



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

*COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO EUTÓCICO EN
PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA*

Tesis previa a la obtención del
Título de Médico General

AUTORA: JÉSSICA KARINA HERRERA JARAMILLO

DIRECTORA:

DRA. MARITZA PAULINA CASTILLO VÁSQUEZ

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CERTIFICACIÓN

Doctora:

Maritza Paulina Castillo Vásquez
Directora de tesis.

CERTIFICA:

Que la presente tesis titulada: **COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO EUTÓCICO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA**, de autoría de la Srta. **Jéssica Karina Herrera Jaramillo**. Ha sido revisada de forma prolija y minuciosa y una vez que ha cumplido todos los requisitos reglamentarios autorizo su presentación.

Loja, Diciembre 2015



Dra. Maritza Paulina Castillo Vásquez

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Jéssica Karina Herrera Jaramillo declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-biblioteca Virtual.

Autor: Jéssica Karina Herrera Jaramillo

Firma:.....

Cédula: 1104879778

Fecha:2/12/2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Jéssica Karina Herrera Jaramillo, declaro ser autor de la tesis titulada: **COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO EUTÓCICO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA**, como requisito para obtener el grado de **Medico General**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en RDI, en las redes informáticas del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o la copia de las tesis que realicen un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 10 días del mes de diciembre del dos mil quince, firma el autor.

Firma:.....
La Autora: Jéssica Karina Herrera Jaramillo
Cédula: 1104879778
Dirección: Loja
Correo electrónico: jessiherrera1989@hotmail.com
Teléfono cel.: 0981434056

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Tesis: Dra. Maritza Paulina Castillo Vásquez.
Ginecología y Obstetricia

Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Lindón Zapata Loaiza
Ginecología y Obstetricia

Vocal: Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia
Ginecología y Obstetricia

Vocal: Dra. Karina Calva Jirón
Ginecología y Obstetricia

DEDICATORIA

Este trabajo investigativo le dedico al Ser Supremo de esta tierra quien ha ubicado cada cosa en su lugar y momento adecuado.

A mis padres quienes son mi pilar fundamental por el cual no he querido darme por vencida ya que ellos me enseñaron desde un principio que el luchar día a día sin escatimar esfuerzo y cansancio se logran las mejores bendiciones.

A mis hermanos quienes son mi rayito de luz por tal motivo son mi fuerza para un despertar lleno de armonía.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias a Dios por brindarme un soplo de vida cada día y permitirme llegar a este momento muy anhelado.

Mis padres por sobrellevar mis angustias; aciertos; desaciertos, desilusiones; en fin por ese apoyo y paciencia que han tenido para conmigo todos estos años de mi carrera.

Mi tutora de tesis quien ha guiado cada palabra de esta tesis con sus conocimientos, dedicación.

A quienes conforman el Hospital Isidro Ayora de Loja permitiendo que mi estudio se realizara en dicho establecimiento.

1. TÍTULO

**COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO
EUTÓCICO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA**

2. RESUMEN

El presente trabajo investigativo se realizó en el Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja; sobre las complicaciones puerperales inmediatas de parto eutócico en pacientes adolescentes, este estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal conformado por 168 pacientes de estas 65 cumplieron con los criterios de inclusión durante el periodo Enero a Julio del 2014. De estas el 55,4% presentaron como principal complicación los desgarros perineales, seguido de alumbramiento incompleto 21,5%, atonía uterina 13,8%, hemorragia posparto 7,7% e hipotonía 1,5%. La incidencia de estas pacientes con complicaciones puerperales inmediatas fue de 38,7%. Las pacientes cursaban con una edad gestacional entre 38 a 39 semanas con 61,5%, 39 a 40 semanas 16,9%, 37 a 38 semanas 13,9% y mayor a 40 semanas 7,7%. En relación a la paridad el 86,2% fueron primípara y secundíparas 13,8%. El 87,7% se realizaron más de 5 controles durante el embarazo mientras que el 12,3% presentaron menos de 5 controles. En cuanto a los trastornos hipertensivos en el embarazo, el 4,6% presentaron como antecedente preeclampsia leve y el 3,1% hipertensión gestacional. El 55,3% no tuvieron anemia previa al parto, en tanto que resto de pacientes lo presentaron; el 33,9% en forma leve y el 10,8% en forma moderada.

Palabras claves: puerperio inmediato; antecedentes ginecobstetrico; parto eutócico.

