uterina: Es la principal causa de hemorragia posparto, se refiere a la contracción inadecuada de las células miométriales del cuerpo uterino en respuesta a la oxitocina endógena que se libera durante el parto. La ausencia de una contracción efectiva del útero después del parto complica 1 de cada 40 nacimientos en los Estados Unidos y es responsable de al menos el 75% de los casos de hemorragia posparto. (24) En un estudio, de 237 puérperas la prevalencia de atonía uterina fue de 5,91%. Además, tener controles prenatales (CPN) suficientes era factor protector, pero el tener insuficientes o no tener CPN era factor de riesgo. (25)

Tratamiento/Manejo

Prevención intraparto: Con el manejo adecuado de la tercera etapa del trabajo de parto, que incluye masaje uterino con tracción sostenida concomitante de bajo nivel en el cordón umbilical. La infusión simultánea de oxitocina es útil, aunque es razonable diferirla hasta después del parto de la placenta. (24)

Tratamiento médico inicial

Los proveedores de atención médica deben estar listos para el tratamiento médico inicial, que se dirige al uso de medicamentos para mejorar el tono e inducir contracciones uterinas. Masajear el útero también es efectivo, al igual que asegurar una cavidad vacía. Los medicamentos utilizados para la hemorragia posparto secundaria a la atonía uterina incluyen los siguientes: (24)

1. La oxitocina (Pitocin) se puede administrar por vía intravenosa de 10 a 40 unidades por 1000 ml o 10 unidades por vía intramuscular (IM). La infusión rápida sin diluir puede causar hipotensión.
2. Metilergonovina (Methergine) administrada IM 0,2 mg. Se administra cada 2 a 4 horas. Debe evitarse en pacientes con hipertensión.
3. 15-metil-PGF₂-alfa (hemabato) dado IM 0,25 mg. Administrado cada 15 a 90 minutos para un máximo de 8 dosis. Debe evitarse en asmáticos. Puede causar diarrea, fiebre o taquicardia. Es caro.

4. Misoprostol (Cytotec): 800 a 1000 mg colocados por vía rectal. Puede causar fiebre baja. Tiene una acción retrasada.

5. Dinoprostona (Prostin E2) 20 mg supositorio vaginal o rectal se puede administrar cada 2 horas. (24)

Tratamiento quirúrgico

Si los medicamentos fallan con un exceso de sangrado persistente, entonces se realiza el manejo quirúrgico.

Técnicas de taponamiento: empaquetamiento uterino con gasa (con taponamiento vaginal para asegurar su retención, por lo tanto, un empaquetamiento uterovaginal) con inserción de catéter Foley para permitir el drenaje vesical. El embalaje uterino debe ser apretado y uniforme, y se logra de manera rápida y eficiente con cintas de gasa enrolladas. Balón Bakri (con taponamiento vaginal para asegurar su retención) con inserción de catéter Foley para facilitar el drenaje vesical. (24)

Técnicas de manejo quirúrgico: Legrado uterino para productos retenidos, ligadura de la arteria uterina (O' Leary), con una opción para extender la ligadura arterial a los vasos tubo-ováricos, las suturas de compresión como la B-Lynch generalmente se reservan para escenarios clínicos donde la compresión bimanual del útero conduce a la detención en el sangrado, ligadura de la arteria hipogástrica (realizada por Gyn/Onc) o histerectomía. (24)

2.5.1.2 Alumbramiento incompleto: luego de 30 minutos de que se produzca el parto ocurre el alumbramiento. De no suceder esto podría tratársela de una placenta acreta, íncreta o percreta, por implantación anormal de esta misma, y puede ocurrir la retención de restos placentarios (25). La incidencia de placenta retenida oscila entre el 0,1% y el 3%. Los factores de riesgo incluyen: placenta retenida previa, parto prematuro, cirugía uterina previa, interrupción del embarazo anterior, aborto espontáneo, legrado, gran multiparidad (más de cinco partos anteriores) y anomalías uterinas congénitas (no reconocidas antes del parto). (26)

2.5.1.3 Traumas: Se mencionan los desgarros del canal vaginal, ruptura uterina o inversión uterina. En un estudio, con de 237 puérperas la prevalencia de HPP por lesión del canal de parto fue de 2,1%. (25) La inversión uterina es una complicación puerperal rara, un estudio reciente de 10 años en los Estados Unidos encontraron aproximadamente 1 caso cada 3448 partos. (27)

2.5.1.4 Alteración de la coagulación: Se refiere a las coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo como la enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A y adquiridas como Síndrome de HELLP, embolia de líquido amniótico. (25)

2.5.2 Infecciones puerperales

La endometritis, la infección de la herida, la infección del tracto urinario (ITU) y la mastitis son las cuatro infecciones posparto más comunes. Juntas, complican el período posparto hasta en un 20%. Se ha informado que el tiempo medio desde el parto hasta el diagnóstico de la infección es de 5 a 10 días (28). Las estimaciones de la incidencia de infección posparto por cesárea están entre el 1,1%-25%, y para el parto vaginal no asistido está entre de 0,2 - 5,5%. (29)

2.5.2.1 Infección uterina posparto o sepsis puerperal ha sido llamada indistintamente endometritis, endomiometritis y endoparametritis (9). Es un trastorno inflamatorio del endometrio debido a una infección bacteriana con mayor frecuencia ocasionada por gonococos o estreptococos hemolíticos. (2) Su incidencia, varía según el modo de parto, se estima 1-3% después del parto vaginal y 13-90% después de la cesárea, dependiendo de factores de riesgo maternos, profilaxis antibiótica quirúrgica, carácter programado/no programado, urgencia vital de cesárea y nivel socioeconómico del país. En Europa, del 10 al 20% de las mujeres presentan un episodio infeccioso en el puerperio. La frecuencia de endometritis posparto es del 2%. (30). Entre los factores de riesgo incluyen corioamnionitis, nivel socioeconómico bajo, trabajo de parto prolongado, rotura de membranas, exámenes cervicales múltiples, monitoreo fetal interno, edad materna joven, nuliparidad, obesidad, líquido amniótico meconial y colonización bacteriana del tracto genital inferior con bacterias como el Grupo B estreptococo (GBS), *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* o *Gardnerella vaginalis*. La vía de parto es el factor de riesgo más importante, y los partos por cesárea tienen una probabilidad mucho mayor de provocar endometritis, con un aumento de 25 veces en la mortalidad (31). En un estudio de cohorte multicéntrico retrospectivo, las tasas de endometritis fueron de 7,6% después del parto vaginal y de 16,4% después de cesárea (32). En Perú, la endometritis se presentó en un 3,8% de la población estudiada, y que la corioamnionitis o fiebre periparto son factores de riesgo. (25)

