

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS
DE PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE 2016

TESIS

Presentada por:

Bach. Mariluz Diana Choque Layme

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL

EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE 2016

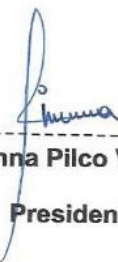
TESIS

Presentada por:

BACH. MARILUZ DIANA CHOQUE LAYME

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobado por unanimidad , ante el siguiente Jurado:



Dra. Rinna Pilco Velásquez

Presidente



Mgr. Edith Godoy Gonzales

Secretaria



Dra Leandra Llanca Ramos

Miembro

DEDICATORIA.

*Quiero Dedicarle este trabajo a Dios
Todo poderoso, quien me ha dado la
bendición de mantener con salud a mis
padres y hermanas.*

*Además me ha dado la oportunidad de
culminar esta feliz etapa de mi vida.*

*A mi esposo y mi querido hijo, los
mismos que han sido un pilar
fundamental en todos los aspectos de mi
vida, por estar siempre a mi lado,
apoyándome incondicionalmente ahora
veo mi sueño hecho realidad y doy
gracias a Dios.*

AGRADECIMIENTO.

A Dios, el ser maravilloso que me dio la vida y esta digna vocación, guiándome por el camino correcto y fortaleciéndome para superar los obstáculos que se presenten en el transcurso de mis estudios.

A mi asesores de tesis, por motivarme y apoyarme constantemente, con profesionalismo, en el desarrollo y elaboración de este trabajo de investigación.

A mis docentes gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

CONTENÍDO

| | |
|--------------------------|-----|
| DEDICATORIA. | |
| AGRADECIMIENTO. | |
| CONTENIDO. | i |
| ÍNDICE DE TABLAS. | iv |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS. | vii |
| RESUMEN. | x |
| ABSTRACT. | xi |
| INTRODUCCIÓN. | 1 |

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

| | |
|-----------------------------------|---|
| 1.1 Descripción del problema..... | 3 |
| 1.2 Formulación del problema..... | 4 |
| 1.3 Objetivos..... | 5 |
| 1.4 Justificación..... | 6 |

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

| | |
|-----------------------------------|----|
| 2.1 Antecedentes del estudio..... | 7 |
| 2.2 Base teórica..... | 13 |
| 2.3 Definición de términos..... | 53 |

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

| | |
|---|----|
| 3.1 Tipo y diseño de investigación. | 57 |
| 3.2 Población y muestra del estudio. | 57 |
| 3.3 Criterios de exclusión e inclusión. | 58 |
| 3.4 Operacionalización de variables. | 59 |
| 3.5 Método, técnicas e instrumentos de recolección..... | 60 |
| 3.6 Procesamiento y análisis estadístico..... | 61 |

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

| | |
|--------------------------------|-----|
| DISCUSIÓN..... | 93 |
| CONCLUSIONES..... | 98 |
| RECOMENDACIONES..... | 99 |
| REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA. | 101 |
| ANEXOS. | 109 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | Pág. |
|---|------|
| TABLA 1: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según edad | 63 |
| TABLA 2: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según grado de instrucción | 65 |
| TABLA 3: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según estado civil | 67 |
| TABLA 4: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según control prenatal | 69 |
| TABLA 5: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según paridad. | 71 |

| | |
|---|----|
| TABLA 6: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según anemia en el embarazo. | 73 |
| TABLA 7: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según sangrado posparto. | 75 |
| TABLA 8: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según atonía uterina. | 77 |
| TABLA 9: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según alumbramiento. | 79 |
| TABLA 10: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según placenta. | 81 |
| TABLA 11: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según inversión uterina. | 83 |
| TABLA 12: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según traumatismo uterino. | 85 |

| | |
|---|----|
| TABLA 13: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según desgarros. | 87 |
| TABLA 14: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según hematoma. | 89 |
| TABLA 15: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según post-parto. | 91 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | Pág. |
|--|------|
| GRÁFICO 1: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según edad. | 64 |
| GRÁFICO 2: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según grado de instrucción. | 66 |
| GRÁFICO 3: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según estado civil | 68 |
| GRÁFICO 4: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según control prenatal. | 70 |
| GRÁFICO 5: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según paridad. | 72 |

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 6: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según anemia en el embarazo. | 74 |
| GRÁFICO 7: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según sangrado posparto. | 76 |
| GRÁFICO 8: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según atonía uterina. | 78 |
| GRÁFICO 9: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según alumbramiento. | 80 |
| GRÁFICO 10: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según placenta. | 82 |
| GRÁFICO 11: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según inversión uterina. | 84 |
| GRÁFICO 12: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, traumatismo uterino. | 86 |

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 13: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según desgarros. | 88 |
| GRÁFICO 14: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según hematoma. | 90 |
| GRÁFICO 15: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal. | 92 |

RESUMEN

Se diseñó este estudio para determinar las complicaciones puerperales inmediatas en pacientes de parto vaginal atendidas en el hospital Hipólito Unánue 2016. Se realizó un estudio no experimental, descriptivo, retrospectivo, y de corte transversal; los datos fueron obtenidos del contenido de los archivos estadísticos, historias clínicas y datos del SIP. La muestra seleccionada corresponde a 200 puérperas. Los principales resultados del estudio fueron: Placenta incompleta (1,5%), retención de placenta (1,0%) y desgarros perineales (7,5%). Con respecto a las características; La mayoría de complicaciones se presentó entre 26 a 30 años (28%), con grado de instrucción secundaria (72,5%), de estado civil conviviente (75,0%) multíparas (50,5%), sin anemia (69,5%), con mayor o igual a 6 controles prenatales (72,0%) y con sangrado post- parto menor a 300 cc (95,0%).

PALABRAS CLAVE: Puérpera, Anemia, placenta incompleta, placenta retenida, episiotomía y desgarro.

ABSTRACT

This study was designed to determine immediate puerperal complications in vaginal delivery patients treated at the Hipólito Unánue 2016 hospital. A non-experimental, descriptive, retrospective, and cross-sectional study was performed; The data were obtained from the contents of the statistical files, clinical histories and SIP data. The sample selected corresponds to 200 puerperae. The main results of the study were: incomplete placenta (1.5%), retained placenta (1.0%) and perineal tears (7.5%). With respect to the characteristics; The majority of complications occurred between 26 and 30 years of age (28%), with secondary education (72.5%), cohabiting (75.0%) multiparous women (50.5%), without anemia (69 , 5%), with or greater than 6 prenatal controls (72.0%) and postpartum bleeding less than 300 cc (95.0%).

KEY WORDS: Puerperal, Anemia, incomplete placenta, retained placenta, episiotomy and tear.

INTRODUCCIÓN.

El nacimiento de un nuevo ser humano debe ser motivo de regocijo, alegría y felicidad para la mujer y su familia, pero este evento puede verse afectado por desenlaces fatales durante puerperio inmediato.

Las complicaciones puerperales inmediatas se desarrollan fuera de los parámetros normales durante las primeras 24 horas posteriores al alumbramiento y estas son ocasionadas por múltiples factores biológicos y socioculturales que influyen de una manera directa o indirecta constituyendo una de las causas principales que afectan a la puérpera.^{4,20}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.^{1,2}

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, La mortalidad materna en el Perú es de 68 por cada 100.000 nacidos vivos en 2015.

Se observa que del total de casos de muerte materna el 33% fallece debido a causas obstétricas indirectas, 24% fallece debido hemorragias obstétricas, el 21% debido a enfermedades hipertensivas del embarazo, el 15% debido a sepsis y otras infecciones obstétricas y el 7% debido a otras causas obstétricas directas.²³

Las principales causas de muerte materna directa son las hemorragias (36.5%), siendo las hemorragias del tercer período del parto (alumbramiento), inercia uterina, embarazo ectópico, hemorragias postparto inmediatas y placenta previa las que concentran el mayor número de casos. Las enfermedades hipertensivas del embarazo representan el 31.5 %, siendo la preeclampsia severa la patología con mayor número de casos. La sepsis representa el 21.5 %.²³

CAPÍTULO I.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Las complicaciones puerperales inmediatas son un problema social, económico y de salud pública de mayor magnitud, sobre todo en países que se encuentran en vías de desarrollo donde las tasas de fecundidad son muy altas.¹

En el hospital Hipólito Unánue siendo una institución de mayor complejidad en la ciudad de Tacna, donde transfieren pacientes de otras áreas de salud; y a pesar de los esfuerzos realizados por el personal médico, obstetra. Para tratar de disminuir las complicaciones puerperales inmediatas en beneficio de la puérpera y su entorno familiar estas persisten en gran magnitud.

Las Hemorragias Post Parto se presentan en el período del alumbramiento y Puerperio Inmediato, cuando no se pueden controlar o tratarse adecuadamente puede conllevar rápidamente al shock y a la muerte materna.

Muchos factores influyen en que esta urgencia obstétrica sea fatal, como es la Anemia, desnutrición, obesidad, enfermedades crónicas debilitantes, condiciones sanitarias e higiénicas deficientes, pobreza partos domiciliarios debido a preferencias culturales, religiosas, servicios de salud de baja calidad o difícil acceso a estos.²

Los factores asociados a las complicaciones puerperales inmediatas, afectan a las mujeres en todas las edades, especialmente a aquellas que tienen inaccesibilidad de servicios de salud.³

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal en el hospital Hipólito Unánue 2016?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las complicaciones puerperales inmediatas en pacientes de parto vaginal atendidas en el hospital Hipólito Unánue 2016.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar las complicaciones que se presentaron en el puerperio inmediato.

- Determinar las características de las puérperas de parto vaginal que presentaron complicaciones Puerperales Inmediatas.

- Jerarquizar las complicaciones de acuerdo a su frecuencia.

1.4 JUSTIFICACIÓN.

Las complicaciones puerperales inmediatas son unas de las principales causas de morbilidad materna.

- Es de relevancia Social porque es un problema de salud pública que afecta a toda la población.

- Es de relevancia teórica porque aporta a la ciencia con conocimientos nuevos en nuestra región.

- Es de relevancia práctica porque los resultados nos permite tomar decisiones oportunas para una atención con calidad,

- Es de relevancia científica porque los resultados nos sirven de base para realizar otros trabajos de investigación sobre el tema.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO.

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

En el ámbito internacional

LUGO SÁNCHEZ, Ana maría (Cuba, 2014). En su trabajo “Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol Hospital Ginecobstétrico de Guanabacoa realizó un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, de las pacientes que presentaron hemorragia puerperal inmediata, Se evaluaron un total de 37 historias clínicas de pacientes que presentaron atonía uterina; de ellas se escogieron 32 (muestra) que manifestaron este evento en las primeras 4 h del puerperio y concluye en el estudio que se comprobó que de las 32 mujeres, el 53 % eran multíparas; 30 % de las pacientes con hemorragia puerperal inmediata tenían una edad gestacional entre 37 y 42 sem. Y en 22 de ellas el parto fue eutócico.⁶

LOPEZ ALVARADO, Verónica (Cuenca-Ecuador 2013). En su trabajo “Determinación del sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia” Hospital Vicente Corral Moscoso.

Se realizó una investigación descriptiva donde se encontró que las 10 principales causas de mortalidad materna fueron: eclampsia, preeclampsia, hemorragia posparto, hipotonía uterina, placenta previa, desprendimiento de la placenta, el síndrome HELLP, shock hipovolémico, ruptura uterina, distocia. Morbilidad materna es de: infección del tracto urinario (15,8%), preeclampsia, hipertensión eclampsia previa y concluye que el 30% de las muertes fueron trastornos hipertensivos, la causa principal fue la de la eclampsia y la infección del tracto urinario fue la principal causa de morbilidad materna.⁷

OROZCO YANZA, Jenny patricia (Ecuador, 2014). En su trabajo “Factores de Riesgo de Hemorragia Postparto en Pacientes con Puerperio Inmediato” realizó un estudio transversal de Hemorragia Postparto en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Provincial Puyo, durante el periodo Enero - Agosto 2010, utilizando 725 Historias Clínicas, valiéndonos del

programa Microsoft Excel se tabularon del universo, 43 casos, de los cuales, se evaluaron las siguientes variables; incidencia, características generales, causa principal, antecedentes gineco - obstétricos y factores de riesgo. De los resultados, se encontraron 43 casos, el mayor número de casos corresponde al grupo de edad comprendido entre 28 - 34 años con el 37%; el 51% se encuentra en unión libre; el 65% pertenece al nivel socioeconómico bajo; dentro del grado de escolaridad en un 60%, tenían nivel de instrucción baja entre analfabeta e instrucción primaria con una diferencia del 40% en quienes tenían cierto grado de alfabetización. El 63% de pacientes fueron multigestas. El 42% tuvieron mal control prenatal entre 1 a 3. Dentro las principales causas de Hemorragia postparto destaca la Atonia Uterina (42%). Los factores de riesgo durante el embarazo que presentaron las pacientes con Hemorragia Posparto fueron en mayor porcentaje las pacientes primigestas con 37% de los casos, seguido de grandes multíparas con un 33%.⁸

En el ámbito nacional

ALTAMIRANO GIRANO, Paula angélica (Lima - Perú, 2012).

En su trabajo “Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora”. Realizó un estudio analítico, retrospectivo, de corte transversal, de casos y controles. Se encontraron 65 casos que se estudiaron con 65 controles que fueron apareados por grupos de edad y referencia. Se realizó el análisis de regresión logística múltiple, Odds ratio (OR) con intervalo de confianza de 95%. Resultados: La frecuencia de HPP fue de 1.52%. Los principales factores de alto riesgo durante el embarazo para el grupo de casos se destacan en orden de frecuencia: primigesta 23.8%, infección de vías urinarias 11,9%, periodo intergenésico largo con 11.1%, talla baja 8.7%, añosa 7.4%, anemia 6.3%. Entre los principales factores de riesgo intraparto se encontraron de acuerdo al orden de frecuencia: episiotomía 40.3 %, ruptura prematura de membrana 14,7%, parto precipitado 12,8%, oxito-conducción 10%, parto prolongado 7,3. Al aplicar la prueba Chi cuadrado para hallar diferencias significativas mediante el valor de p

Se encontraron 2 factores cuyos valores de p fueron estadísticamente significativa ($p < 0.05$), el parto precipitado ($p = 0.039$) y la episiotomía ($p = 0.021$). Conclusiones: Los factores de riesgo intraparto identificados son la episiotomía y el parto precipitado. La episiotomía tuvo 2,298 veces más riesgo de hacer HPP en comparación a las que no presentaron el factor. El parto precipitado tuvo 2.706 veces más riesgo de sufrir HPP. Las principales causas de hemorragia postparto la constituyen desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario. La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52%.⁹

GAMARRA LEON, Roció (Lima – Perú 2015). En su trabajo “Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con obesidad pregestacional atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el primer semestre del 2014”. Realizo un estudio de tipo observacional, descriptivo de corte transversal, en el cual participaron 53 gestantes con obesidad pre gestacional atendidas durante el primer semestre del año 2014.