ABSTRACT

This research work was conducted at the Provincial Hospital Isidro Ayora of Loja; on the immediate postpartum complications of vaginal delivery in adolescent patients, this study was descriptive, retrospective, cross-sectional comprised 168 patients of these 65 met the inclusion criteria during the period January to July 2014. Of these 55.4 % major complication presented as perineal tears, followed by incomplete delivery 21.5%, 13.8% uterine atony, postpartum hemorrhage and hypotonia 7.7% 1.5%. The incidence of these patients with immediate postpartum complications was 38.7%. Patients were enrolled with a gestational age between 38-39 weeks 61.5%, 39 to 40 weeks 16.9%, 37 to 38 weeks increased 13.9% and 7.7% to 40 weeks. In relation to the rate 86.2% were primiparous and 13.8% secundíparas. 87.7% over 5 controls were performed during pregnancy, while 12.3% had less than 5 checks. As for hypertensive disorders in pregnancy, 4.6% had antecedent mild preeclampsia and gestational hypertension 3.1%. 55.3% had no pre-natal anemia, while the remaining patients presented; 33.9% in mildly and moderately 10.8%.

Keywords: immediate postpartum period; Gynecobstetric background; eutocic delivery.

3. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mayor parte de complicaciones del embarazo y parto se presentan en los países en vías de desarrollo. Las complicaciones puerperales inmediatas se las definen como aquellas que evolucionan fuera de los parámetros normales secundarios a diversas complicaciones ocasionadas por múltiples factores biológicos y socioculturales que influyen de una manera directa constituyendo una de las causas que afectan a la puérpera. Las entidades que conllevan a un puerperio patológico están directamente relacionadas con el embarazo y parto, conduciendo a situaciones verdaderamente peligrosas.

Dentro de las principales complicaciones obstétricas descritas se encuentran las hemorragias, las infecciones y las enfermedades de hipertensión durante el embarazo. Entre los factores vinculados con las complicaciones del embarazo y el parto se pueden distinguir dos tipos: uno de origen endógeno, relacionado con las condiciones biológicas de la madre; y un componente exógeno, que depende en gran medida de factores asociados a condiciones del medio ambiente social y de la calidad, acceso, oportunidad y tipo de atención médica recibida. (Peña & Matinez, 2010).

Las defunciones maternas son consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo y aparecen a lo largo de éste o durante el parto y el puerperio (hasta el 42º día después del nacimiento). Ocurren a menudo de forma súbita e imprevisible. Entre el 11% y el 17% se producen durante el parto, y entre el 50% y el 71% durante el puerperio.

En Ecuador entre las causas directas de muerte materna están las complicaciones durante el puerperio inmediato. Los datos oficiales del 2009 reflejan que el 30.3% corresponden a complicaciones en el puerperio de

los cuales el 34.5% se dan dentro del puerperio inmediato. (López Montero & Naula Espinoza, 2013).

La alta prevalencia de embarazos en adolescentes, ha llevado a elevar la incidencia de complicaciones obstétricas durante el parto, poniendo en riesgo la vida materna, el estudio realizado en el Hospital Provincial de Latacunga, periodo Marzo-Junio 2013: demostró que el 78% correspondió a adolescentes, de los cuales el 42,5% presentaron algún tipo de complicación: el 30% presentó desgarros perineales principalmente grado I y II, las hemorragias correspondieron a un 10% y otras complicaciones que representaron el 25% entre ellas están: expulsivo prolongado, hematomas de la episiorafia, prolongaciones de las episiorafias. (Robayo Villafuerte, 2013). En Quito, en el Hospital Isidro Ayora con el objetivo de analizar las complicaciones puerperales más frecuentes realizó un estudio descriptivo, transversal; en el periodo Enero-Junio 2013. En donde se evidenció que el 37,5% presentaron desgarros perineales, alumbramiento incompleto 5% e hipotonía uterina 1,2%. (Naula Lema, 2013)

El estudio realizado en el Hospital Provincial General de Latacunga con el objetivo de determinar complicaciones puerperales inmediatas demostró que de las 160 adolescentes el 42,5% lo presentaron. (Robayo Villafuerte, 2013). En cuanto a edad gestacional, paridad, control prenatal (Naula Lema, 2013) en su estudio se observa un predominio de primigestas en un 68,2%, así mismo de controles prenatales adecuados 42%, y un embarazo a término con un 76%. En relación a los trastornos hipertensivos en el embarazo (López Quevedo, 2008) su estudio reveló que la preeclampsia se presentó en un 4,55% y la hipertensión gestacional en un 0,91%.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo. Aunque el embarazo y el parto son procesos considerados fisiológicos, en ocasiones se

presentan complicaciones que pueden, incluso, comprometer la sobrevivencia, tanto de la madre como del hijo. No resulta fácil predecir cuál embarazo puede complicarse. Las complicaciones puerperales inmediatas al no ser detectadas a tiempo, conllevan un elevado riesgo materno. Si se determina la frecuencia y los factores que las desencadenan se logrará la prevención oportuna y la asistencia correcta ante la presencia de una patología, lo cual justifica la realización del presente estudio.