2.5.2.2 Infección de la herida del sitio quirúrgico (ISQ): se presenta con eritema, secreción e induración de la incisión, complica del 2 al 7% de las pacientes y se desarrolla de 4 a 7 días después de la cesárea. (33) . Los factores de riesgo, en orden decreciente, incluye el hematoma subcutáneo, corioamnionitis, consumo de tabaco durante el embarazo, longitud de la incisión >16,6 cm, atención prenatal limitada (menos de 7 visitas), IMC >30 o 35 kg/m², uso de corticosteroides, grosor del tejido subcutáneo >3 cm, sin profilaxis con antibióticos, diabetes pregestacional, tiempo operatorio ≥38 min, enfermedad hipertensiva/preeclampsia, duración del trabajo de parto >12h, nuliparidad, gestaciones gemelares, rotura prematura de membranas, pérdida de sangre, cesárea previa, parto de emergencia. (33) En un estudio de cohorte retrospectivo, hubo 802.182 partos de los cuales el 27,4% fue por cesárea. Se presentó 1396 casos de ISQ incisional. El riesgo era un 40% más alto entre las mujeres >35 años. El riesgo de ISQ incisional fue el doble asociado a diabetes preexistente y con infección del tracto urinario durante el embarazo. La rotura prematura de membranas, la pirexia durante el trabajo de parto y la hemorragia posparto aumentaron el riesgo en un 40-60%. (34)

2.5.2.3 Infección y dehiscencia de herida: el 85% de los partos vaginales se ven afectados por traumatismos perineales relacionados con el parto, ya sea de forma espontánea o como resultado de una episiotomía. La infección perineal en el período posnatal se asocia con dehiscencia de la herida, formación de tejido de granulación, dispareunia y disfunción del suelo pélvico. En una revisión sistemática, se encontró que la incidencia de infección de la herida por traumatismo perineal relacionada con el parto osciló entre 0,1% y el 23,6% y la dehiscencia de la herida entre el 0,21% y el 24,6%. (35) En un estudio de cohorte prospectivo, entre 603 mujeres primíparas el parto instrumental y el peso al nacer >4000gr aumentaron el riesgo de desgarros de 3er/4to grado. El IMC >35 kg/m² aumentó el riesgo de infección y dehiscencia de la herida. La episiotomía triplicó el riesgo de infección. (36)

2.5.3 Infección del tracto urinario (ITU): Es una infección posparto común que ocurre en el 2% al 4% de los casos. Aunque suele ser una infección leve, se asocia con malestar, estancia hospitalaria prolongada, readmisión y un mayor riesgo de interrupción de la lactancia materna. (37) En un estudio, el riesgo de ITU posparto

aumentó significativamente en las mujeres con cesárea prevista en comparación con el parto vaginal previsto, igual con la infección durante el embarazo, la rotura prematura de membranas y la preeclampsia. El 4,6% de las mujeres con cesárea prevista y el 3,5% de las mujeres con parto vaginal previsto recibieron tratamiento por ITU posparto. (37)

2.5.4 Hipertensión posparto

Afecta aproximadamente al 10% de los embarazos y puede persistir en el período posparto. Además, la hipertensión de novo puede presentarse después del parto, pero no se verifica su prevalencia exacta. (38). El factor de riesgo con mayor prevalencia es la preeclampsia, aunque consideradas curadas después del parto y eliminación de la placenta, continúan presentando disfunción endotelial y renal en el posparto. En un estudio, la complicación con mayor frecuencia fue la hipertensión posparto con 9.7%, con factores de riesgo como la hipertensión gestacional y someterse a cesárea de emergencia. (25)

2.5.5 Anemia posparto

Se presenta en paciente con hemoglobina (Hb) con valores menores a 10g/dl. (39) Las causas son la hemorragia posparto y anemia prenatal. Su prevalencia es del 10 al 30% en países de ingresos altos y más del 50% en países de ingresos bajos. (40) En un estudio, la prevalencia de anemia en el posparto inmediato fue del 49,7%, y los factores que más se asociaron fueron el parto instrumentado y anemia gestacional. (41)

CAPITULO III

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la frecuencia de las complicaciones en el puerperio inmediato de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, 2021

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir la edad, estado civil, residencia y nivel de instrucción de las pacientes del grupo de estudio.
- Determinar las características gineco obstétricas de las pacientes del grupo de estudio.
- Identificar las complicaciones maternas más frecuentes del puerperio inmediato del grupo de estudio
- Determinar la frecuencia de muerte materna en el puerperio inmediato del grupo de estudio.
- Describir las complicaciones del puerperio inmediato de acuerdo a la edad de pacientes del grupo de estudio.
- Describir las complicaciones del puerperio inmediato según la vía de parto del grupo de estudio.

CAPITULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

- El presente estudio fue de tipo descriptivo retrospectivo transversal.

4.2 AREA DE ESTUDIO

- Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Ubicado en la calle José Carrasco Arteaga s/n Intersección Popayán, Cuenca, Azuay.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

- Se trabajó con todo el universo que estuvo constituido por 110 pacientes que presentaron complicaciones en el puerperio inmediato y que fueron atendidas durante el parto por el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el año 2021.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

- Inclusión
Datos de pacientes atendidas durante el parto que presentaron complicaciones en el puerperio inmediato por el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, 2021.
- Exclusión
Datos de Pacientes que no se registraron en la base de datos.

4.5 VARIABLES

1. Edad
2. Estado civil
3. Residencia
4. Nivel de instrucción
5. Edad gestacional
6. Control prenatal
7. Paridad
8. Enfermedades preexistentes
9. Tipo de parto
10. Complicaciones
11. Hemorragia posparto

12. Atonía/Hipotonía uterina
13. Alumbramiento incompleto
14. Desgarros del canal de parto
15. Alteraciones de la coagulación
16. Anemia posparto
17. Hipertensión posparto
18. Muerte materna

4.6 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE DATOS

Método: se utilizó el método observacional.

Técnica: Fue solicitada carta de interés al Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga la cual estuvo dirigida al coordinador general de investigación, en la misma expuesto el interés de aquella institución de salud en el presente estudio, tomando en cuenta que el beneficio será para el colectivo médico y social. Posterior fue solicitada la base de datos al Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, de pacientes que fueron atendidas durante el parto, ya sea por vía vaginal o cesárea, y que presentaron complicaciones en el puerperio inmediato en el servicio de Ginecología y Obstetricia durante el año 2021.