La edad promedio de las gestantes con obesidad pregestacional fue 27.8 años, siendo la mayoría de 19 a 29 años (60.4%), convivientes (69.8%) y con secundaria completa (47.2%). Respecto al Índice de Masa Corporal, el 71.7% de las gestantes tuvo obesidad pregestacional tipo I, el 18.9% obesidad pregestacional tipo II y el 20.0% obesidad pregestacional tipo III. En el puerperio mediato se evidenciaron complicaciones obstétricas como la anemia en un 77.4%, la infección urinaria en un 22.6% y la hemorragia postparto en un 11.3%. Las complicaciones perinatales que presentaron los recién nacidos de las pacientes con obesidad pregestacional fueron la macrosomía (24.5%), la restricción del crecimiento intrauterino (1.9%) y las malformaciones congénitas (1.9%).¹²

En el ámbito local

ACUSI QUISPE, Julio Cesar (Tacna – Perú 2012). En su trabajo “factores de riesgo para hemorragia postparto en las puérperas de parto vaginal atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna”. Realizó un estudio retrospectivo, transversal de casos y controles. Se tomó la totalidad de la población con HPP para el grupo de casos y para el grupo de controles la muestra está conformada por 135 puérperas de parto vaginal. La hemorragia post parto en puérperas

de parto vaginal representó el 0,55% del total (5,5 por cada 1000 partos vaginales).

Las características gineco-obstétricas más frecuentes en las puérperas con hemorragia posparto son: edad entre 15 y 24 años (43,8%), primíparas (42,2%), sometidas a episiotomía (53, 1%).¹¹

2.2 BASE TEÓRICA.

La atención ideal del trabajo de parto y el parto implica dos puntos de vista potencialmente opuestos de parte de los clínicos. En primer lugar, debe reconocerse al parto como un proceso fisiológico normal que casi todas las mujeres experimentan sin complicaciones.¹⁸

En segundo lugar, las complicaciones intraparto surgen a menudo de manera rápida e inesperada y deben preverse. Por lo tanto, los clínicos deben hacer de manera simultánea que toda mujer y quienes la apoyan se sientan cómodos y lograr la seguridad de madre y recién nacido cuando aparecen complicaciones súbitas.¹⁴

Las complicaciones del postparto son en todo el mundo una de las principales causas de morbilidad en la paciente obstétrica materna siendo las principales la hemorragia posparto y sus complicaciones.¹⁹

2.2.1 PARTO:

A. DEFINICIÓN:

Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500gr. Igual o mayor a las 22 semanas completas (para otros 20 semanas) contadas desde el primer día de la última menstruación.¹³

B. CLASIFICACIÓN:

- **Parto a término:** Es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.¹³
- **Parto pre término o Parto prematuro:** es el que acontece cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.¹³

- **Parto inmaduro (aborto tardío):** entre las 20-27 semanas esta denominación es una subdivisión del parto prematuro. Se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.¹³
- **Parto pos término:** es el que acontece cuando el embarazo se prolonga y alcanza las 42 semanas o más.
Parto de comienzo espontáneo: es el que se inicia sin que hayan intervenido agentes externos.¹³

C. FACTORES DEL PARTO:

a. Fuerza expulsiva (Motor):

Esta dada principalmente por las contracciones de la musculatura uterina, y en forma accesoria por la prensa abdominal (diafragma y músculos abdominales). Para evaluar la contractibilidad uterina, se deben considerar los siguientes parámetros: ¹⁵

- Tono del útero
- Intensidad del contracción uterina
- Frecuencia de la contracción uterina
- Intervalo íter contráctil
- Duración de la contracción uterina

b. Canal del parto (Canal):

Se llama así al conducto que debe atravesar el feto para nacer. Está formado por una estructura ósea, la pelvis y un conducto musculo aponeurótico, el canal blando o suelo de la pelvis. El canal del parto presenta la forma de un cilindro acodado hacia adelante. ⁵

c. El feto (Móvil):

La denominación de móvil fetal es un concepto morfológico-dinámico mediante el cual se considera al feto como un cilindro u ovoide integrado por tres segmentos: cabeza, hombros y nalgas. Estos tres segmentos son capaces, de por sí, de originar un mecanismo de parto, por lo que se los denomina también segmentos de distocia. Los dos últimos segmentos mencionados, el polo pelviano o podálico integrado por las nalgas y los miembros inferiores, así como los hombros, tienen un diámetro trasverso respectivo importante, el bitrocantéreo para las nalgas y el biacromial para los hombros.¹³

D. PERIODOS DEL PARTO:

a) Periodo de dilatación:

Se inicia con el primer dolor verdadero de parto y finaliza con la dilatación completa del cuello uterino. Este primer periodo tiene una duración aproximada de 6 a 8 horas en la múltipara y entre 8 a 12 horas en la nulípara.⁵

b) Periodo expulsivo:

Esta fase comienza cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto. Su duración promedio en nulíparas hasta 2 horas (promedio 50 minutos) y en múltiparas hasta 1 hora (promedio 30 minutos).¹⁴

En el período expulsivo del parto distinguimos a su vez dos fases:

- ✓ **fase temprana no expulsiva**, en la que la dilatación es completa y no existe deseo de empujar por parte de la mujer ya que la presentación fetal no ha descendido.¹⁷

- ✓ **fase avanzada expulsiva**, en la que al llegar el feto al suelo de la pelvis se produce deseo de empujar, lo que favorece el paso del bebé por el canal del parto.¹⁷

c) Periodo de alumbramiento:

Es el periodo comprendido entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. En este lapso la placenta se separa de su inserción y se expulsa junto con las membranas ovulares. En este período se producen la mayoría de las hemorragias graves, que representan una de las principales causas obstétricas directas de muerte materna.¹³

2.2.2 PUERPERIO:

a. DEFINICIÓN:

El período del posparto o puerperio comienza después de la salida de la placenta e incluye clásicamente las siguientes seis semanas. Durante esa fase se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional.

Regresan paulatinamente todas las modificaciones gravídicas por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado previo al embarazo transcurrido.¹³

b. ETÁPAS:

- **PUERPERIO INMEDIATO:**

Abarca las primeras 24 horas, las que transcurren generalmente durante la internación.¹³ Se ha de tener mucho cuidado con las mujeres, ya que es donde se producen más hemorragias por fallo de la involución uterina. Es un periodo crítico con un alto riesgo de complicaciones.¹⁷

- **PUERPERIO MEDIATO:**

Abarca desde las 24 horas hasta los primeros 10 días después del parto.¹³

Se debe realizar un registro de Control de signos vitales al menos dos veces al día, para poder conocer el estado de la puérpera e identificar alguna anomalía que se presente. Se hace imprescindible descartar la presencia de hipotensión y taquicardia que pudieran ser signos de

hemorragia. O bien de taquicardia y febrícula que podría ser signo de infección.

- **PUERPERIO ALEJADO:** Se extiende desde el día 11^o hasta los 42 días, fecha considerada clásicamente como la finalización del puerperio¹³
- **PUERPERIO TARDÍO:** Corresponde al periodo que comienza al finalizar el puerperio alejado o sea después de los 42 días del parto y se extiende hasta los 364 días cumplidos.¹³

c. CLASIFICACIÓN:

- **Puerperio Fisiológico:** Cuando no se encuentran signos de peligro y su evolución es normal.¹⁶
- **Puerperio Patológico:** Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales, relaciona con alguna patología como una infección o una hemorragia con la consecuente anemia, pero cualquier enfermedad aguda o crónica, infecciosa o degenerativa pueden provocar una evolución patológica del puerperio.¹⁶

COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO

HEMORRAGIA POSTPARTO

A. DEFINICIÓN

La Hemorragia posparto (HPP) se define como la pérdida de sangre mayor a 500 cc luego de un parto vaginal.²¹

También se define por: ²²

- a. Sangrado posparto con cambios hemodinámicas que requiere transfusión de sangre.
- b. Caída del hematocrito en más del 10% y/o 2.9 gr % en la Hb.
- c. Pérdida de sangre mayor al 1% del peso corporal.

La prevalencia de HPP de 500 cc es de 6 a 10% y para HPP mayor de 1000 de 2 a 3 %.²¹

B. CLASIFICACIÓN:²¹

El MINSA (2010) considera tres tipos de hemorragia postparto.

- **Hemorragia Obstétrica Masiva o Severa:** Pérdida mayor de 1500ml tras parto vaginal, disminución periparto en la Hemoglobina > 4g/dl o Transfusión aguda >4 Unidades de sangre 4

- **Hemorragia Postparto Primaria o Precoz (HPPP):** Pérdida sanguínea dentro de las 24 horas del Parto.

- **Hemorragia Postparto Secundaria o Tardía (HPPS):**
Pérdida sanguínea después de las 24 horas postparto, hasta la culminación del puerperio.

C. FRECUENCIA:

Explica un cuarto de las muertes maternas a nivel mundial con más de 125 000 muertes por año. En Perú, se presenta hasta en el 10% de los partos, y es la primera causa (40%) de muerte materna en el Perú. La HPPP se presenta en el 4 - 6% de los partos. La HPPS se presenta en 1 – 3% de los Partos.²²

D. CAUSAS DE LA HEMORRAGIA POST-PARTO.²⁴

Las causas de HPP incluyen atonía uterina, traumas, laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación. Una buena regla nemotécnica para recordarlas son las 4 «T»: Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesiones del canal genital), Trombina (alteraciones de la coagulación).

| | CAUSAS | FACTORES DE RIESGO |
|-------------------------------|-------------------------------|---|
| Atonía Uterina (Tono) | Sobredistensión Uterina | Gestación múltiple Hidramnios Feto macrosómico |
| | Corioamnionitis | RPM prolongada Fiebre |
| | Agotamiento muscular | Parto prolongado Parto precipitado Multiparidad |
| Retención de tejidos (Tejido) | Placenta | Acretismo Placentario Cirugía uterina previa |
| | Coágulos | |
| Lesión del canal del parto. | Desgarros del canal del parto | Parto instrumental Fase expulsivo precipitada |
| | Rotura/dehiscencia | Cirugía uterina previa |

| | | |
|--|-------------------|---|
| (Trauma) | uterina | Parto instrumental Distocia |
| | Inversión uterina | Alumbramiento manual Acretismo placentario Maniobra de Credé. |
| Alteraciones de Coagulación (Trombina) | Adquiridas | Preeclampsia Síndrome de hellp CID Sepsis Embolia de líquido amniótico Abrupto placentae |
| | Congénitas | Enf. De Von willebrand Hemofilia Tipo A |

E. CUADRO CLÍNICO:²²

Existe una tendencia a la subestimación de las pérdidas sanguíneas. Los signos, síntomas y su relación con el grado de pérdida sanguínea y choque hipovolémico, deben estar listados y expuestos en el sitio de atención de partos con el fin de orientar las estrategias de manejo.

Evaluación inicial en HPP, según estimación de las pérdidas:

| Pérdida de volumen en % y ml (mujer de 50-70 kg) | Sensorio | Perfusión | Pulso | Presión Arterial sistólica (mm/Hg) | Grado del choque |
|--|------------------------|--|---------|------------------------------------|------------------|
| 10-15% 500-1000 mL | Normal | Normal | 60-90 | >90 | Ausente |
| 16-25% 1001-1500 mL | Normal y/o agitada | Palidez, frialdad | 91-100 | 80-90 | Leve |
| 26-35% 1501-2000 mL | Agitada | Palidez, frialdad, más sudoración | 101-120 | 70-79 | Moderado |
| >35% >2000 mL | Letárgica o inconiente | Palidez, frialdad, más sudoración y llenado capilar > 3 segundos | >120 | <70 | Severo |

a. Criterios diagnósticos: ²⁷

- **Atonía uterina:** Sangrado vaginal abundante, útero aumentado de tamaño, que no se contrae.
- **Retención de Placenta:** Placenta adherida por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó alumbramiento dirigido.

- **Retención de Restos Placentarios y/o Restos de Membranas:** Sub involución uterina, placenta se encuentra incompleta (ausencia de cotiledones o parte de membranas ovulares).

- **Lesión de Canal del Parto:** Sangrado continuo con útero contraído y Placenta completa.

- **Inversión Uterina:** Útero no palpable a nivel del abdomen, tumoración que se palpa en canal vaginal o protruye por fuera del canal vaginal. Dolor hipogástrico agudo.

b. Criterios de Severidad: En relación al Grado de Hemorragia

c. Complicaciones:

- Choque hipovolémico
- Coagulación Intravascular Diseminada
- Insuficiencia Renal
- Insuficiencia Hepática
- Isquemia de Miocardio
- Síndrome de Dificultad Respiratoria

d. Diagnóstico diferencial

Trastornos de la Coagulación como causa no obstétrica

F. EXÁMENES AUXILIARES²⁸

- **Laboratorio:** Solicitar desde la evaluación inicial:
 - Hemoglobina o hematocrito.
 - Grupo sanguíneo y factor Rh.
 - Perfil de coagulación, en caso de no contar con laboratorio implementado, realizar tiempo de coagulación, tiempo de sangría, o realizar Test de Wiener (prueba de retracción del coágulo).
 - Pruebas cruzadas.
 - RPR o VDRL.
 - Test de Elisa VIH o prueba rápida.
 - Urea, creatinina y otros marcadores de daño de órganos.

- **Imágenes:**
 - Ecografía pélvica o transvaginal.

G. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD

RESOLUTIVA.²⁸

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales

Primarias- FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Reconocer signos de alarma y factores asociados.
- Colocar vía endovenosa segura con CINA 9‰ 1000 cc con oxitocina (20 UI o 2 ampollas de 10 UI), a razón de 40 a 60 gotas por minuto, por catéter endovenoso N° 18. Si el sangrado es abundante, colocar segunda vía solo con CINA 9‰ 1000 cc, pasar 500 cc a chorro y continuar a 30 gotas por minuto.
- Masaje uterino externo y bimanual si se encuentra personal profesional capacitado.
- Monitoreo estricto de funciones vitales y de los signos de alarma.
- Referir en forma oportuna según normas a todas las pacientes luego de:
 - ✓ Extracción digital de coágulos del útero (si se encuentra personal profesional capacitado).

- ✓ Si se evidencia desgarro del canal del parto realizar taponamiento con gasa (si se encuentra personal profesional capacitado).
- Comunicar al establecimiento al que se refiere.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas -FONB (Categoría I-4)²⁸

- Colocar vía endovenosa segura con CINA 9‰ 1000 cc con oxitocina (20 UI o 2 ampollas de 10 UI) a razón de 40 a 60 gotas por minuto, por catéter endovenoso N° 18. Si el sangrado es abundante, colocar segunda vía solo con CINA 9‰ 1000 cc y pasar 500 cc a chorro y continuar a 30 gotas por minuto.
- Si la paciente continua hemodinámicamente inestable ver Guía de Práctica Clínica de manejo del shock hipovolémico.
- Colocación de sonda vesical con bolsa colectora preferentemente.
- Evaluación clínica de la paciente: examen abdominal y revisión del canal del parto con valvas para determinar las posibles causas.

TRATAMIENTO SEGÚN LA CAUSA.²⁸

a. ATONIA UTERINA

- Instalar vía endovenosa segura con C1Na 9‰ 1000 ml con oxitocina (20 UI o 2 ampollas de 10 UI), a razón de 40 a 60 gotas por minuto, por catéter endovenoso N° 18. Si el sangrado es abundante colocar segunda vía sólo con C1Na, pasar 500 cc a chorro y continuar a 30 gotas por minuto.
- Revisión manual de la cavidad uterina, extraer coágulos y restos.
- Masaje uterino bimanual.
- Aplicar Ergometrina 0.2 mg intramuscular, que se puede repetir a los 15 minutos.
- Si no cede, pasar a sala de operaciones para:
 - ✓ Infiltración de los cuernos uterinos con oxitocina.
 - ✓ Puntos de B. Lynch, si la paciente desea conservar la fertilidad, siempre y cuando se consiga cohibir la hemorragia.
 - ✓ Histerectomía total.

b. RETENCIÓN DE PLACENTA.