Instrumentos: para la recolección de la información fue utilizada la base de datos otorgada por la institución de salud, posteriormente se completó el formulario estructurado por las investigadoras, en el que constaban las siguientes variables de estudio: edad, tipo de parto ya sea vaginal, cesárea electiva y cesárea de emergencia, la presencia o no de complicaciones en el puerperio inmediato, y cada una de las complicaciones como son: hemorragia posparto, atonía/hipotonía uterina, alumbramiento incompleto, desgarros del canal de parto, alteraciones de la coagulación, anemia posparto, hipertensión posparto, muerte materna, además de características sociodemográficas estado civil, residencia, nivel de instrucción y antecedentes gineco obstétricos: edad gestacional, control prenatal, paridad, enfermedades preexistentes (Anexo 2).

El formulario fue elaborado en base a formularios utilizados en investigaciones previas en el mismo campo, fue revisado por el director de tesis, quien realizó los cambios necesarios para garantizar la calidad del instrumento.

4.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

La tabulación y análisis de los datos fue realizada en el programa estadístico SPSS con parámetros de frecuencia, porcentaje y media. La variable cuantitativa, grupo etario, fue expresada con frecuencia, porcentaje y media. Las variables cualitativas fueron expresadas por frecuencia y porcentaje. Los resultados fueron presentados en tablas según los objetivos planteados y para el análisis se utilizó una estadística descriptiva.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

La base de datos obtenida del sistema AS400 de pacientes atendidas durante el parto y que presentaron complicaciones durante el puerperio inmediato atendidas por el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga durante el año 2021, como principal riesgo tenemos el quebranto de la confidencialidad de los datos, para minimizar el mismo la base de datos fue anonimizada por parte de la institución, de esta manera se garantizó el anonimato y confidencialidad de la información, la misma que fue exclusivamente para cumplir con los objetivos previamente señalados, siendo el beneficio de la presente investigación de manera indirecta ya que los resultados serán un aporte para el servicio de Ginecología y Obstetricia de la institución, además de formar parte de las líneas de investigación en salud, cuyos resultados son de interés médico y social. Por ser un estudio descriptivo no tiene ningún motivo de experimentación, por lo que no se realizó la aplicación de un consentimiento informado.

Declaración de conflicto interés

Nosotras, Melissa Liseth Romero Vergara con C.I.: 0706159522 y Cinthya Madelyne Suárez Ortuño con C.I.: 0105182760, autoras del proyecto de investigación *Frecuencia de las complicaciones en el puerperio inmediato de las pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, enero-diciembre 2021*, declaramos no tener ningún conflicto de intereses, ni ninguna relación económica, ni interés financiero que pueda influir.

Nosotras como investigadoras nos hemos preparado teniendo como base distintas fuentes de investigación relacionadas al tema de estudio, así mismo contamos con la guía de nuestro director de tesis quien es especialista en el área de Ginecología y Obstetricia.

CAPITULO V

5.1 RESULTADOS

El presente estudio fue realizado con 110 pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga durante el año 2021, el resultado de las complicaciones encontradas en el mismo, se presentan a continuación.

TABLA 1.

Distribución de 508 pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital De Especialidades José Carrasco Arteaga. Según vía de parto. Periodo 2021.

Cuenca, Ecuador. 2022.

TIPO DE PARTO	Frecuencia	%
Vaginal	259	50,98
Cesárea de emergencia	153	30,12
Cesárea electiva	96	18,90
Total	508	100,00

Fuente: Base de datos del HJCA

Autoras: Romero M - Suárez M.

Durante el 2021 en el Hospital de Especialidades José Carrasco se atendieron 508 partos, de los cuales el 50,98% (259) fueron partos de tipo vaginal.

TABLA 2.

Prevalencia de complicaciones en el puerperio inmediato, en 508 pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital De Especialidades José Carrasco Arteaga. Periodo 2021.

Cuenca, Ecuador. 2022.

COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje
SI	110	21,65%
NO	398	78,35%
TOTAL	508	100,00%

Fuente: Base de datos del HJCA

Autoras: Romero M. - Suárez M.

La prevalencia de complicaciones en el puerperio inmediato, de las 508 pacientes atendidas en el Hospital de Especialidades José Carrasco durante el año 2021 fue el 21,65% (110).

TABLA 3.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según edad, estado civil, residencia y nivel de instrucción. Periodo 2021.

CUENCA, ECUADOR. 2022

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
> 35	31	28,18%
19 – 34	72	65,45%
< = 18	7	6,36%
TOTAL	110	100,00%
Media: 30		
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Casada	49	44,55%
Unión libre	24	21,82%
Soltera	32	29,09%
Divorciada	5	4,55%
TOTAL	110	100,00%
RESIDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	89	80,91%
Rural	21	19,09%
TOTAL	110	100%
INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Superior	46	42%
Secundaria completa	41	37%
Primaria completa	12	11%
Primaria incompleta	2	2%
Secundaria incompleta	9	8%
TOTAL	110	100%

Fuente: Base de datos del HJCA

Autoras: Romero M. - Suárez M.

De las 110 pacientes estudiadas, el grupo etario más frecuente fue entre el rango de edad de 19 a 34 años de edad con un 65,45% (72). La edad mínima fue de 15 años y la máxima fue de 45 años. La media de edad de las pacientes fue de 30 años. El 44,56% (49) de las pacientes estuvieron casadas, mientras que el 4,55% (5) fueron divorciadas. De acuerdo al lugar de residencia, el 80,91% (89) residía en área urbana. El 42% (46) de las pacientes presentaron un nivel de instrucción superior, y el 2% (2) tuvieron un nivel de instrucción de primaria incompleta.

TABLA 4.

Distribución de 110 pacientes que presentaron complicaciones en el puerperio inmediato en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según características gineco obstétricas. Periodo 2021.

Cuenca, Ecuador. 2022

SEMANAS DE GESTACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
37 SG - 41.6 SG	71	64,55%
< 0 = 36.6 SG	39	35,45%
TOTAL	110	100%

CONTROL PRENATAL	Frecuencia	Porcentaje
Si > o =5	101	91,82%
Si < 5	9	8,18%
NO	0	0,00%
TOTAL	110	100,00%

PARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
MULTIPARA	75	68,18%
NULIPARA	35	31,82%
TOTAL	110	100,00%

ENFERMEDADES PREEXISTENTES	Frecuencia	Porcentaje
No	82	74,55%
Hipertensión gestacional	2	1,82%
Diabetes gestacional	3	2,73%
Hipotiroidismo gestacional	5	4,55%
Preeclampsia	5	4,55%
Epilepsia	1	0,91%
Hipotiroidismo	4	3,64%
Diabetes Mellitus	1	0,91%
Hipertensión crónica	2	1,82%
Hipertiroidismo	1	0,91%
Otras		
CA Tiroides	1	0,91%
Talasemia	2	1,82%
Artritis reumatoide	1	0,91%
TOTAL	110	100%

Fuente: Base de datos del HJCA

Autoras: Romero M. – Suárez M.

De las 110 pacientes estudiadas, el 64,55% (71) tuvieron un embarazo a término. El 91,82% (101) de las pacientes se realizaron igual o más de 5 controles prenatales. El 68,18% (75) de las pacientes fueron multíparas. El 74,55% (82) de las pacientes no

presentaron enfermedades preexistentes, mientras que el 25,45% si tuvieron alguna enfermedad, entre las más frecuentes fueron la preeclampsia y el hipotiroidismo gestacional, ambas con un 4,55% (5).

TABLA 5.

Distribución de las complicaciones en el puerperio inmediato de 110 pacientes, atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Periodo 2021.

Cuenca, Ecuador. 2022

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO	Frecuencia	Porcentaje
HIPERTENSIÓN POSPARTO	21	19,09%
DESGARROS DEL CANAL DE PARTO	11	10,00%
ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO	13	11,82%
ATONIA/HIPOTONIA	41	37,27%
ANEMIA POSPARTO	21	19,09%
ROTURA UTERINA	3	2,73%
ALTERACIÓN DE LA COAGULACION	0	0,00%
MUERTE MATRENA	0	0,00%
TOTAL	110	100,00%

Fuente: Base de datos del HJCA

Autoras: Romero M. - Suárez M.

De las 110 pacientes en estudio, se encontró que la complicación más frecuente fue la atonía/hipotonía uterina con un 37,27% (41), seguido por la hipertensión y anemia posparto con un 19,09% (21) y como la menos frecuente fue la rotura uterina con un 2,73% (3).

TABLA 6.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según atonía/hipotonía uterina y grupo etario. Periodo 2021.

Cuenca, Ecuador. 2022.

COMPLICACIONES PUERPERALES	< 19 AÑOS	≥ 19 AÑOS	TOTAL
ATONÍA/HIPOTONÍA	5	36	41
OTRAS COMPLICACIONES	2	67	69
TOTAL	7	103	110

Fuente: Base de datos del HJCA

Autoras: Romero M. – Suárez M

Se tomó en consideración lo que cita la bibliografía que la edad < a 19 años consiste en un factor de riesgo para la presencia de atonía/hipotonía uterina. De las 110 pacientes, 41 presentaron atonía/hipotonía uterina siendo más frecuente (36) en pacientes de 19 años o más. Al evaluar la relación entre estas dos variables, no se encontró una asociación estadísticamente significativa probablemente debido al número pequeño de pacientes ($X^2= 3,73$; $p = 0,07$, OR: 4.85), pero se demostró que las pacientes ≥ 19 años tienen la posibilidad de 4,85 veces de presentar de atonía/hipotonía uterina.

TABLA 7.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según hipertensión posparto y grupo etario. Periodo 2021.

Cuenca, Ecuador. 2022.			
COMPLICACIONES PUERPERALES	< 19 AÑOS	≥ 19 AÑOS	TOTAL
HIPERTENSIÓN POSPARTO	0	21	21
OTRAS COMPLICACIONES	7	82	89
TOTAL	7	103	110

Fuente: Base de datos del HJCA

Autoras: Romero M. – Suárez M

Se tomó en consideración lo que cita la bibliografía que la edad < a 19 años consiste en un factor de riesgo para la presencia de hipertensión posparto. De las 110 pacientes, 21 presentaron hipertensión posparto siendo más frecuente (21) en pacientes de 19 años o más. Al evaluar la relación entre estas dos variables, no se encontró una asociación estadísticamente significativa, probablemente debido al número pequeño de pacientes ($X^2= 1,764$; $p = 0,21$, OR: 0), la presencia de hipertensión posparto es menos probable en pacientes menores de 19 años, existiendo una asociación negativa entre variables.

TABLA 8.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según anemia posparto y grupo etario. Periodo 2021.

Cuenca, Ecuador. 2022.

COMPLICACIONES PUERPERALES	< 19 AÑOS	≥ 19 AÑOS	
ANEMIA POSPARTO	0	21	21
OTRAS COMPLICACIONES	7	82	89
TOTAL	7	103	110

Fuente: Base de datos del HJCA

Autoras: Romero M. – Suárez M

De las 110 pacientes, 21 presentaron anemia posparto siendo más frecuente (21) en pacientes ≥ 19 años. Al evaluar la relación entre estas dos variables, no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($X^2= 1,764$; $p = 0,21$, OR: 0), además la presencia de anemia posparto es menos probable en pacientes menores de 19 años, hay una asociación negativa entre variables.

TABLA 9.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según alumbramiento incompleto y grupo etario. Periodo 2021.

Cuenca, Ecuador. 2022.

COMPLICACIONES PUERPERALES	< 19 AÑOS	≥ 19 AÑOS	TOTAL
ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO	2	11	13
OTRAS COMPLICACIONES	5	92	97
TOTAL	7	103	110

Fuente: Base de datos del HJCA

Autoras: Romero M.- Suárez M.

De las 110 pacientes, 13 presentaron alumbramiento incompleto siendo más frecuente (11) en pacientes de 19 años o más. Al evaluar la relación entre estas dos variables, no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($X^2= 2,013$; $p = 0,227$, OR: 3.293), además la razón de presencia de alumbramiento incompleto

versus la presencia de otras complicaciones es 3.2 veces mayor en pacientes menores de 19 años en comparación con las pacientes \geq a 19 años.

TABLA 10.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según atonía/hipotonía uterina y tipo de parto. Periodo 2021.

Cuenca, Ecuador. 2022			
COMPLICACIONES PUERPERALES	PARTO VAGINAL	CESÁREA	TOTAL
ATONÍA/HIPOTONÍA	20	21	41
OTRAS COMPLICACIONES	29	40	69
TOTAL	49	61	110

Fuente: Base de datos del HJCA

Autoras: Romero M. – Suárez M

De las 110 pacientes, 41 presentaron atonía/hipotonía siendo más frecuente (21) en pacientes que tuvieron parto por cesárea. Al evaluar la relación entre estas dos variables, no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($X^2= 0.474$; $p = 0,489$, OR: 1.31), además la razón de presencia de atonía/hipotonía uterina versus la presencia de otras complicaciones es 1,31 veces mayor en pacientes que tuvieron un parto vaginal en comparación con las que tuvieron cesárea.

TABLA 11.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según hipertensión posparto y tipo de parto. Periodo 2021.