- Evacuación vesical.
- Realizar tacto vaginal y determinar la localización de la placenta.
- Si hay signos de desprendimiento, extraer la placenta realizando elevación del fondo uterino con una mano sobre el abdomen y tracción sostenida del cordón con la otra (maniobra de Brandt-Andrews).
- De no estar desprendida la placenta aplicar a través de la vena umbilical 50 cc de ClNa 9‰ con 20 unidades de oxitocina.
- Si no hay signos de desprendimiento y no sangra, sospechar de acretismo placentario y referir inmediatamente a establecimiento con FONE, instalando doble vía endovenosa.
- Si el personal profesional está capacitado y la paciente presenta retención placentaria con sangrado vaginal profuso y el sitio de referencia se encuentra a más de 2 horas, proceder a extracción manual de placenta.

c. LACERACIÓN DEL CANAL DEL PARTO.

- Revisión del canal del parto con valvas de Doyen, identificar el lugar del sangrado y reparar:
 - ✓ Desgarros perineales y vaginales: suturar con catgut crómico 2/0.
 - ✓ Desgarro cervical: pinzar con pinzas de anillos los bordes del desgarro y suturar con catgut crómico 2/0.
- Antibióticoterapia Ampicilina 1 gr EV c/ 6 hrs y Gentamicina 160mg/día en desgarro de IV grado.

d. HEMATOMAS.

Debridarlos y realizar hemostasia en la sala de operaciones.

e. ROTURA UTERINA.

Pasar a sala de operaciones para reparar las laceraciones uterinas o realizar histerectomía según la extensión de la rotura, su localización, estado de la paciente y sus expectativas reproductivas.

f. RETENCIÓN DE RESTOS

- Instalar vía endovenosa segura con C1Na 9‰ más 20 UI de oxitocina.
- Si hay evidencias ecográficas de restos endouterinos, proceder al legrado uterino.

g. INVERSIÓN UTERINA.

- Pasar a SOP y administrar anestesia general.
- Si la placenta aún no se desprendió, realizar la reposición del útero y separarla después.
- Reposición manual del útero empujando el fondo con la punta de los dedos con la palma hacia arriba.
- De no lograr reponer el útero realizar histerectomía total abdominal.
-

ATONÍA UTERINA.²⁹

Se da nombre a atonía uterina al cuadro caracterizado por falta de contractibilidad adecuada de las fibras miométricas después de un parto que impide se realice la hemostasia fisiológica. Recordaremos que Pinard mencionó que la hemostasia del útero postparto se lograba mediante la

contracción de la fibras uterinas que colapsan los vasos del miometrio cuando existen factores normales de coagulación.

a. FISIOLÓGÍA:

El mecanismo primario para la hemostasis inmediata posterior al nacimiento es la contracción miometrial resultado en la oclusión de los vasos sanguíneos uterinos así en la ausencia de tono uterina posterior al nacimiento la hemorragia post parto no puede ser controlada fisiológicamente.

b. FISIOPATOLOGÍA

Cuando ocurre una atonía uterina pueden intervenir los siguientes factores predisponentes:

- a. Aumento excesivo del tamaño del uterino debido a:
Macrosomía fetal, embarazo múltiple, polihidramnios, hidrocefalia y tumoresfetales.
- b. Trabajo de parto prolongado (más de 12 horas en la primigesta y más de 8horas en múltiparas).
- c. Situaciones anormales (trasversa).
- d. Uso inadecuado de sustancias uterotónicas.
- e. Fibromatosis uterina.

- f. Gran multiparidad.
- g. Desnutrición de la paciente.
- h. Anestesia general con fluothane.
- i. Infiltración hemática del miometrio consecutivo al desprendimiento prematuro de placenta.
- j. Maniobras de Kristeller (proscritas).
- k. Tironamiento brusco del cordón umbilical durante el alumbramiento.
- l. Toxemia gravídica.
- m. Cicatriz de cesárea anterior.
- n. Placenta previa.

c. CUADRO CLÍNICO

La atonía uterina se caracteriza por el siguiente cuadro clínico:

- Sangrado importante por vía vaginal (sangre roja, rutilante con o sin coágulos) en el postparto inmediato.
- Disminución de la consistencia del útero a la palpación.
- Presencia súbita de estado de choque hipovolémico, manifestado por: taquisfigmia, taquicardia, diaforesis, hipotensión, mareo, vértigo, pérdida del conocimiento, etc.
- Anemia diagnosticada por clínica y por estudios del laboratorio.

d. PREVENCIÓN

- Administración de útero-tónicos durante el tercer periodo del parto (10 UI de oxitocina IM, ergonovina una ampola de 0.2 mg IM, misoprostol 600 mcg vía oral o carbetocina 100 µg IV).
- Corte del cordón umbilical a los 30 segundos o hasta el cese de latidos (si las condiciones del neonato lo permiten).
- Tracción suave y sostenida del cordón umbilical.
- Masaje en el fondo uterino a través del abdomen.

e. DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en la presencia de hemorragia genital y la falta de contracción uterina (globo de seguridad de Pinard).

El personal capacitado que atienda el parto deberá efectuar una revisión cuidadosa y sistematizada del canal del parto, de forma manual y con instrumental quirúrgico para descartar que exista:

- Retención placentaria o de restos placentarios
- Ruptura uterina
- Desgarros cervicales
- Desgarros vaginales
- Desgarros de fondos de saco
- Desgarros del introito vaginal, vulva y esfínter anal

f. TRATAMIENTO

En caso de continuar con hemorragia y corroborarse que la hemorragia es por atonía uterina, se deben realizar simultáneamente las siguientes acciones:

- Administración de medicamentos útero-tónicos (ver cuadro).
- Administración de soluciones parenterales.
- Realizar masaje bimanual uterino.
- Canalizar otra vena para administrar soluciones cristaloides, coloides, sangre y hemoderivados.

| UTEROTÓNICO | DÓISIS INICIAL | INTERVALO | DÓISIS DE MANTENIMIENTO |
|---------------------|---|--|---|
| Oxitocina | 10 a 40 u/1000 ml. Sol. Cristaloide / IV. | Infusión rápida (10 a 20 ml/min). | Se sugiere continuar con 20 a 40 UI en 1000 ml de Sol. cristaloide IV p/ 8 hrs. |
| Ergonovina | 0.2 mg. IM o IV. | Cada 2 a 4 horas. | Se sugiere continuar con oxitocina 20 a 40 UI en 1000 ml de Sol. cristaloide IV p/ 8 hrs |
| Carbetocina | 100 mcg IV | Dosis única. | Se sugiere continuar con oxitocina 20 a 40 UI en 1000 ml de Sol. cristaloide IV p/ 8 hrs |
| Misoprostol | 800 mcg SL o vía rectal. | Cada 4 horas. | Se sugiere continuar con oxitocina 20 a 40 UI en 1000 ml de Sol. cristaloide IV p/ 8 hrs. |
| Gluconato de Calcio | 1 gr diluido en 20ml de sol. glucosada al 5%. | Administración lenta, vigilar frecuencia cardiaca materna. | Se sugiere continuar con oxitocina 20 a 40 UI en 1000 ml de Sol. cristaloide IV p/ 8 hrs |

Tratamiento de técnicas mecánicas

Existen dos técnicas, la manual y el taponamiento.

- **La técnica manual** consiste en la presión bimanual del útero.

Se introduce la mano derecha en vagina y con el puño de esa misma mano se ejerce presión junto con la mano izquierda que está colocada sobre el fondo uterino a través del abdomen. La presión ejercida sobre el útero hipotónico ayuda a su contracción, además del masaje enérgico que se debe de realizar en forma simultánea.

- **El taponamiento** de la cavidad uterina es una técnica efectiva con una baja morbilidad. Se reduce la hemorragia hasta en un 50% de los casos y en muchas ocasiones es un método de gran ayuda, ya que ofrece tiempo (1 a 2 horas) para poder estabilizar a la paciente antes del tratamiento quirúrgico definitivo o para su traslado a otra unidad para la atención de la emergencia obstétrica.

Se recomienda realizar el taponamiento utilizando compresas o gasa estériles y colocarlas manualmente en la cavidad uterina.

Seguimiento en primer nivel de atención

Una vez controlada la hemorragia posparto, la paciente deberá ser trasladada al segundo o tercer nivel de atención para su revisión, vigilancia estrecha y valorar transfusión de hemoderivados. La paciente que continúe con hemorragia posparto, se trasladará en ambulancia acompañada de médico tratante al segundo o tercer nivel de atención para la resolución de la emergencia obstétrica

Tratamiento quirúrgico en segundo y tercer nivel de atención

- **Legrado uterino:** Se realizará legrado uterino instrumental en aquellas pacientes en las que se compruebe por ultrasonido la retención de restos placentarios.

- **Desarterialización uterina:** Es un procedimiento quirúrgico que se realiza para reducir el riesgo sanguíneo principalmente del útero en pacientes con hemorragia posparto, que no responden a la administración de útero-tónicos y al masaje uterino. Se pueden realizar ligaduras a nivel de la arteria tubo ovárico, ramas ascendentes y descendentes de la arteria uterina.

Esta técnica quirúrgica puede realizarse cuando se desea conservar el útero, y es un requisito indispensable conocer la anatomía y la técnica quirúrgica.

- **Histerectomía total o subtotal:** Cuando los métodos antes mencionados no han logrado cohibir la hemorragia en un tiempo aproximado de 15 minutos, se debe tomar la decisión de realizar la histerectomía obstétrica o la cesárea histerectomía.

ALUMBRAMIENTO.³⁰

El alumbramiento o tercer periodo del parto transcurre desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta y las membranas fetales. La expulsión del feto y la aparición de contracciones uterinas concomitantes originan una sensible reducción del tamaño del útero. Por este mecanismo la superficie interna del cuerpo del útero disminuye, mientras que la superficie de la placenta mantiene su tamaño, lo que provoca que ésta se combe y se separe de la pared uterina a través de la decidua esponjosa.

Se produce una contracción y retracción del miometrio y un efecto de colapso de las fibras oblicuas alrededor de los vasos sanguíneos, formándose las ligaduras vivientes de Pinard.

.El engrosamiento del sitio de la placenta de la pared uterina y las contracciones son las principales fuerzas impulsoras en el proceso de separación placentaria.

El grado de pérdida de sangre depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de las contracciones uterinas alrededor del lecho placentario durante y después de la separación. Si los músculos no se contraen lo suficiente, puede ocurrir una hemorragia posparto (HPP) cuya causa más frecuente es la hipotonía uterina.

Se ha comprobado que el manejo activo del alumbramiento en comparación con el fisiológico conlleva un menor índice de hemorragia posparto, menor pérdida de sangre y una reducción de las transfusiones sanguíneas.

Las obstetras deben estar capacitadas con los conocimientos, las habilidades y el juicio crítico para el manejo activo de esta etapa del parto, y también deben estar capacitadas para practicar con habilidad ambas modalidades de alumbramiento: el activo y el fisiológico.

- **Alumbramiento dirigido. Manejo activo**

La conducta activa puede incluir las siguientes acciones:

- Administración de uterotónicos antes de que transcurra un minuto después del nacimiento del bebé.
- Aplicar tracción controlada del cordón umbilical.
- Aplicar masajes uterinos después de la expulsión de la placenta, según sea apropiado.

Los métodos de manejo activo según la ICM y la FIGO son4:

Manejo de los fármacos uterotónicos:

- ✓ Se debe palpar el abdomen para descartar la presencia de otro(s) bebé(s) dentro del primer minuto después de la expulsión fetal, e inyectar 10 unidades de oxitocina intramuscular (i.m.). Entre los fármacos uterotónicos la oxitocina es la preferida porque su efecto es dentro de los 2-3 minutos después de la inyección, tiene muy pocos efectos secundarios y puede administrarse en todas las mujeres.
- ✓ Cuando no haya oxitocina disponible, se pueden utilizar otros medicamentos uterotónicos, como la ergometrina 0,2 mg i.m., sintometrina (1 ampolla) i.m. o misoprostol 400-600 µg oralmente. Los efectos secundarios derivados de la ergometrina son la hipertensión, las cefaleas, las náuseas y los vómitos.

- La administración de misoprostol debe reservarse para situaciones en las que no es posible la administración segura y/o el almacenamiento apropiado de oxitocina inyectable o alcaloides de ergóticos inyectables.
- ✓ Los fármacos uterotónicos requieren un almacenamiento adecuado:
 - **Oxitocina:** 15-30°C. El mejor método de almacenamiento de este fármaco es la refrigeración pero puede almacenarse a temperaturas de hasta 30°C hasta tres meses sin gran pérdida de su potencia, y se debe evitar la congelación.
 - **Ergometrina:** 2-8°C. Requiere protección de la luz y evitar que se congele.
 - **Misoprostol:** Tiene que mantenerse a temperatura ambiente, en un recipiente cerrado.
 -

- **Alumbramiento fisiológico. Conducta expectante**

El alumbramiento fisiológico puede considerarse como el final lógico de un proceso fisiológico. Las mujeres que presentan un proceso de parto normal pueden solicitar una conducta expectante si desean tener un alumbramiento fisiológico, aunque deben estar informadas de los posibles riesgos y beneficios de ambos métodos.

El manejo fisiológico incluye los siguientes componentes:

- ✓ Esperar a que aparezcan señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular al palpar en el ombligo).
- ✓ Animar a la mujer a pujar con las contracciones y, si es necesario, animarla a adquirir una posición vertical.
- ✓ No se recomienda una tracción controlada del cordón en ausencia de fármacos uterotónicos, ya que esto podría causar una separación parcial de la placenta, una ruptura del cordón, sangrado excesivo e inversión uterina.

INVERSIÓN UTERINA. ³¹

Caracterizada por la triada: Hemorragia transvaginal profusa, dolor y choque. Puede ser parcial; la inversión esta aun dentro la conducto vaginal diagnosticada por examen vaginal y total; el útero se exterioriza a través de la vulva.

Esta complicación consiste en la inversión o invaginación del útero dentro de su propia cavidad, que descende por la vagina hasta asomarse por la vulva.

Etiología:

- Maniobras bruscas para forzar la salida de la placenta.
- Rara vez puede acontecer de forma espontánea.

Clínica:

- Salida al exterior del útero invertido.
- Espasmo cervical doloroso.
- Hemorragia por hipotonía.
- Tendencia al shock hipovolémico y neurógeno.

Tipos y gravedad de inversión del útero.

- ✓ **Inversión uterina de primer grado**, que sería la inversión completa. Ocurre cuando el fondo de las paredes llegan al cérvix y no pasan más allá del anillo cervical. Esta clase de inversión puede pasar inadvertida.
- ✓ **Inversión uterina de segundo grado**: se presenta cuando el fondo de las paredes del útero salen a través del anillo cervical pero no alcanza a llegar hasta el periné.
- ✓ **Inversión uterina de tercer grado**: ocurre cuando el fondo del útero invertido llega hasta el introito vaginal.

La gravedad de la inversión uterina radica en que desencadena inmediatamente una hemorragia masiva, acompañada de un fuerte dolor que lleva con frecuencia al shock, infección y si no es detenida a tiempo puede cobrar la vida de la madre.

Tratamiento de la inversión uterina

Para que el útero vuelva a su situación normal (se reinvierta), hay que llevar a cabo la reposición inmediata del útero a su posición original. El procedimiento médico se realiza bajo anestesia general e implica la posterior administración de antibióticos a la madre.

El equipo médico empuja el cuerpo uterino por el canal vaginal, se pone una sonda en el interior de la vagina y se mantiene cerrado el orificio vaginal. A continuación, se instila una solución salina dentro del útero por la sonda para expandir la vagina y reinvertir el útero.

En definitiva, la inversión del útero una rara complicación que en la mayoría de los casos se podría prevenir evitando maniobras de presión de la placenta al final del parto, durante el alumbramiento, y tener especial cuidado en la extracción manual de la placenta.

TRAUMATISMO UTERINO

Asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa.

La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio.

Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarro.

Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas.

DESGARRO PERINEAL. ³²

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).

| Desgarro | Característica |
|-----------------|--|
| Primer grado | Laceración superficial que incluye la mucosa vaginal, la piel del perineo o ambas |
| Segundo grado | Se extiende para afecta la fascia y los músculos que circundan la vagina |
| Tercer grado | Atraviesa el musculo del esfínter externo del ano |
| Cuarto grado | Se extiende a la luz anorrectal e implica tanto la rotura de los esfínteres externos e internos del ano. |

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.

REPARACIÓN DE LESIONES PERINEALES

Primer y segundo grado: En la sutura de cualquiera de ellos será importante una buena iluminación y visualización del campo, una anestesia adecuada, así como los instrumentos quirúrgicos y suturas necesarias.

Sutura de mucosa vaginal:

1. Material de sutura: Vicryl rapid "Safil quick" 2/0.
2. Identificación del ángulo del desgarro. El punto de anclaje de la sutura debe estar 1cm por encima de este ángulo.

3. Realizar una sutura continua des del ángulo hasta anillo himeneal. Debe englobarse la mucosa vaginal y la fascia vagino-rectal. Puede realizarse una sutura continua con puntos cruzados si se requiere hemostasia.

Sutura de músculos perineales:

1. Identificar los músculos perineales a ambos lados de la lesión y aproximarlos con una sutura continua de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0. La sutura continua ha demostrado menor dolor posterior que los puntos sueltos.
2. Es importante la identificación del músculo bulbo cavernoso, y suturarlo con un punto suelto de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0 o Vicryl 2/0 convencional.
3. Es importante diagnosticar la existencia de una lesión que afecte al músculo elevador del ano. Se debe objetivar la solución de continuidad de sus fibras y la presencia de grasa entre ellas; la presencia de dicha grasa es el signo que mejor identifica su rotura. Los cabos segmentados se suelen retraer, por lo que se deben buscar y unirse mediante puntos sueltos o sutura continua hasta obtener su continuidad y la superposición del tejido muscular sobre la grasa.

Sutura de piel:

La piel debe quedar correctamente aproximada pero sin tensión, ya que la sutura de la piel puede aumentar la incidencia de dolor perineal en los primeros meses posparto.

Por este motivo se aceptan 2 opciones:

- Sutura continua subcutánea/intradérmica con Vicryl rapid "Safil quick" 2/0 o 3/0, sin suturar directamente la piel.
- Puntos sueltos en piel de Vicryl rapid "Safil quick" 2/0 o 3/0, evitando la tensión de los mismos.

HEMATOMA:

Suelen ser producto de lesiones de vasos sanguíneos, del perineo o de la vagina. La paciente podría no ser capaz de miccionar o defecar debido a la presión en el recto.

También pueden aparecer después de lesión de un vaso sanguíneo sin desgarros de los tejidos superficiales. Estos pueden ocurrir en partos espontáneos u operatorios; la primípara, la episiotomía y el parto traumático son los factores de riesgo con mayor frecuencia. También

favorecen la gran vascularización de todo el aparato genital y el estancamiento venoso por la dificultad en la circulación del retorno.

La sangre derramada se infiltra en el tejido celular y queda allí localizada, o se extiende hacia el espesor del labio mayor de allí al periné, al ano hasta el agujero isquiorrectal, o bien ascienden hasta el ligamento ancho.

Sintomatología

La presencia o sensación de cuerpo extraño y ardor en la región vulvoperineal; en ocasiones dolor irradiado al muslo. Si el hematoma asienta en la vagina, puede pasar inadvertido hasta que los síntomas de compresión, traducidos por la dificultad en la micción, defecación y hasta la retención de loquios.

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS

- **Parto vaginal:** El parto vaginal es el parto que se produce por la vagina de la mujer sin necesidad de recurrir a una cesárea.
- **Hemorragia:** Pérdida de sangre mayor a 500 cc luego de un parto vaginal.
- **Puérpera:** mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 42 días a seis semanas, posterior al evento obstétrico.
- **Puérpera inmediata:** Es el período del posparto, comienza después de la salida de la placenta y abarca las primeras 24 horas, las que trascurren generalmente durante la internación.
- **Edad:** duración de la existencia de un individuo medida en unidades de tiempo.
- **Grado de instrucción:** El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en

cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

- **Estado civil:** Tipo de enlace establecido por una pareja.
- **Paridad:** clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación.
- **Control prenatal:** Asistencia de forma periódica y regular de la embarazada a la evaluación de su embarazo.
- **Anemia:** Disminución en la concentración de la hemoglobina en sangre.
- **atonía uterina:** Es la incapacidad del útero para contraerse y puede conllevar a sangrado.
- **inversión uterina:** Se entiende como tal a la invaginación del útero dentro de sí mismo , es decir, cuando la parte interna del útero se convierte en externa durante la expulsión placentaria.

- **desgarros obstétricos:** Constituyen la segunda causa de hemorragia post – parto exclusivo en partos traumáticos en el cual lesionan el canal blando del parto; el sangrado suele ser constantemente, comienza luego de la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta.
- **retención de restos placentarios:** La retención de tejidos placentarios y de membranas ovulares, se manifiesta por una hemorragia no muy abundante pero persistente, que procede de la cavidad uterina con útero contraído o no responde a la administración de oxitócicos.
- **Placenta Ácreta:** Es la adherencia anormal de la placenta al miometrio, sin penetrar en él.
- **Hipotensión:** La presión arterial baja sucede cuando la presión arterial es mucho más baja de lo normal. Esto significa que el corazón, el cerebro y otras partes del cuerpo no reciben suficiente sangre.

- **Taquicardia:** Es el incremento (aceleración) de la frecuencia cardíaca. Es la contracción demasiado rápida de los ventrículos. Se considera cuando la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto en reposo.
- **Hematomas:** suelen ser producto de lesiones de vasos sanguíneos, del perineo o de la vagina. La paciente podría no ser capaz de miccionar o defecar debido a la presión en el recto.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación fue un estudio no experimental, descriptivo, retrospectivo, y de corte transversal.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO:

- **POBLACIÓN:**

Conformada por todas las puérperas que tuvieron parto vaginal y que presentaron complicaciones durante puerperio inmediato en el Hospital Hipólito Unánue, en la ciudad de Tacna durante el año 2016, que corresponde a un total de 756 puérperas.

- **MUESTRA:**

La muestra estuvo conformada por 200 puérperas que presentaron complicaciones durante el puerperio inmediato en el Hospital Hipólito Unánue, en la ciudad de Tacna durante el año 2016. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no aleatorio y por conveniencia.

3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todas las Puérperas de parto vaginal con complicación en el puerperio inmediato.
- Puérperas con Historia Clínica y datos completos.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Puérperas de parto cesárea
- Puérperas sin complicación puerperal

- UNIDAD DE ANÁLISIS

Puérpera con complicaciones durante puerperio inmediato, cuyo parto haya sido atendido en el hospital Hipólito Unánue de Tacna durante el año 2016.

3.4 VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente: Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal.

Variable independiente: Complicaciones puerperales inmediatas.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | CONCEPTO | DIMENSIONES | INDICADORES | CATEGORÍAS | ESCALA DE MEDICION |
|--|---|---------------------|-----------------------------|----------------|--------------------|
| Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal | Son signos y síntomas que se presentan en las 24 primeras horas posparto. | | Hemorragia posparto | Si | Nominal |
| | | | | No | |
| | | | Hipotonía o atonía uterina. | Si | Nominal |
| | | | | No | |
| | | | Alumbramiento incompleto. | Si | Nominal |
| | | | | No | |
| | | Inversión uterina. | Si | Nominal | |
| | | | No | | |
| | | Traumatismo uterino | Si | Nominal | |
| | | | No | | |
| | | | Desgarro | Si | Nominal |
| | | | | No | |
| | Hematoma | Si | Nominal | | |
| | | No | | | |
| Variables intervinientes | | | Edad | < 15 años | Ordinal |
| | | | | 16 - 20 años | |
| | | | | 21 - 25 años | |
| | | | | 26 - 30 años | |
| | | | | 31 - 35 años | |
| | | | | 36 - 40 años | |
| | | | | > 40 años | |
| | | | Grado de Instrucción | Primaria | Ordinal |
| | | | | Secundaria | |
| | | | | Superior | |
| | | | Estado Civil | Soltera | Nominal |
| | | | | Casada | |
| | | | | Conviviente | |
| | | | Control prenatal | Adecuado | Nominal |
| | | | | Deficiente | |
| | | | Paridad | Nulípara | Nominal |
| | | | | Múltipara | |
| | | | | Gran múltipara | |
| | | | Anemia | Si | Nominal |
| | | | | No | |

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1 MÉTODO:

Se realizó un análisis deductivo del contenido de los archivos estadísticos, historias clínicas y datos del SIP de las mujeres con complicaciones de parto y puerperio inmediato en el hospital Hipólito Unánue.

3.6.2 TÉCNICA:

La ejecución de la investigación se realizó mediante la técnica de la observación de datos extraída del SIP dirigida a la muestra seleccionada.

3.6.3 INSTRUMENTO:

Se utilizó una ficha de recolección de datos previamente elaborada, con análisis del contenido del SIP.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se recolecto los datos en las fichas respectivas del sistema informático perinatal (SIP) y se procedió a agruparlos e ingresarlos en el paquete estadístico Microsoft Excel 2010 con ello se elaboró una base .de datos.

Para el análisis de información se aplicó la estadística de frecuencia y porcentaje. Luego se elaboró gráficos y tablas de acuerdo al programa estadístico mencionado.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA N° 1

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN EDAD.**

| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Menores a 15 Años | 3 | 1,5% |
| 16 a 20 Años | 45 | 22,5% |
| 21 a 25 Años | 51 | 25,5% |
| 26 a 30 Años | 57 | 28,5% |
| 31 a 35 Años | 30 | 15,0% |
| 36 a 40 Años | 13 | 6,5% |
| 41 a más Años | 1 | 0,5% |
| Total | 200 | 100,0% |

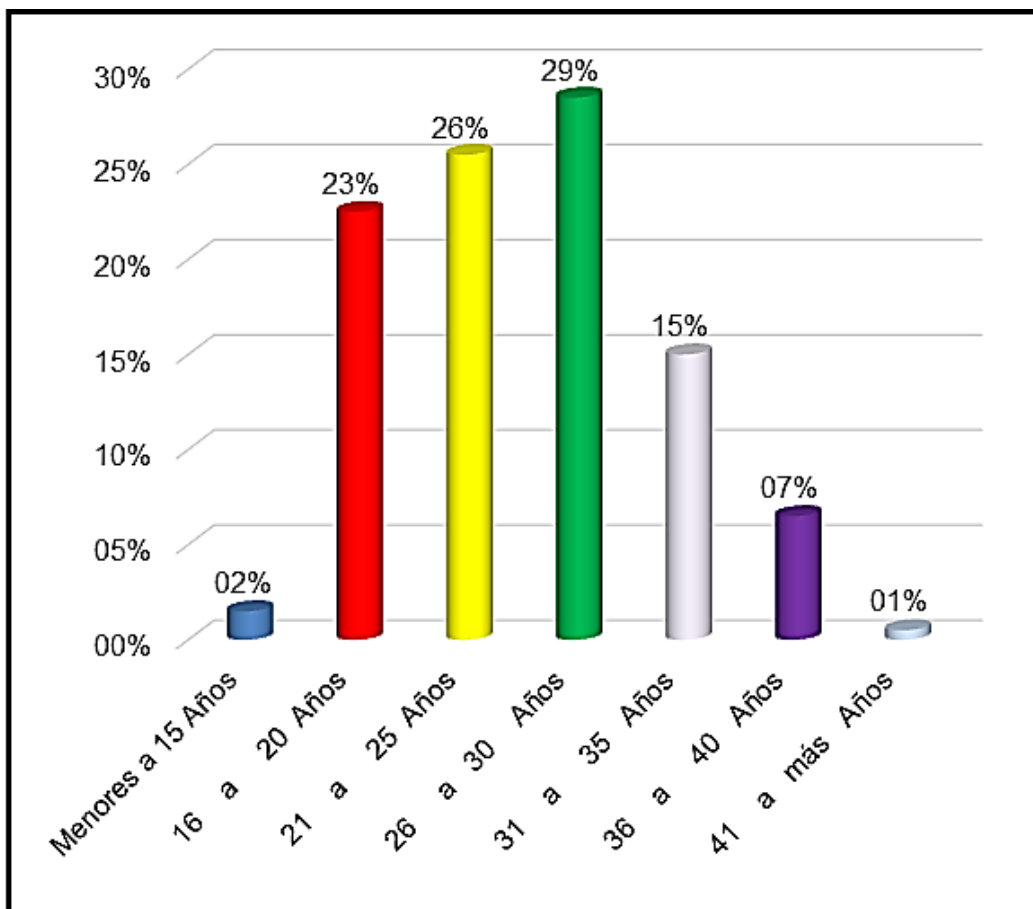
Fuente: ficha recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

Las complicaciones puerperales inmediatas se presentan con más frecuencias en edades de 26 a 30 que representa el 28,0% seguida de los paciente con 25,0% entre 21 a 25 años, mientras que el 22,2% están entre 16 a 20 años, el 15,0% están entre 31 a 35 años, el 6,5% están entre las edades de 36 a 40 años, el 1,5% tienen menores a 15 años y finalmente el 0,5% tienen 41 a más años.

GRÁFICO N° 1

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL, SEGÚN EDAD.