Cuenca, Ecuador. 2022.			
COMPLICACIONES PUERPERALES	PARTO VAGINAL	CESÁREA	TOTAL
HIPERTENSIÓN POSPARTO	3	18	21
OTRAS COMPLICACIONES	46	43	89
TOTAL	49	61	110

Fuente: Base de datos del HJCA

Autoras: Romero M. – Suárez M

De las 110 pacientes, 21 presentaron hipertensión posparto siendo más frecuente (18) en pacientes que tuvieron parto por cesárea. Al evaluar la relación entre estas dos variables, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($X^2= 9.621$;

$p = 0,001$, OR: 0.15), además la razón de presencia de hipertensión posparto versus la presencia de otras complicaciones es 0,15 veces menor en pacientes que tuvieron un parto vaginal en comparación con las que tuvieron cesárea.

TABLA 12.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según anemia posparto y tipo de parto. Periodo 2021.

Cuenca, Ecuador. 2022.			
COMPLICACIONES PUERPERALES	PARTO VAGINAL	CESÁREA	TOTAL
ANEMIA POSPARTO	2	19	21
OTRAS COMPLICACIONES	47	42	89
TOTAL	49	61	110

Fuente: Base de datos del HJCA

Autoras: Romero M. – Suárez M

De las 110 pacientes, 21 presentaron anemia posparto (19) más frecuente que en pacientes que tuvieron parto por cesárea. Al evaluar la relación entre estas dos variables, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($X^2 = 12.89$; $p = 0,0002$, OR: 0.095), además la razón de presencia de anemia posparto versus la presencia de otras complicaciones es 0,095 veces menor en pacientes que tuvieron parto vaginal en comparación con las que tuvieron cesárea.

TABLA 13.

Distribución de 110 pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según alumbramiento incompleto y tipo de parto. Periodo 2021.

Cuenca, Ecuador. 2022.			
COMPLICACIONES PUERPERALES	PARTO VAGINAL	CESÁREA	TOTAL
ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO	13	0	13
OTRAS COMPLICACIONES	36	61	97
TOTAL	49	61	110

Fuente: Base de datos del HJCA

Autoras: Romero M. – Suárez M.

De las 110 pacientes, 13 presentaron alumbramiento incompleto posparto siendo más frecuente (13) en pacientes que tuvieron parto vía vaginal. Al evaluar la relación entre estas dos variables, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=18.35$; $p = 0,0000009$, OR: indefinido), no se puede establecer comparación entre estas dos variables, ya que no se presentó ningún caso de alumbramiento incompleto en cesárea.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

El puerperio es el periodo posterior al parto de la placenta y se extiende hasta 6 semanas, si la evolución de este periodo no se encuentra dentro de los parámetros normales se relacionará con alguna complicación puerperal. En términos de mortalidad materna mundial, casi el 50% de las muertes ocurren durante esta etapa. (42) En el presente estudio, que fue de tipo descriptivo realizado en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, en la ciudad de Cuenca, de 508 partos que se atendieron en el servicio de Ginecología y Obstetricia, 110 pacientes presentaron complicaciones en el puerperio inmediato. Resultados similares en la presente investigación se encontraron en un estudio realizado por Martínez y Brizuela (43), en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco (Nicaragua) donde 110 mujeres presentaron complicaciones en el puerperio. En contraste con un estudio realizado por Delgado (44) en el Hospital Las Mercedes Chiclayo, en Perú, encontró que de 1962 partos atendidos sólo 82 pacientes presentaron complicaciones en el puerperio inmediato.

El grupo etario de 19 a 34 años de edad, tuvo mayor frecuencia de complicaciones en el puerperio inmediato, mientras que la media fue de 30 años. El 44,56% de las pacientes estuvieron casadas, de acuerdo al lugar de residencia, el 80,91% residían en área urbana y el 42% de las pacientes presentaron un nivel de instrucción superior. En cambio, en un estudio realizado por Naula et.al. (4) en el Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca durante el 2013, las pacientes con complicaciones del puerperio inmediato tuvieron una edad predominante entre 15-23 años con un 46,6%, civilmente en unión libre con el 43% o casadas con el 42,5%, el 76,8% con instrucción académica secundaria y el 65,2 provenientes de zonas urbanas. Es importante conocer los datos sociodemográficos de las pacientes pues se relacionan a factores riesgo y a la morbimortalidad materna.

De las pacientes que estuvieron embarazadas y que posterior presentaron complicaciones en el puerperio inmediato, el 64,55% tuvieron un embarazo a término, en cambio en el estudio de Naula et al. (4) el 90% tuvo un embarazo a término.

En el presente estudio el 91,82% se realizaron 5 o más controles prenatales, lo opuesto en el estudio de Naula et.al. (4) donde solo el 54% asistieron a 5 o más controles prenatales. En esta investigación el 68,18% de las pacientes fueron multíparas, lo que coincide con el estudio de Naula et.al. (4) en donde la multiparidad fue más frecuente. En el estudio de Delgado (44) se encontró también que las que presentaron complicaciones eran multíparas con el 58,62% pero solo el 19,54% tenían atenciones prenatales completas.

En el presente estudio el 74,55% de las pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato no presentaron enfermedades preexistentes, mientras que el 25,45% si tuvieron alguna enfermedad, entre las más frecuentes fueron la preeclampsia y el hipotiroidismo gestacional con un 4,55%. Mientras que en el estudio de Naula et.al. (4) solo el 10,4% presentaron antecedentes de hipertensión arterial y de hiperglicemias.

El tipo de parto que predominó en este estudio fue el vaginal con un 44,54%, mientras que en el estudio de Naula et.al. (4) predominó la cesárea. Lo que se podría decir que las complicaciones puerperales son frecuentes en ambos tipos de partos.

En el presente estudio se encontró que la causa más frecuente fue la atonía/hipotonía uterina con un 37,27%. Similares resultados se encontraron en el estudio de Naula et.al. (4) donde la causa principal de HPP fue la atonía/hipotonía uterina con un 66,3%. En los Estado Unidos la atonía uterina es la responsable del 75% de los casos de hemorragia posparto. (24) En un estudio realizado por Guapizaca (45) en el Hospital Básico de Sucúa, en Macas, el 23,2% tuvieron hemorragia posparto inmediata, donde la etiología más frecuente fue la atonía uterina con el 12,6%.

Otra causa de HPP es el alumbramiento incompleto, con un estudio de >45,000 pacientes muestran que, en general, para todas las edades gestacionales, la placenta retenida ocurrió en aproximadamente el 3% de los partos. (26) En el presente estudio fue del 11,82%, y en el trabajo de Delgado (44) fue de 43,68%. Pero en la investigación de Naula et.al (4) el porcentaje bajó a 3,3%. (4)

En un estudio en el Hospital María Auxiliadora de Lima-Perú, de 237 puérperas la prevalencia de HPP por lesión del canal de parto fue de 2,1%. (25) En el trabajo de

Naula et al. (4) el 6,8% de las pacientes presentaron desgarros del canal del parto. En nuestra investigación los desgarros del canal de parto se encontraron en 10% de pacientes. La siguiente causa de HPP fue la rotura uterina con un 2,73%.