Fuente: Tabla n° 1

TABLA N°2

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.**

| GRADO DE INSTRUCCIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Superior | 40 | 20,0% |
| Secundaria | 145 | 72,5% |
| Primaria | 15 | 7,5% |
| TOTAL | 200 | 100,0% |

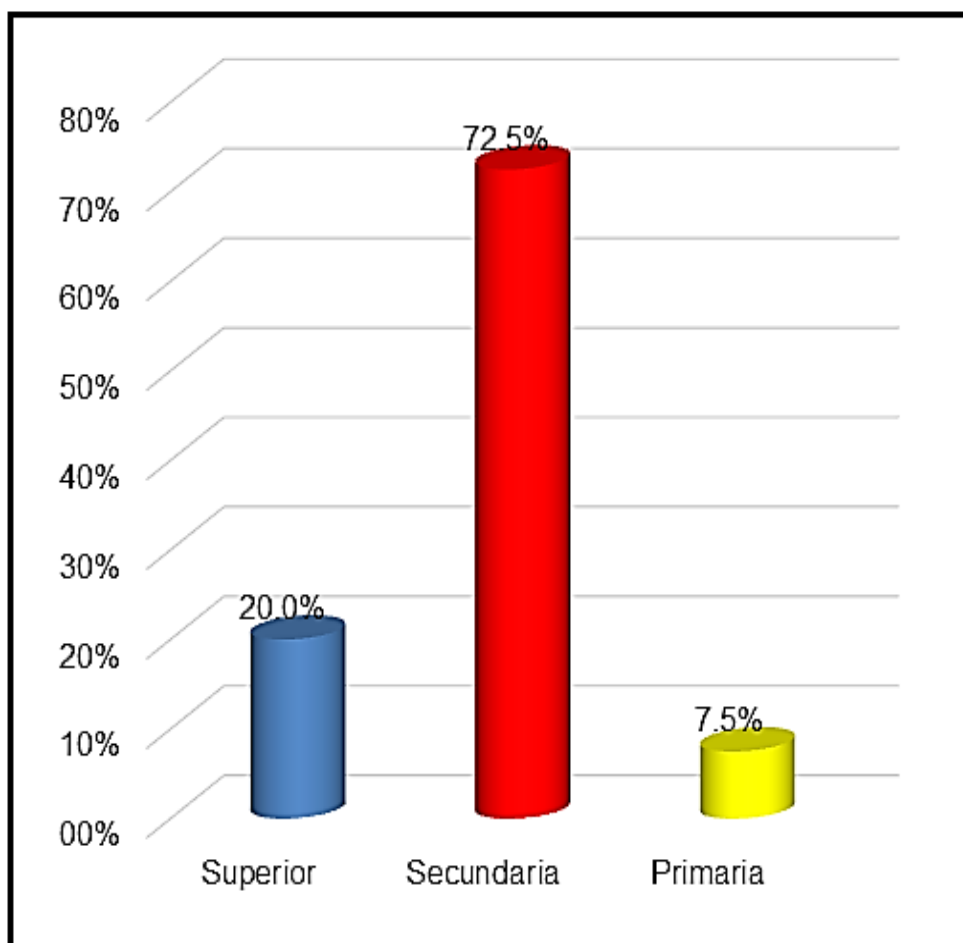
Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Como se observa en la Tabla N°2, el 72,5% de las puérperas tienen un grado de instrucción secundaria, el 20,0% grado de instrucción superior y el 7,5% tienen primaria.

GRÁFICO N° 2

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**



Fuente: Tabla n° 2

TABLA N° 3

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN ESTADO CIVIL.**

| ESTADO CIVIL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Soltera | 27 | 13,5% |
| Casada | 23 | 11,5% |
| Conviviente | 150 | 75,0% |
| Total | 200 | 100,0% |

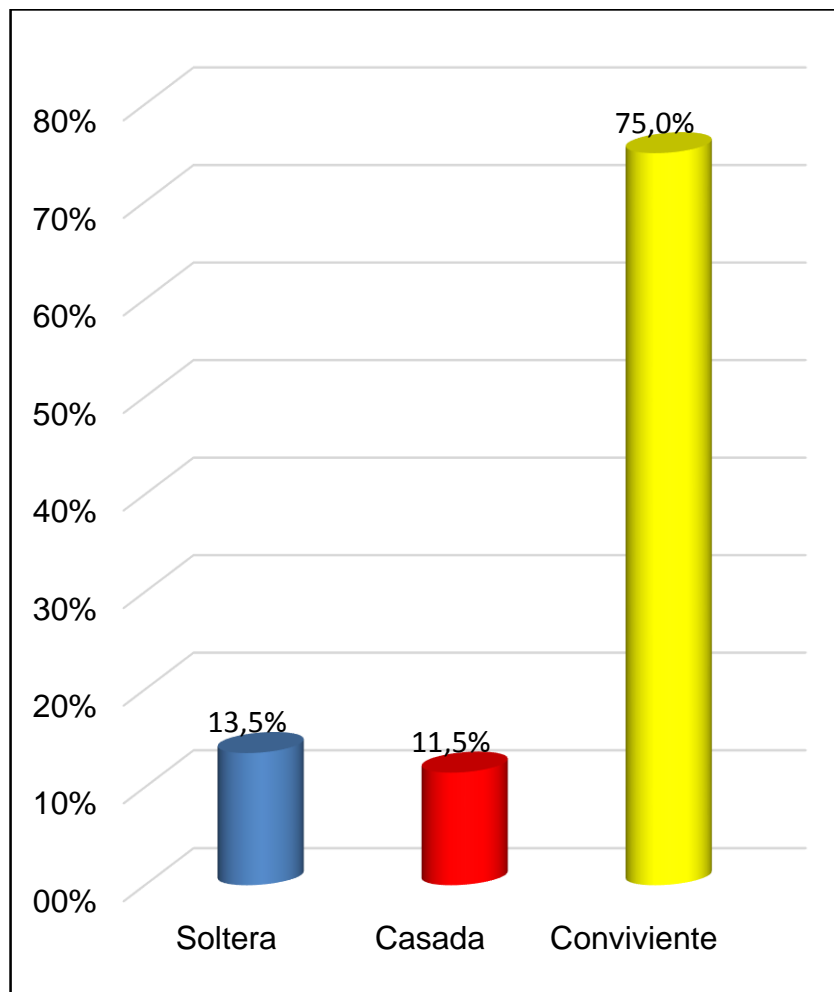
Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

El estado civil de mayor porcentaje en las puérperas se puede apreciar que el 75.0 % son conviviente, el 13,5% soltera y el 11,5% son casados.

GRÁFICO N° 3

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL, SEGÚN ESTADO CIVIL.



Fuente: Tabla n° 3

TABLA N° 4

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN CONTROL PRENATAL.**

| CONTROL PRENATAL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Mayor o igual a 6 | 144 | 72,0% |
| Menor a 6 | 56 | 28,0% |
| Total | 200 | 100,0% |

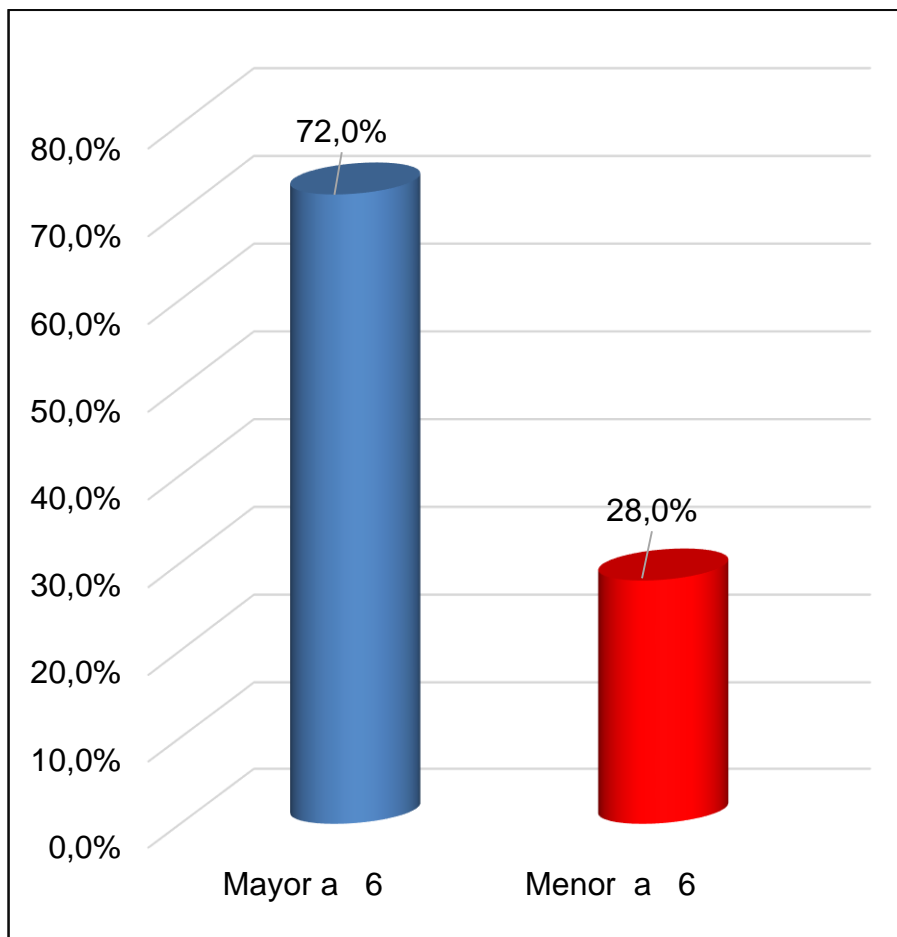
Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 4 se puede apreciar que el 72,0% tuvieron mayores o iguales a 6 controles pre natales. El 28,0% tuvieron menos de 6 controles durante su embarazo.

GRÁFICO N° 4

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL, SEGÚN CONTROL PRENATAL.



Fuente: Tabla n° 9

TABLA N° 5

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN PARIDAD**

| PARIDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| Nulípara | 87 | 43,5% |
| Múltipara | 101 | 50,5% |
| Gran Múltipara | 12 | 6,0% |
| Total | 200 | 100,0% |

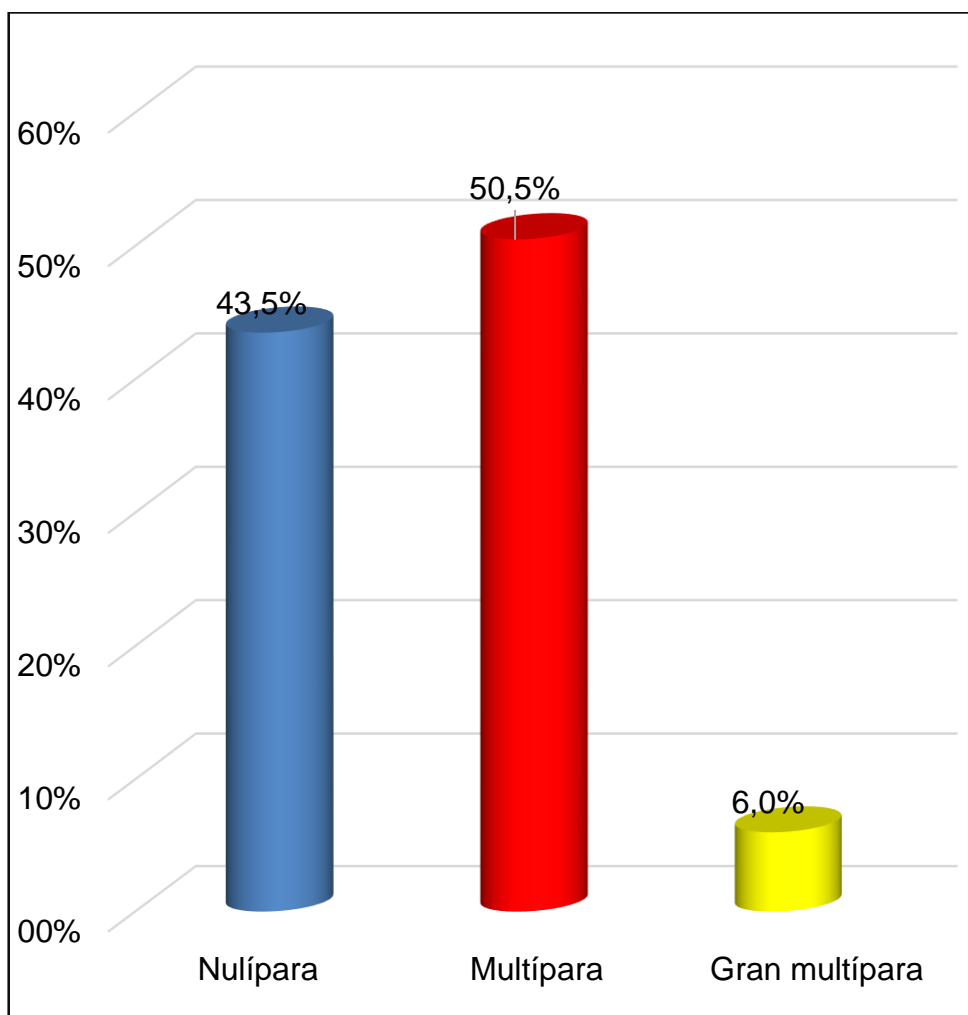
Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

Como se observa en la tabla N° 5, tenemos un mayor porcentaje que el 50,5% de las puérperas eran múltiparas, seguido de 43,5% nulípara y el 6,0% gran múltipara.

GRÁFICO N° 5

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL, SEGÚN NÚMERO DE PARTOS.



Fuente: Tabla n° 4

TABLA N° 6

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN LA ANEMIA EN EL EMBARAZO.**

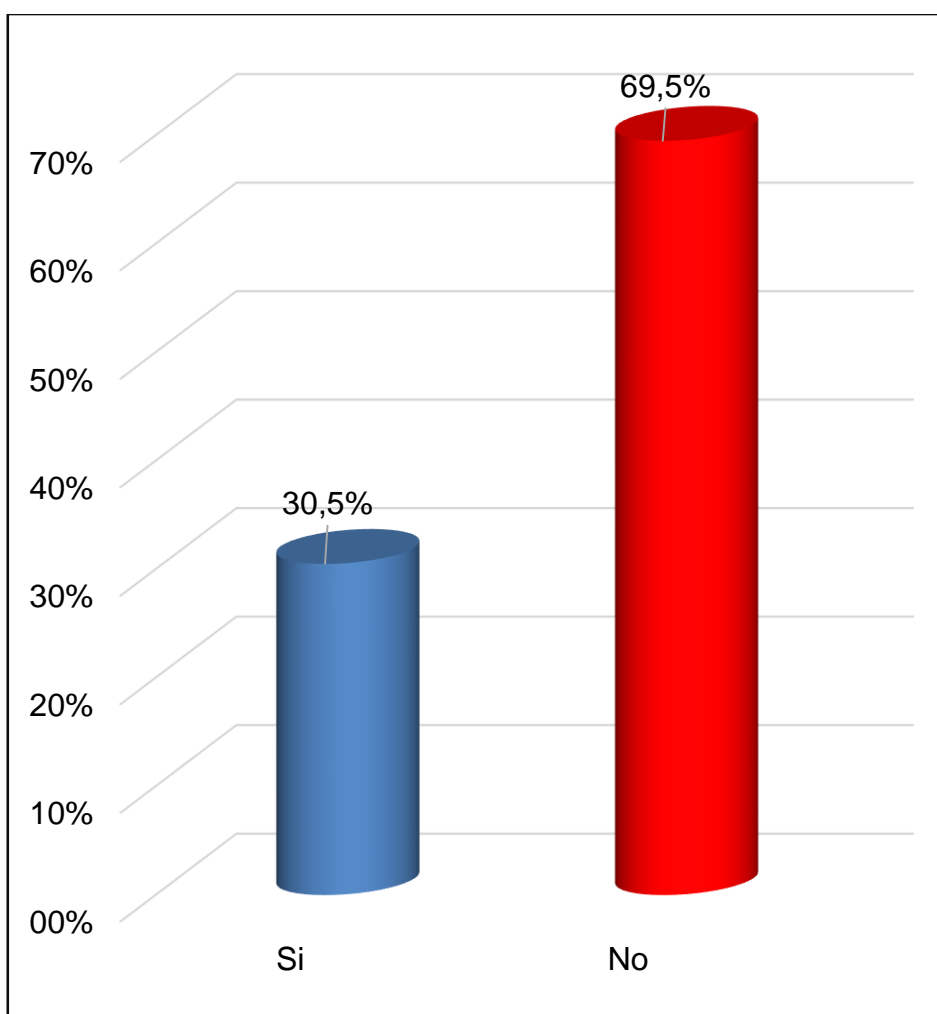
| ANEMIA EN EL EMBARAZO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Si | 61 | 30,5% |
| No | 139 | 69,5% |
| Total | 200 | 100,0% |

Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 6 se observa que el 69,5% de las puérperas con complicaciones inmediatas de parto vaginal, no presentaron anemia durante el embarazo, mientras que el 30,5 % que si presentaron anemia en el embarazo.