Por otro lado, la anemia también se encuentra dentro de las complicaciones posparto y se relaciona con la HPP, afecta hasta el 80% de las mujeres en poblaciones rurales y de bajos ingresos y hasta el 50% de las mujeres en Europa y los Estados Unidos. (45) En nuestra investigación el 19,09% de las pacientes presentaron anemia posparto. En el estudio de Naula et.al. (4) se evidenció en el 23,6% de los casos. Observando que es un trastorno frecuente, es importante que los profesionales de salud realicen una adecuada detección de la anemia en especial en la etapa de gestación para así prevenir luego complicaciones en el parto y posparto.

En cuanto a la hipertensión posparto existen datos limitados con respecto a los factores de riesgo, la patogénesis y la fisiopatología, pero hay cierta evidencia que un factor de riesgo es la preeclampsia, a nivel global la incidencia de hipertensión posparto es difícil de establecer, aunque se reporta que oscila entre un 3 y 26%. En Colombia, se presenta con una incidencia del 12%. En cuanto a la prevalencia global se halla entre el 0,3 v 27,5%. (46) En el presente estudio tuvo una frecuencia de 19,09% de casos. En el estudio de Martínez y Brizuela (43) la frecuencia de hipertensión arterial posparto grave fue de 3,5%.

Al realizar la distribución de las complicaciones puerperales según el grupo etario, se encontró que las pacientes que pertenecían al grupo de 19 a 34 años de edad presentaron el mayor número de complicaciones, en el cual la atonía/hipotonía uterina fue la causa más frecuente con un 68,29% de casos. Además, que, al ir aumentando la edad, sobre todo en pacientes mayores de 35 años la causa principal de complicaciones fue la hipertensión posparto con el 26,32% seguido del alumbramiento incompleto con el 23,68%. En el estudio de Naula et al. (4) el grupo de edad con más complicaciones fue de 15 a 23 años de edad con el 46,58% y lo que coincide es que la principal causa de HPP fue la hipotonía uterina con un 58,08% de pacientes. (4)

De acuerdo al tipo de parto, la principal complicación que se presentó fue la atonía/hipotonía uterina, en el parto vaginal tuvo una frecuencia de 40,82%, en la

cesárea electiva de 36,36% y en la cesárea de emergencia de 34%. Lo que coincide con la investigación de Naula et al. (4) en la cual la hipotonía uterina fue más frecuente en las pacientes con cesárea con el 68,10%, mientras que en las pacientes con parto vía vaginal el alumbramiento incompleto y los desgarros del canal de parto fueron más frecuente con el 17,29% y 6,77% respectivamente.

Cabe mencionar, que en el presente estudio no se encontró ninguna muerte materna, a diferencia del estudio de Naula et al. (4) en donde hubo una mortalidad del 0,5%. En el Ecuador durante el 2020, el 38,79% de muertes maternas (6) y hasta la SE 51 del año 2021 el 25% de muertes maternas ocurrieron en el puerperio inmediato, (47) a pesar de observar una disminución de la muerte materna; continúa siendo una problemática de salud pública, para la cual se deben seguir aplicando e implementado políticas de prevención y atención oportuna tanto a la mujer en gestación, parto y posparto.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

Del presente estudio que fue realizado en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga durante el año 2021, el cual se centró en el estudio de la frecuencia de complicaciones en el puerperio inmediato, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- La prevalencia encontrada de complicaciones en el puerperio inmediato fue del 21.6%.
- El grupo etario que predominó estuvo entre los 19 a 34 años, cuyas pacientes eran procedentes del área urbana, su instrucción fue superior y civilmente estuvieron casadas.
- De acuerdo a la vía de parto, ya sea vaginal, cesárea electiva o cesárea de emergencia la principal complicación fue la atonía/hipotonía uterina.
- La atonía/hipotonía uterina fue más frecuente en menores de 18 años y entre los 19 a 34 años, mientras que en pacientes mayores de 35 años la principal complicación fue la hipertensión arterial posparto.

RECOMENDACIONES

Realizar gestiones hospitalarias adecuadas para que el servicio cuente con recursos humanos y materiales suficientes; de igual manera brindar educación continúa relacionada al cuidado gineco obstétrico para una atención oportuna además de eficaz y eficiente para las usuarias.

Para futuros estudios, se recomienda implementar otras variables de estudio relacionadas al periodo perinatal y neonatal, de igual manera antecedentes gineco obstétricos como periodo intergenésico, complicaciones en gestas anteriores, presencia de patologías placentarias con la finalidad de tener un correcto control durante el periodo de prenatal, una adecuada atención durante el parto según el estado de salud de la madre y el recién nacido.

Realizar un adecuado control durante el periodo del posparto inmediato, teniendo en cuenta signos tempranos de hemorragia posparto ya que es una de las complicaciones más comunes, independientemente de la vía de parto.

CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López D, Kopparapu A. StatPearls Publishing. Postpartum Care Of The New Mother [Internet]. 2020 [citado 12 Abril 2021]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565875/>
2. Vilarreal V. Incidencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres que fueron atendidas en el Centro de Salud Centro Histórico en Quito de Enero 2019 a Diciembre 2019 [Internet]. 2020 [citado 12 Abril 2021];14p. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21402/1/T-UCE-0014-CME-130.pdf>
3. Ngwenya S. . Int J Womens Health. Postpartum hemorrhage: incidence, risk factors, and outcomes in a low-resource setting [Internet]. 2016 [citado 12 Abril 2021];8:647-650. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27843354/>
4. Naula L, Quiñonez C, Sola B, Menéz J, Oviedo Y, Carpio D, et al. Revista Latinoamericana de Hipertensión. complicaciones del puerperio inmediato atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del HVCM Cuenca 2013 [Internet]. 2019 [citado 12 Abril 2021];Vol. 14 - Nº 2. Disponible en: http://www.revhipertension.com/rlh_2_2019/comPLICACIONES_puerperio_inmediato.pdf
5. Organización Mundial de Salud (OMS). Mortalidad materna [Internet]. 2019 [citado 12 Abril 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
6. Ministerio de Salud Pública (MSP). Subsecretaría Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna [Internet]. 2020 [citado 12 Abril 2021];4p. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/06/MUERTE-MATERNA-SE-24_2020.pdf
7. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR). *Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe*. GTR; 2017. pp.11-15. Citado 18 de Abril. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>