GRÁFICO N° 6
COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN LA ANEMIA EN EL EMBARAZO.



Fuente: Tabla n° 5

TABLA N° 7

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN SANGRADO POSPARTO.**

| SANGRADO POSPARTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Menores a 300 cc | 190 | 95,0% |
| 300 a 500 cc | 9 | 4,5% |
| 500 a 600 cc | 1 | 0,5% |
| Total | 200 | 100,0% |

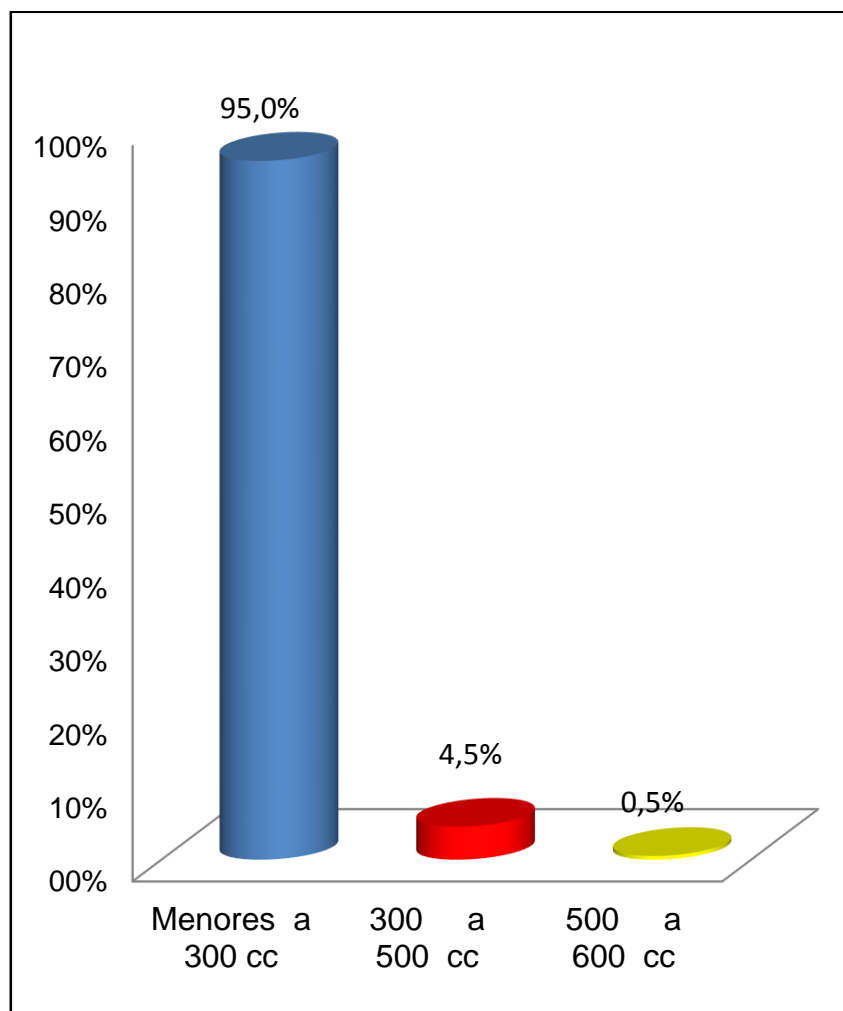
Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 7 se puede apreciar que el 95,0% de las puérperas presentaron sangrado postparto menores a 300 cc, el 4,5% están entre 300cc 500 cc, el 0,5% son mayores a 600 cc.

GRÁFICO N° 7

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL, SEGÚN SANGRADO POSPARTO.



Fuente: Tabla n° 7

TABLA N°8

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN ATONÍA UTERINA.**

| ATONÍA UTERINA | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| Si | 0 | 0,0% |
| No | 200 | 100,0% |
| Total | 200 | 100,0% |

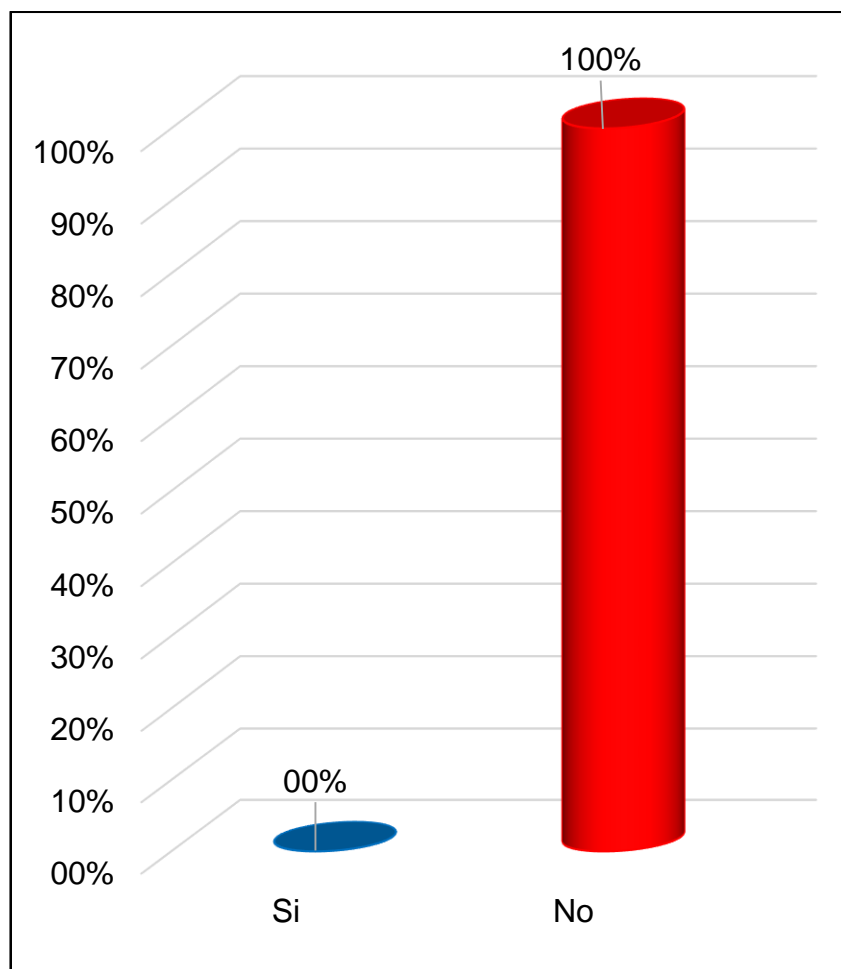
Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 8 se puede apreciar que el 100,0% no tuvieron atonía uterina como complicación puerperal.

GRÁFICO N° 8

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL, SEGÚN ATONÍA UTERINA.



Fuente: Tabla n° 14

TABLA N° 9

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN ALUMBRAMIENTO**

| ALUMBRAMIENTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Espontáneo | 6 | 3,0% |
| Activo | 194 | 97,0% |
| Total | 200 | 100,0% |

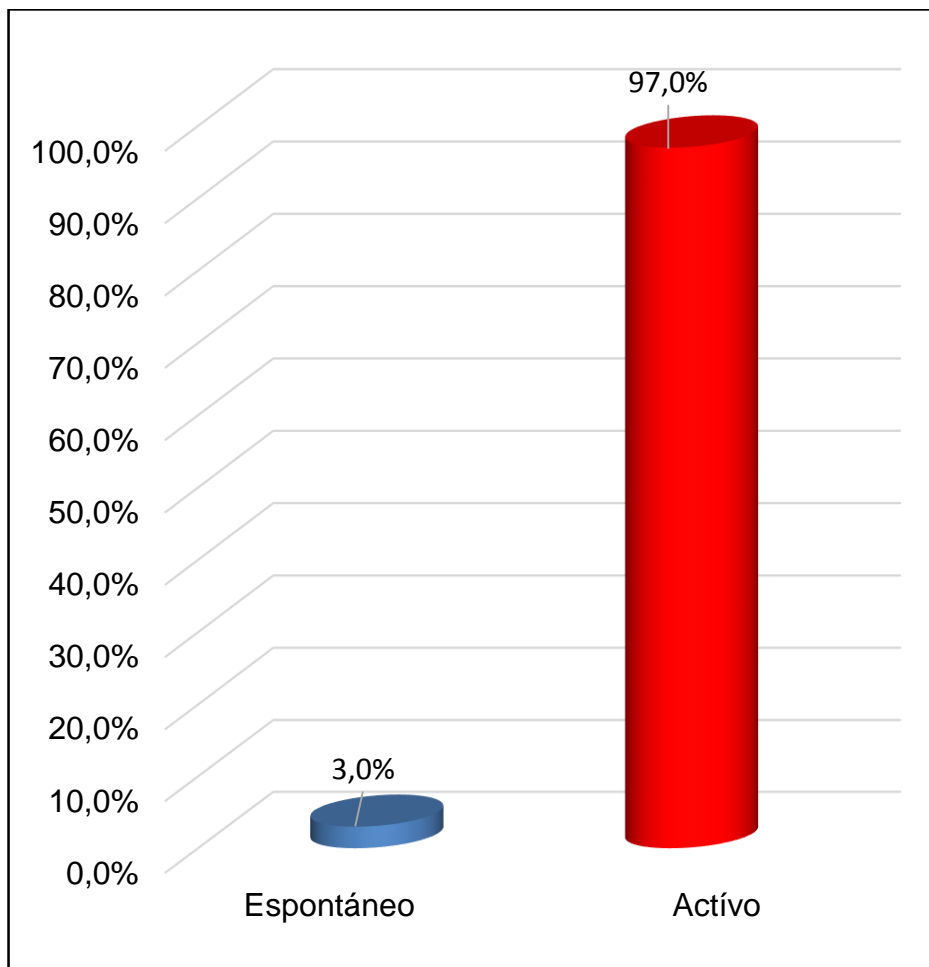
Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 9 se puede apreciar que el 97,0% el alumbramiento fue activo y finalmente el 3,0 % el alumbramiento fue espontaneo.

GRÁFICO N° 9

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL, SEGÚN ALUMBRAMIENTO.



Fuente: Tabla n° 9

TABLA N° 10

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN PLACENTA.**

| PLACENTA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Completa | 195 | 97,5% |
| Incompleta | 3 | 1,5% |
| Retenida | 2 | 1,0% |
| TOTAL | 200 | 100,0% |

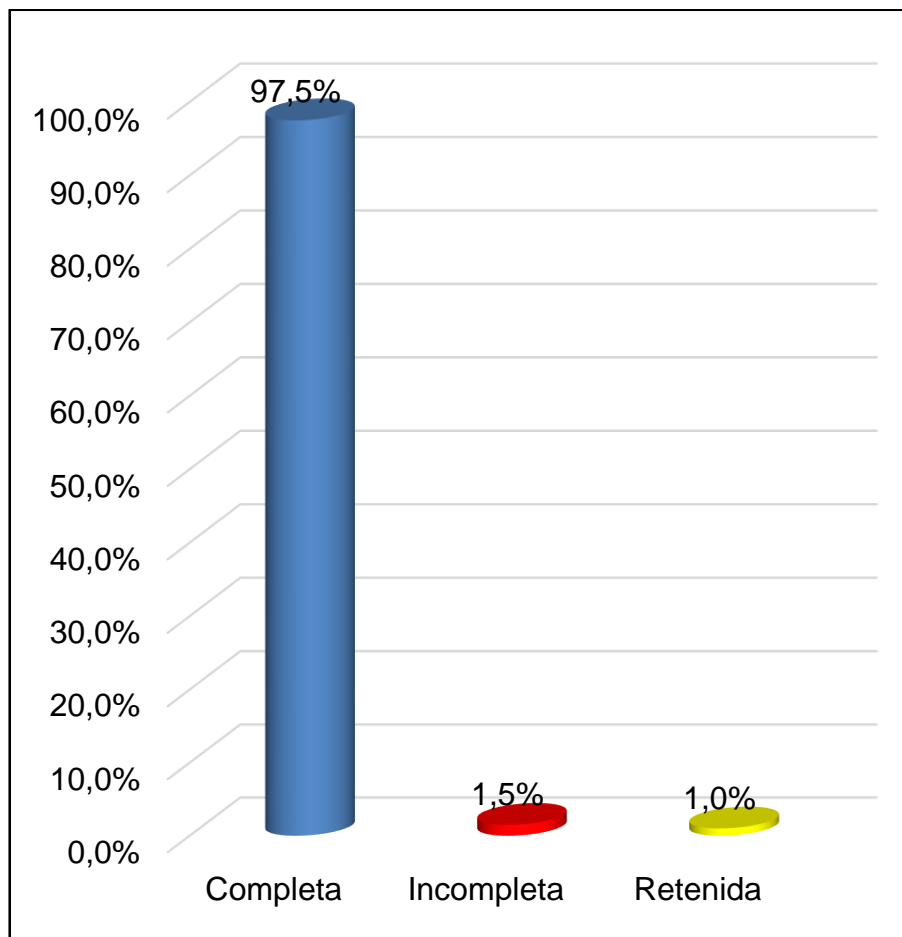
Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 10 reúne los indicadores según jerarquía, donde se puede apreciar que el 97,5 % tuvieron placenta completa, el 1,5% tuvieron placenta incompleta y el 1,0% retención de placenta.