8. Ministerio de Salud Pública. Gaceta epidemiológica de muerte materna se 53 Ecuador 2020. MSP; 2020 p. 15. Citado 18 de Abril. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/01/Gaceta-SE-53-MM.pdf>
9. Cunningham F, Williams J. Obstetricia. México: McGraw-Hill; 2019. pp. 652 – 662.
10. Villarreal V. Incidencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres que fueron atendidas en el Centro de Salud Centro Histórico en Quito de Enero 2019 a Diciembre 2019 [Internet]. [Quito]: Universidad Central del Ecuador; 2020. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/21402/1/T-UCE-0014-CME-130.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud. Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre Ecuador - Capítulo Ecuador. Quito: OPS; 2016 p. 11-13. Citado: 18 de abril 2021. Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&alias=665-ods-ecuador-diciembre-2016&category_slug=publications&Itemid=599
12. Ministerio de Slud Pública. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. MSP; 2021 p. 16, 17. Disponible en: http://www.investigacionsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/10/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017-1.pdf
13. Universidad de Cuenca. Áreas de investigación. DIUC; 2015 p. 15, 32. Disponible en: https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22370/1/20150716_FondosExternos-AreasInvestigacion.pdf
14. Gaurav C, Prasanna T. StatPearls Publishing. Physiology, Postpartum Changes [Internet]. 2020 [citado 12 Abril 2021]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>
15. World Health Organization, editor. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: World Health Organization; 2016. 152 p. Disponible:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1

16. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica: Control Prenatal. Primera ed. Quito: MSP; 2015 p. 11-15. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea: Resumen ejecutivo. 2015 p. 1-3.
18. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. 1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC_Atencion_del_trabajo_parto_posparto_y_parto_inmediato.pdf
19. Fescina, R., Mucio, B., Diaz R., et al. Salud sexual y reproductiva: guía para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 2011. pp 210-213. Disponible en: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP1577.pdf>
20. Andrikopoulou M, D'Alton ME. Seminars in Perinatology. Postpartum Hemorrhage: Early Identification Challenges [Internet]. 2018 [citado 15 Abril 2021]. Available: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014600051830123X?via%3Dihub>
21. Ministerio de Salud Pública. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP; 2013. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
22. Pubu ZM, Bianba ZM, Yang G, CyRen LM, Pubu DJ, Suo Lang KZ, et al. Med Sci Monit. Factors Affecting the Risk of Postpartum Hemorrhage in Pregnant Women in Tibet Health Facilities [Internet]. 2021 [citado 15 Abril 2021];13;27. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7887994/>
23. Fukami T, Koga H, Goto M, Ando M, Matsuoka S, Tohyama A, et al. PLoS One. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage among transvaginal deliveries at a tertiary perinatal medical facility in Japan [Internet]. 2019 [citado

- 15 Abril 2021];14(1). Available:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6326562/>
24. Gill P, Patel A, Van Hook J. StatPearls Publishing. Uterine Atony [Internet]. 2020 [citado 15 Abril 2021]. Available:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493238/>
25. Pereira K. Factores que se asocian a las complicaciones durante el puerperio en el Hospital María Auxiliadora (HAMA) Lima – Perú [Internet]. 2018 [citado 15 Abril 2021]. Disponible:
http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/1446/3/Kevin_Tesis_bachiller_2018.pdf
26. Perlman N, Carusi D. Int J Womens Health. Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management. [Internet]. 2019 [citado 15 Abril 2021];11:527-534. Available:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6789409/>
27. Wendel M, Shnaekel K, Magann E. Obstetrical & Gynecological Survey. Uterine Inversion [Internet]. 2018 [citado 15 Abril 2021];73(7), 411–417. Doi:10.1097/ogx.0000000000000580
28. Axelsson D, Brynhildsen J, Blomberg M. J Perinat Med. Postpartum infection in relation to maternal characteristics, obstetric interventions and complications [Internet]. 2018 [citado 15 Abril 2021];46(3):271-278. Available:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28672754/>
29. Mohamed-Ahmed O, Hinshaw K, Knight, M. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology Operative vaginal delivery and postpartum infection [Internet]. 2018 [citado 17 Abril 2021]. Doi:10.1016/j.bpobgyn.2018.09.005
30. Faure K, Dessein R, Vanderstichele S, Subtil D. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. Endometrites du post-partum RCP Infections génitales hautes CNGOF et SPILF [Internet]. 2010 [citado 17 Abril 2021];47, 442-450. Available:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468718919301163?via%3Dihub#bib0480>

31. Taylor M, Pillarisetty L. StatPearls Publishing. Endometritis [Internet]. 2020 [citado 17 Abril 2021];47, 442-450. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553124/>
32. Salmanov A, Vitiuk A, Zhelezov D, Bilokon O, Kornatska A, Dyndar O, et al. Wiad Lek. Prevalence of postpartum endometritis and antimicrobial resistance of responsible pathogens in Ukraine: results of a multicenter study (2015-2017) [Internet]. 2020 [citado 17 Abril 2021];73(6):1177-1183. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32723949/>
33. Kawakita T, Landy H. Maternal health, neonatal and perinatal. Surgical site infections after cesarean delivery: epidemiology, prevention and treatment [Internet]. 2017 [citado 17 Abril 2021];3, 12. Available: <https://mhnpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40748-017-0051-3#citeas>
34. Saeed K, Corcoran P, Greene R. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Incisional surgical site infection following cesarean section: A national retrospective cohort study. [Internet]. 2019 [citado 17 Abril 2021];240:256-260. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31344664/>
35. Jones K, Webb S, Manresa M, Hodgetts-Morton V, Morris R. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. The incidence of wound infection and dehiscence following childbirth-related perineal trauma: A systematic review of the evidence [Internet]. 2019 [citado 17 Abril 2021];240:1-8. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31202973/>
36. Gommessen D, Nohr E, Drue H, Qvist N, Rasch V. Arch Gynecol Obstet. Obstetric perineal tears: risk factors, wound infection and dehiscence: a prospective cohort study [Internet]. 2019 [citado 17 Abril 2021];300(1):67-77. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31004221/>
37. Gundersen T, Krebs L, Loekkegaard E, Rasmussen S, Glavind J, Clausen T. BMJ Open. Postpartum urinary tract infection by mode of delivery: a Danish nationwide cohort study [Internet]. 2018 [citado 19 Abril 2021];8(3). Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5857667/#R6>