GRÁFICO N° 10

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL, SEGÚN PLACENTA,



Fuente: Tabla n° 10

TABLA N° 11

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN INVERSIÓN UTERINA.**

| INVERSIÓN UTERINA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Si | 0 | 0,0% |
| No | 200 | 100,0% |
| Total | 200 | 100,0% |

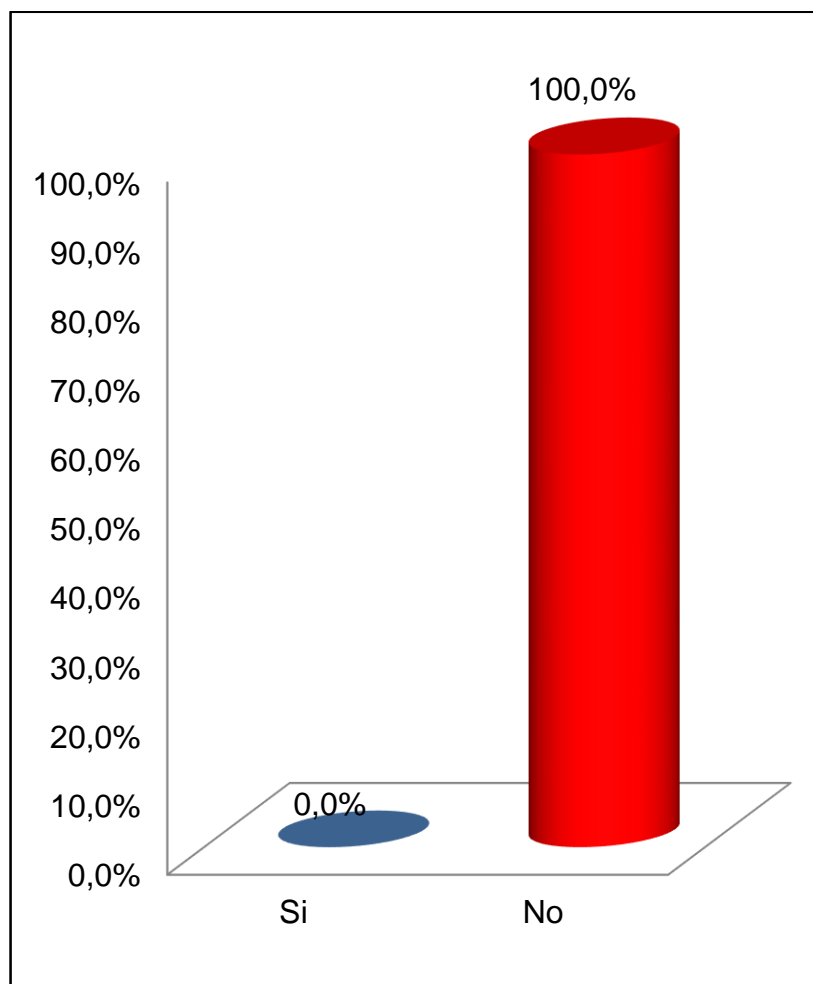
Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 11 revela que el 100 % no tuvieron inversión uterina como complicación puerperal.

GRÁFICO N° 11

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL, SEGÚN INVERSIÓN UTERINA.



Fuente: Tabla n° 11

TABLA N° 12

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN TRAUMATISMO UTERINO.**

| TRAUMATISMO UTERINO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|
| si | 0 | 0,0% |
| No | 200 | 100,0% |
| Total | 200 | 100,0% |

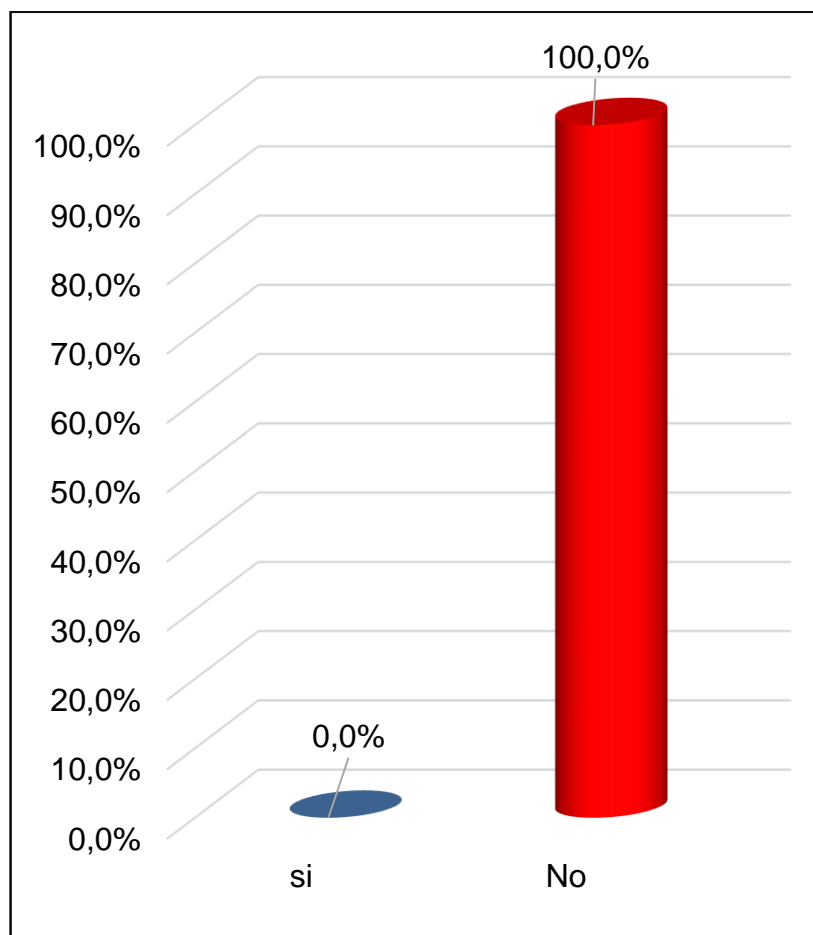
Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 12 revela que el 100 % no tuvieron traumatismo uterino como complicación puerperal.

GRÁFICO N° 12

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL, SEGÚN TRAUMATISMO UTERINO.



Fuente: Tabla n° 12

TABLA N° 13

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN DESGARROS.**

| DESGARROS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Si | 15 | 7,5% |
| No | 185 | 92,5% |
| Total | 200 | 100,0% |

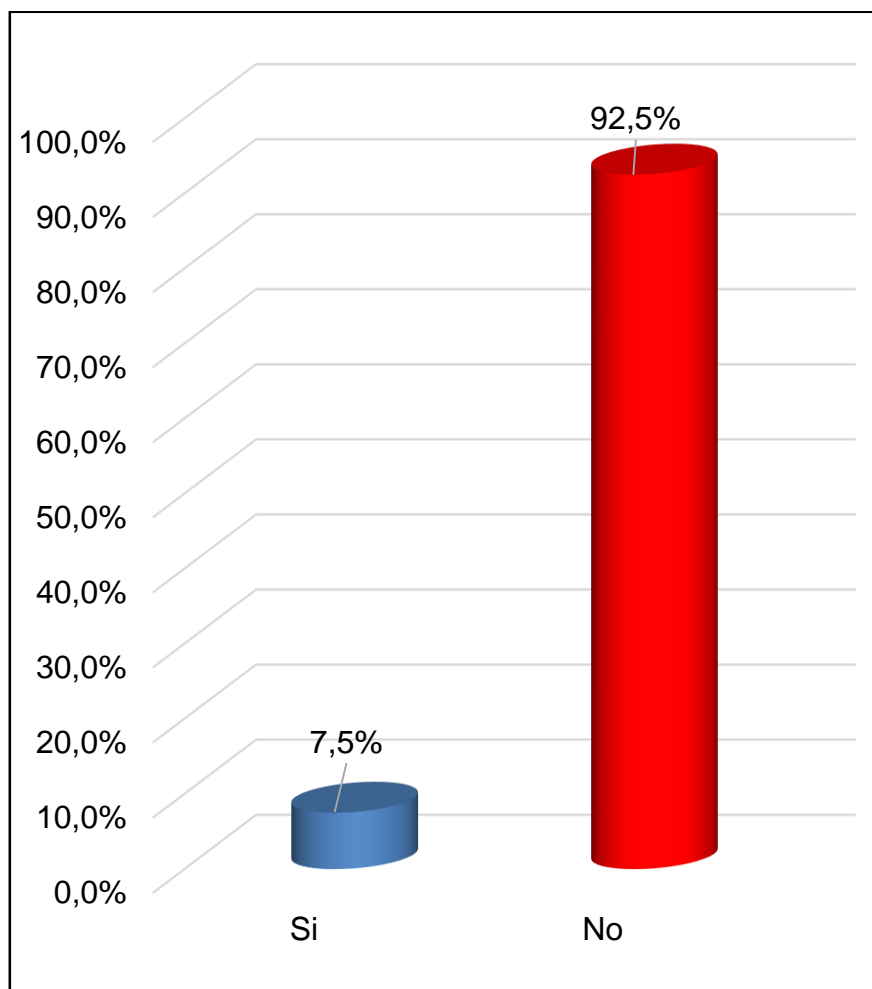
Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 13 donde se puede apreciar complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unanue, el 92,5% se observa que no tuvieron desgarros y finalmente el 7,5% se observa que tuvieron desgarros.

GRÁFICO N° 13

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL, SEGÚN DESGARROS.



Fuente: Tabla n° 13

TABLA N° 14

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL, SEGÚN HEMATOMA.**

| HEMATOMA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| Si | 0 | 0,0% |
| No | 200 | 100,0% |
| Total | 200 | 100,0% |

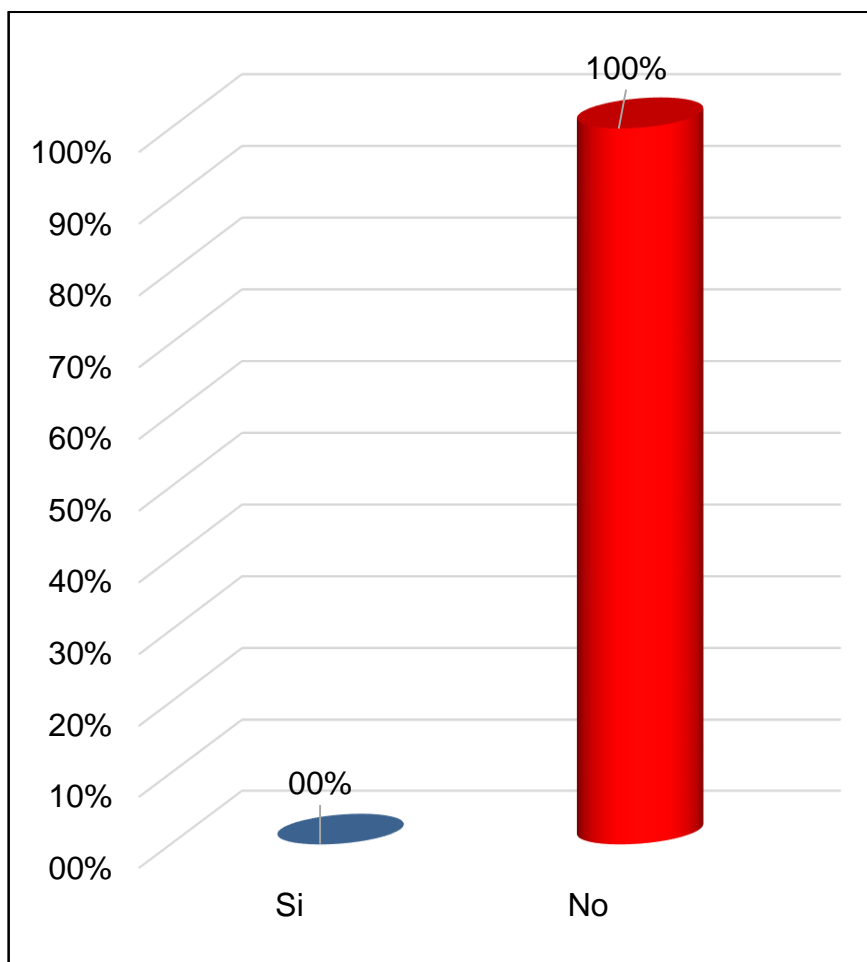
Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACION:

La tabla N° 14 revela que el 100 % no tuvieron hematoma como complicación puerperal.

GRÁFICO N° 14

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL, SEGÚN HEMATOMA.



Fuente: Tabla n° 14

TABLA N° 15

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
VAGINAL**

| COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDATO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|-------------------|-------------------|
| Desgarros perineales | 15 | 7,5% |
| Placenta incompleta | 3 | 1,5% |
| Placenta retenida | 2 | 1,0% |
| TOTAL | 20 | 10% |

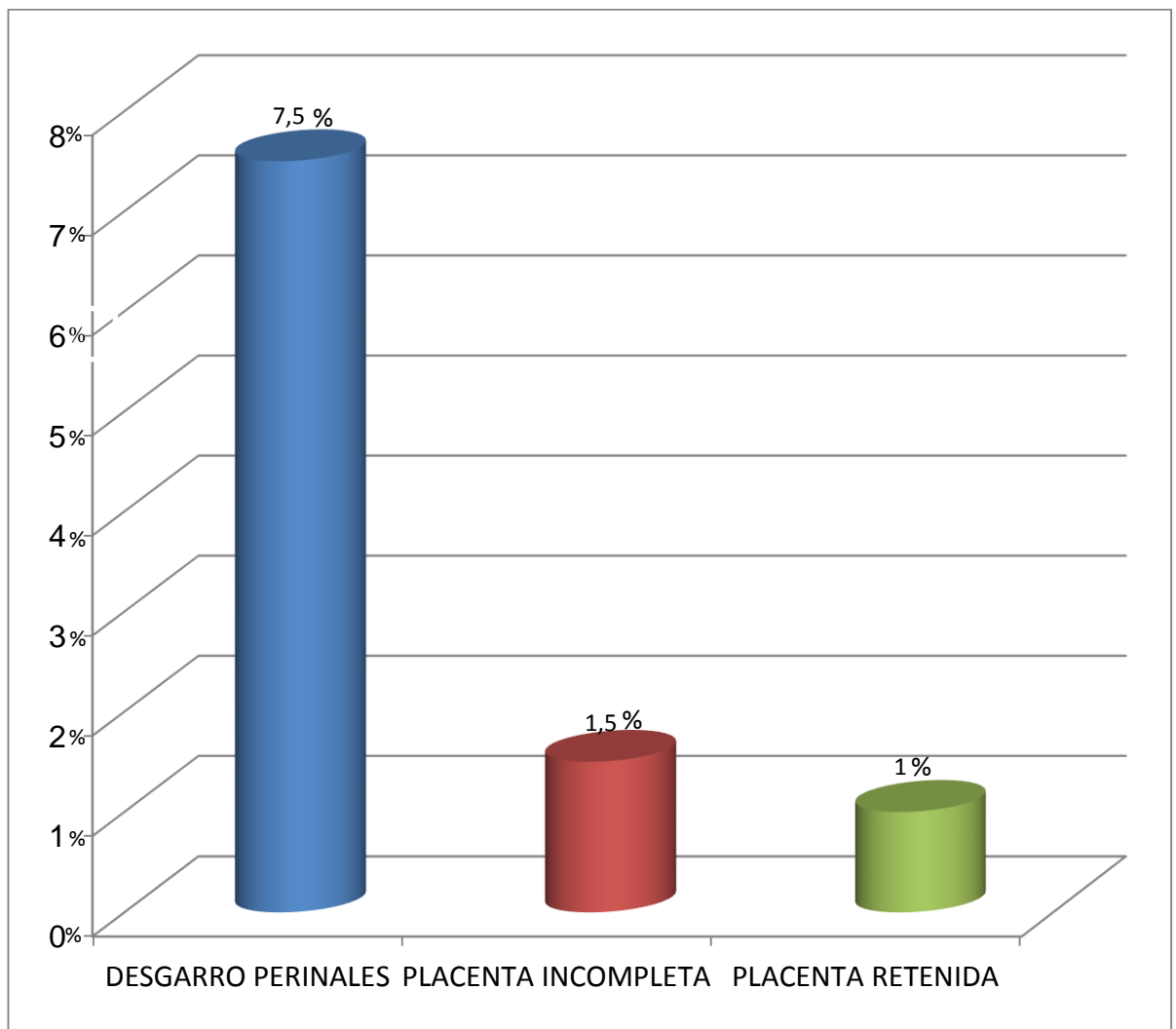
Fuente: ficha recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 15 se puede apreciar que presentaron en mayor porcentaje desgarros perineales con un 7,5%, seguido de placenta incompleta el 1,5% y en menor porcentaje placenta retenida el 1,0%.