38. Katsi V, Skalis G, Vamvakou G, Tousoulis D, Makris T. Curr Hypertens Rep. Postpartum Hypertension. [Internet]. 2020 [citado 19 Abril 2021];22(8):58. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32761267/>
39. Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC). Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. 1ª Edición, Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2014. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
40. Ruiz R, Gea V, Juárez R, Iruzubieta F. (2020). Birth Issues prenatal care. The definition, screening, and treatment of postpartum anemia: A systematic review of guidelines [Internet]. 2020 [citado 19 Abril 2021];1-2. Doi.org/10.1111/birt.12519
41. Urquizu X, Rodríguez M, García A, Pérez E. Medicina Clínica. Anemia en el embarazo y el posparto inmediato. Prevalencia y factores de riesgo [Internet]. 2016 [citado 19 Abril 2021];146(10), 429–435. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-anemia-el-embarazo-el-posparto-S0025775316000646>
42. Schrey-Petersen S, Tauscher A, Dathan-Stumpf A, Stepan H. Dtsch Arztebl International. Diseases and complications of the puerperium [Internet]. 2021 [citado 15 Agosto 2022]; 25;11:436–46. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8381608/>
43. Martínez A, Brizuela E. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas. Prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco durante el 2014. [Internet]. 2015 [citado 16 Agosto 2022]; pag 3-4 Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/80118543.pdf>
44. Delgado L. Universidad Particular de Chiclayo, Facultad de Ciencias Médicas. Factores asociados a las complicaciones en el puerperio inmediato. Hospital Las Mercedes Chiclayo, período 2018 [Internet]. 2020 [citado 15 Agosto 2022]; pag 25. Disponible en: <http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/931/1/Tesis%20de%20delgado%20inga.pdf>
45. Guapizaca G. Universidad Católica de Cuenca. Prevalencia y etiología de hemorragia posparto inmediata y tardía en mujeres que acuden al hospital

- básico Sucúa en el periodo de enero a junio del 2017 [Internet]. 2017 [citado 17 Agosto 2022]; pag 21, 22, 23. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/bitstream/ucacue/7461/1/9BT2017-MTI03.pdf>
46. Butwick A, McDonnell N. . Int J Obstet Anesth. Antepartum and postpartum anemia: a narrative review [Internet]. 2021 [citado 17 Agosto 2022];47:102985. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33893005/>
47. Cedeño A, Galenao G, Fernandez D, Chito K, Coronado V. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Hipertensión postparto: Una revisión de la literatura y los protocolos de manejo [Internet]. 2015 [citado 17 Agosto 2022];63(2):251-258. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281052222_Hipertension_postparto_Una_revision_de_la_literatura_y_los_protocolos_de_manejo#:~:text=Los%20trastornos%20hipertensivos%20del%20embarazo%20que%20aparecen%20o,oscila%20entre%20el%200%2C3%20y%20el%2028%25%20%283%2C4%29.
48. Ministerio de Salud Pública (MSP). Subsecretaria Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna [Internet]. 2021 [citado 17 Agosto 2021];5p. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/01/Gaceta-MM-SE-51.pdf>

ANEXO 1: Operacionalización de variables

	Definición Conceptual	Indicador	Escala
Edad	Hace referencia al tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Años cumplidos	< = 18 19 -34 > = 35
Estado civil	Situación de forma de pareja asumida por la paciente	Tipo de estado civil	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión libre
Residencia	Lugar en donde vive habitualmente	Tipo de residencia	Urbana Rural
Nivel de instrucción	Periodo de tiempo que dura la estancia en una escuela para recibir la enseñanza adecuada.	Nivel académico	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior
Edad gestacional	Edad de un embrión, un feto o un recién nacido desde el primer día de la fecha de última menstruación o según ecografía	Edad gestacional	Pretermino < O = 36.6 SG Termino 37 SG - 41.6 SG Posttermino > 42 SG
Control prenatal	Conjunto de normas y procedimientos que se realizan durante el embarazo.	Control prenatal	No >= 5 < 5
Paridad	Número de embarazos	Paridad	Nulípara Multípara
Enfermedades preexistentes	Enfermedades o condiciones preexistentes que pueden complicar un embarazo	Enfermedades preexistentes	Hipertensión gestacional Diabetes gestacional Hipotiroidismo gestacional Preeclampsia Epilepsia Hipotiroidismo Diabetes Mellitus Hipertensión crónica NINGUNA
Tipo de parto	Modo en la que se finaliza el embarazo	Tipo de parto	1. Vaginal 2. Cesárea electiva 3. Cesárea de emergencia
Complicaciones	Condición que agrava y alarga el curso de una patología y que no es propio de ella	Complicaciones	Si No

Atonía/Hipotonía uterina	Contracción inadecuada de las células miométriales del cuerpo uterino en respuesta a la oxitocina endógena que se libera durante el parto.	Atonía uterina	Si No
Alumbramiento incompleto	Es la retención de restos placentarios y/o ovulares en la cavidad uterina	Alumbramiento incompleto	Si No
Desgarros del canal de parto	El desgarro o desgarre, se refiere a la rotura del tejido.	Desgarro	Si No
Alteraciones de la coagulación	Se refiere a las coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo.	Alteraciones de la coagulación	Si No
Anemia	Hemoglobina (Hb) con valores menores a 10g/dl	Anemia	Si No
Hipertensión posparto	Presión arterial >140/90mmHg medida dos veces con diferencia de 4 horas entre el trabajo de parto y hasta las 6 semanas postparto	Hipertensión posparto	Si No
Muerte materna	Defunción que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio dentro de los 42 días.	Muerte materna	Si No

ANEXO 2: INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES JOSE CARRASCO ARTEAGA

SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, ENERO – DICIEMBRE 2021

FECHA DE RECOLECCIÓN	
NO. FORMULARIO	

ESTADO CIVIL	RESIDENCIA	NIVEL DE INSTRUCCIÓN
CASDA	URBANA	PRIMARIA INCOMPLETA
SOLTERA	RURAL	PRIMARIA COMPLETA
VIUDA		SECUNDARIA INCOMPLETA
UNION LIBRE		SECUNDARIA COMPLETA
DIVORCIADA		TERCER NIVEL INCOMPLETO
		TERCER NIVEL COMPLETO

EDAD GESTACIONAL	CONTROL PRENATAL	PARIDAD
< 0 = 36.6 SG	Si >5	NULIPARA
37 SG - 41.6 SG	Si < 5	MULTIPARA
> 42 SG	NO	

ENFERMEDADES PREEXISTENTES	
Hipertensión gestacional	
Diabetes gestacional	
Hipotiroidismo gestacional	
Preeclampsia	
Epilepsia	
Hipotiroidismo	
Diabetes Mellitus	
Hipertensión crónica	
NINGUNA	
OTRAS	

TIPO DE PARTO			
VAGINAL	CESÁREA ELECTIVA	CESÁREA DE EMERGENCIA	
COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO	SI	NO	
ATONIA UTERINA / HIPOTONIA UTERINA	SI	NO	
ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO	SI	NO	
DESGARROS DEL CANAL DE PARTO	SI	NO	
ALTERACIONES DE LA COAGULACION	SI	NO	
ANEMIA POSPARTO	SI	NO	
HIPERTENSIÓN POSPARTO	SI	NO	
MUERTE	SI	NO	
OTRAS			