GRÁFICO N° 15

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO VAGINAL



Fuente: Tabla n° 15

DISCUSIÓN

- Con respecto a las complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal, según edad demuestra que el 28,0% comprenden edades de 26 a 30 años seguido de 25% entre 21 a 25 años, mientras que el 22,2% están entre 16 a 20 años, el 15,0% están entre 31 a 35 años, el 6,5% están entre las edades de 36 a 40 años, el 1,5% tienen edades menores a 15 años y finalmente el 0,5% tienen 41 a más años.

Un estudio realizado en el Hospital Provincial Puyo de Ecuador, en el periodo de Enero – Agosto encontró que el mayor número de casos corresponde al grupo de edad comprendido entre 28 – 34 años con el 37,0%; Otro estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna encontró que ocurren complicaciones más frecuentes entre 15 y 24 años.

- Según el grado de instrucción se encuentra en mayor porcentaje en secundaria con un 72,5% con un número de 145 puérperas, estudios superiores el 20,0% con 40 puérperas,

- seguido de 7,5% equivalente a 15 puérperas que cursaron primaria.

Un estudio realizado en el Hospital Provincial Puyo de Ecuador, en el periodo de Enero – Agosto encontró que tenían nivel de instrucción baja entre analfabeta e instrucción primaria con una diferencia del 40,0% en quienes tenían cierto grado de alfabetización; Otro estudio realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Lima durante el primer semestre del 2014 encontró que el nivel de instrucción en mayor porcentaje fue secundaria completa con 47,2% de pacientes.

- Según el estado civil de mayor porcentaje en las puérperas que presentaron complicaciones inmediatas se encuentra en convivientes con un 75,0% equivalente a 150 pacientes; 13,5% corresponde a 27 pacientes solteras y por último con un 11,5% equivalente a 23 pacientes casadas.

Un estudio realizado en el Hospital Provincial Puyo de Ecuador, en el periodo de Enero – Agosto encontró que el 51% se encuentra en unión libre; Otro estudio realizado en el Hospital

Nacional Daniel Alcides Carrión de Lima durante el primer semestre del 2014 encontró que el 69,8% de puérperas son convivientes.

- Según el número de partos el 50,5% equivale a 101 puérperas multíparas; el 43,5% corresponde a 87 puérperas nulíparas y el 6,0% a puérperas Gran multíparas.

Un estudio realizado en el Hospital Ginecobstetrico de Guanabacoa encontró que el 53,0% eran multíparas; Otro estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna encontró que el 42,2% eran primíparas.

- En relación a puérperas con anemia durante el embarazo, 61 puérperas si presentaron anemia. No presentaron anemia 139 puérperas.

Un estudio realizado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Lima durante el primer semestre del 2014 encontró que el 77,4% presentaron anemia; Otro estudio realizado en el

hospital Marie Auxiliadora encontró que un 6,3% presentaron anemia.

- Con respecto a los controles prenatales el 72% que equivale a 144 puérperas tuvieron mayor a 6 controles prenatales y el 28,0% que corresponde a 56 puérperas tuvieron menor a 6 controles prenatales.

Un estudio realizado en el Hospital Provincial Puyo de Ecuador, en el periodo de Enero – Agosto encontró que un 42,0% tuvieron mal control prenatal entre 1 a 3.

- Las complicaciones que se presentaron en el puerperio inmediato de parto vaginal fueron placenta incompleta con 1,5% que equivale a 3 pacientes, 1,0% que corresponde a 2 pacientes tuvieron placenta retenida y 15 puérperas presentaron desgarros que corresponde el 7,5%.

-
Un estudio que se realizó en el Hospital Gineobstetrico de Guanabacoa encontró que el 30% de pacientes presentaron hemorragia puerperal inmediata; Otro estudio realizado en el

Hospital Provincial Puyo de Ecuador, en el periodo de Enero – Agosto encontró que un 42,0% presento Atonia Uterina; Otro estudio realizado en el hospital Maria Auxiliadora encontró que 40,3% se realizó episiotomía en mayor frecuencia.

En el estudio realizado, hemos obtenido como mayor frecuencia el desgarro perineal y la retención de placenta como complicaciones post parto, a diferencia del Hospital de Guanabacoa cuya complicación predominante fue la hemorragia puerperal y en el Hospital de Puyo fue la atonía uterina.

CONCLUSIONES

1. Las complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal que se presentaron en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en el año 2016 fueron: Placenta incompleta, retención de placenta y desgarros perineales.
2. Con respecto a las características; La mayoría de complicaciones se presentó en el grupo etáreo entre 26 a 30 años (28%), con grado de instrucción secundaria (72,5%), de estado civil conviviente (75,0%) multíparas (50,5%), sin anemia (69,5%), con mayor o igual a 6 controles prenatales (72,0%) y con sangrado post- parto menor a 300 cc (95,0%).
3. Las complicaciones del puerperio inmediato que se presentaron en mayor porcentaje fueron desgarros perineales con 7,5%, seguido de placenta incompleta con 1,5% y con menor porcentaje placenta retenida 1,0%.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en esta investigación se formula las siguientes recomendaciones:

- A las direcciones regionales de salud, impulsar e incentivar sobre el uso adecuado de guías y normas existentes con el fin de mejorar las técnicas de atención durante embarazo, parto y puerperio y de esta manera controlar y disminuir la frecuencia de complicaciones puerperales inmediatas.
- Al profesional del servicio de obstetricia del Hospital Hipólito Unánue realizar un buen control las 2 primeras horas de puerperio inmediato para evitar complicaciones.
- Al profesional del servicio de obstetricia del Hospital Hipólito Unánue informar sobre la importancia de los signos y síntomas de alarma sobre el puerperio inmediato.

- A las obstetras brindar charlas sobre la importancia del control prenatal, los principales factores de riesgo y las complicaciones que pueden presentar si no son atendidas en un establecimiento de salud.
- Realizar otras investigaciones o profundizar este tema por ser un problema frecuente en todos los establecimientos de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD, “mortalidad materna”. Boletín Organización Mundial de la Salud 2014.
2. DIRECCION REGIONAL DE SALUD, “Mortalidad materna”. Boletín epidemiológico 2015.
3. ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR, “Taza bruta de mortalidad materna en el Perú” 2013.
4. Aguirre Leon, L. (2013). “Complicaciones puerperales inmediatas en pacientes de parto eutócico a realizarse en el hospital Enrique C. Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013.” Citado el 09 de agosto. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1764/1/COMPLICACIONES%20PUERPERALES%20INMEDIATAS%20EN%20PACIENTES%20DE%20PARTO%20EUTOCICO%20EN%20EL%20HOSP.EN%20RIQUE%20SOTOMAYOR.pdf>.

5. Alvarado Alva, Juan. "Manual de obstetricia", Segunda edición 2011. Lima-Perú.

6. Lugo Sánchez, Ana María. "Caracterización de las pacientes con hemorragia uterina puerperal en las que se utilizó misoprostol". Rev. Cubana Obstet. Ginecoogical [revista en la Internet]. [citado 2015 Mayo 17]; 40(2): 145-154. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200002&lng=es.

7. López Alvarado, Verónica. "Determinación del sangrado durante el parto y factores asociados a hemorragia en el Hospital Vicente Corral Moscoso", Cuenca-Ecuador 2013. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4004>.

8. Orozco yanza, Jenny Patricia. "Factores de Riesgo de Hemorragia Postparto en Pacientes con Puerperio Inmediato" en el Hospital Provincial Puyo 2010. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/3441>

9. Altamirano Girano, Paula Angélica. “Factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009”. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/232>

10. Arati Abreo, Griselda “Hemorragia Puerperal”. Disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista206/5_206.pdf

11. Acusi Quispe, Julio Cesar “factores de riesgo para hemorragia postparto en las puérperas de parto vaginal atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna”. Disponible en <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/457>.

12. Gamarra León, Rocío “Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes con obesidad pre gestacional atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el primer semestre del 2014”. Citado el 15 de enero del 2017. Disponible en <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/3992>.

13. Schwarcz – Sala – Duverges, Obstetricia. 6^{ta} Edición.

14. WILLIAMS, Obstetricia. 23^{va} Edicion.

15. Valle Cohaila, Vanessa “Programa de psicoprofilaxis y actitud de la gestante facultad de obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna - Diciembre 2005 a febrero del 2006 ”

16. PROTOCOLO DE ATENCION DEL PUERPERIO FISIOLÓGICO.

Citado el 20 de febrero del 2017. Disponible en:
http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=171-iv-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&category_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235.

17. Asensio Días, Ana “complicaciones puerperales. Atonía uterina”.

Citado el 20 de febrero del 2017. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11794/1/TFG-H211.pdf>.

18. Jeisson Baez, Diana; Shery Gutierrez, Harris “Complicaciones en embarazo, parto y puerperio en pacientes atendidas en clínica Juan Corpas en el año 2012”. Citado el 02 de mayo del 2017. Disponible en: [”https://prezi.com/x75rxzldgc9u/complicaciones-en-embarazo-](https://prezi.com/x75rxzldgc9u/complicaciones-en-embarazo-)

parto-y-puerperio-en-pacientes-atendidas-en-la-clinica-juan-n-coras-ltda-2012/

19. Buenaño Ibarra, G. “Estrategia médica para el manejo de complicaciones puerperales en el servicio de ginecología del Hospital Jose Maria Velasco Ibarra en el periodo Septiembre 2013 – Agosto 2014”. Citado el 20 de mayo del 2017. Disponible en: ["http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/373/1/TUAMED020-2015.pdf](http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/373/1/TUAMED020-2015.pdf)

20. Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 32(Supl. 1), 159-167. Citado en 03 de agosto de 2017, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014&lng=es&tlng=es.

21. Días Aranda, D; & Lapa Álvarez, L. (2014) “antecedentes obstétricos y hemorragia postparto en puérperas inmediatas atendidas en el hospital departamental de Huancavelica”. Citado el 02 de Agosto de 2017, disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/642/TP%20-%20UNH%20OBST.%200029.pdf?sequence=1>.

22. Boletín epidemiológico (Lima - Perú). “Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015”; 25 (4). Pág. 66 – 74.

Citado el 02 de Agosto 2017, disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>.

23. PARODI QUITO, JORDAN JEFFREY. “Complicaciones maternas durante el trabajo de parto y puerperio en gestantes con anemia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, año 2015”.

Citado el 04 de Agosto del 2017. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4829/1/Parodi_qj.pdf

24. Guía de práctica clínica. “Prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto” (2013). Citado el 02 de Agosto 2017, disponible en:
<http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/Gu%C3%ADa-de-hemorragia-postparto.pdf>

25. Fescina R, De Mucio B, Ortiz EI, Jarquin D. “Guías para la atención de las principales emergencias obstetricas”. Citado el 02 de Agosto 2017, disponible en:
http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=do

wnload&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es.

26. Guías de práctica clínica y de procedimientos en emergencias obstétricas. Citado el 31 de julio del 2017. Disponible en: <http://prodelcorp.edu.pe/material/2115GUIAS%20DE%20ATENCIÓN%20CLÍNICA.pdf>

27. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Citado el 02 de Agosto 2017, disponible en: <https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/03-Peru-Clinical-Practice-Guide-on-Emergency-Obstetric-Care-Ministry-of-Health-2007.pdf>.

28. Reyes Trejo, L. & Reyes Trejo, I. (2011 - 2012). “nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre las intervenciones específicas en pacientes con tonía uterina en el hospital regional del valle del Mezquital”. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/157537747/TESIS-ATONIA-UTERINA>.

29. Iniciativa de parto normal. “el alumbramiento”. Disponible en:
<http://www.federacion-matronas.org/rs/106/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/680/rglang/es-ES/filename/alumbramiento.pdf>.
30. Asturizaga, Patricia, & Toledo Jaldin, Lilian. (2014). HEMORRAGIA OBSTÉTRICA. Revista Médica La Paz, 20(2), 57-68. Citado el 03 de agosto de 2017, disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009&lng=es&tlng=es.
31. Ramirez, J. “Hemorragias posparto”. Recuperado el 03 de Agosto del 2017. Recuperado el 02 agosto del 2017. Disponible en:
[http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20-36%20\(2008\).pdf](http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20-36%20(2008).pdf).
32. Clinic Barcelona. “Lesiones perineales de origen obstetrico”
https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%20etrico.pdf.

ANEXOS

ANEXO N° 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO

VAGINAL EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE 2016

A. DATOS GENERALES:

Grupo de edades

- < 15 años
- 16 – 20 años
- 21 – 25 años
- 26 – 30 años
- 31 – 35 años
- 36 – 40 años
- > 40 años

Grado de instrucción

- Primaria
- Secundaria
- Superior

Estado civil actual de la paciente

- Soltera
- Casada
- Conviviente
- Otros

N° de control prenatal

- Deficiente (1-5)
- Adecuado (≥ 6)

Anemia

- Si
- no

Alumbramiento

- Espontaneo
- Activo

Principales antecedentes gineco-obstetricos

- Nulípara
- Multípara
- Gran multípara

Cantidad de loquios que se observa post-parto

- Menos 300 cc
- Entre 500 cc
- Más 600 cc

B. COMPLICACIONES UTERINAS:

- Hipotonía o Atonía Uterina
- Alumbramiento Incompleto
- Inversión Uterina
- Traumatismo Uterino
- Desgarro
- Hematoma

Anexo N° 2

MATRÍZ DE CONSISTENCIA

| TÍTULO | PROBLEMA | OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS | VARIABLES O INDICADORES | TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INV. | POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO |
|--|---|--|---|--|--|---|
| Complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal en el Hospital Hipólito Unánue 2016 | ¿Cuáles son las complicaciones puerperales inmediatas de parto vaginal en el hospital Hipólito Unánue 2016? | <p>Objetivo general Determinar las complicaciones puerperales inmediatas en pacientes de parto vaginal atendidas en el hospital Hipólito Unánue 2016</p> <p>Objetivos específicos -Determinar las características de las puérperas de parto vaginal que presentaron complicaciones Puerperales Inmediatas. -Identificar las complicaciones que se presentaron en el puerperio inmediato. -Jerarquizar las complicaciones de acuerdo a su frecuencia.</p> | <p>VARIABLE DEPENDIENTE: Causas de las complicaciones del puerperio inmediato.</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Complicaciones del puerperio.</p> | Descriptivo, retrospectivo, no experimental y de corte transversal | <p>MÉTODO: análisis deductivo del contenido de los archivos estadísticos, historias clínicas y datos del SIP</p> <p>TÉCNICA: Ficha de recolección de datos</p> | <p>POBLACIÓN: Todas las puérperas que presentaron complicaciones durante el puerperio inmediato en el hospital Hipólito Unánue, en la ciudad de Tacna durante el año 2016 que son 756 puérperas.</p> <p>MUESTRA: Puérperas que presentaron complicaciones durante el puerperio inmediato en el HHUT durante el año 2016 que fueron 200 puérperas.</p> |