Por tal razón este estudio se planteó como objetivo general, determinar las complicaciones puerperales inmediatas de parto eutócico en pacientes adolescentes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja, y como objetivos específicos, determinar la incidencia de complicaciones puerperales inmediatas de parto eutócico en pacientes en estudio e identificar las características ginecoobstétricas de las pacientes con complicaciones puerperales inmediatas

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Puerperio

Tradicionalmente se lo define como el periodo que se extiende desde el nacimiento del feto y la expulsión de la placenta hasta que el organismo regresa a su estado basal es decir previo al embarazo. Este periodo dura entre 6 a 8 semanas, aunque no todos los sistemas de la mujer se recuperan en ese tiempo según estudios consideran que la mujer tarda un año en volver a su estado previo al embarazo.

4.2 Etapas de puerperio

“El puerperio se divide en tres etapas, diferenciadas entre sí por los acontecimientos fisiológicos y psicológicos que albergan, los riesgos de salud que pueden aparecer, así como los cuidados de salud determinados que requiere cada fase, estas son:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas posteriores al parto y transcurre habitualmente durante la internación.
- Puerperio mediato: corresponde a los primeros 10 días después del parto, por lo que se le ha tomado como imagen general del puerperio propiamente dicho. Constituye el período de máxima involución de los órganos genitales, de mayor derrame loquial y de instalación de la secreción láctea.
- Puerperio tardío: el cual incluye el periodo necesario para la involución de los órganos genitales y el reinicio de la menstruación; por lo general, en seis semanas en mujeres que no amamantan. (Calzada Flores 2014).

4.3 Fisiología y clínica

4.3.1 *Puerperio inmediato*

En este periodo el esfuerzo orgánico, está destinado a lograr la hemostasia uterina. En el alumbramiento, se produce el desprendimiento y expulsión de la placenta y membranas ovulares, éste se produce a nivel del límite entre decidua compacta y esponjosa; y queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes; la capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores. (LOPEZ MONTERO & NAULA ESPINOZA, 2013)

Para una eficaz hemostasia se ponen en juego dos mecanismos:

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

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

4.3.2 *Temblores posparto*

Este fenómeno se observa en un 25-50% de las mujeres, después de un parto normal (comienza entre 1 – 30 minutos y cesa entre 2 – 60 minutos posparto). El mecanismo es desconocido, probablemente hay varios factores implicados: hemorragia materna, microembolismo amniótico, termorregulación materna brusca a la separación de la placenta. No es necesario tratamiento, cede con medidas de calentamiento. (CABERO, SALDIVAR, & CABRILLO, 2010)

4.3.3 *Útero*

El útero sufre los cambios más importantes, porque pasa de un peso aproximado de 1 000 g, inmediatamente después del parto, a 500 g a la semana, 300 g a los

15 días y 100 g al mes. De una altura de 36 cm, pasa a 12 cm después del parto al comienzo de la segunda semana desciende hacia la pelvis verdadera y no se puede palpar por encima del pubis. El tamaño normal lo alcanza unas 4 a 6 semanas luego del parto, aunque siempre será mayor que el que tenía antes. Se estima que la disminución del tamaño del útero depende de la disminución del tamaño celular, más que del número de células presentes.

El útero, una vez expulsada la placenta, se contrae y disminuye rápidamente de tamaño. La causa de la involución uterina es un proceso de autólisis (atrofia de tejidos y contracción y retracción del propio útero).

La contracción del útero permite que se cierren los vasos vasculares de la zona de inserción de la placenta mediante las ligaduras de Pinard, formándose un globo de seguridad que garantiza una correcta homeostasia (en las 12 primeras horas el útero se contrae para expulsar los coágulos y asegurar la homeostasia, estas contracciones por lo general son indoloras y reciben el nombre de entuertos).

En el proceso normal de la involución, a las doce horas, el útero se desplaza hacia el hipocondrio derecho. A las 24 horas se palpa el fondo del útero a nivel del ombligo descendiendo a través de dedo por día, para llegar al décimo día a nivel del pubis, quedando así escondido detrás de éste.

Regeneración del endometrio:

Entre el 2º y 3º día después del parto, la decidua se divide en dos capas:

- Una capa superficial necrótica, que se descama progresivamente, formando parte de los loquios.

- Una capa profunda, situada en contacto con el miometrio, que contiene los fondos de las glándulas endometriales, cuya proliferación dará lugar al nuevo endometrio. La regeneración del endometrio es bastante rápida salvo en

el sitio de inserción placentaria. Así este queda desarrollado a la tercera semana después del parto.

Histológicamente presenta una reacción leucocitaria que no debe confundirse con una endometritis franca, sino que es un proceso reparador fisiológico.

Cambios en el lugar de implantación de la placenta.

Después de la expulsión de la placenta el lugar donde estaba inserta es más delgado que el resto, sin embargo tras unas pocas contracciones uterinas el área se hace más gruesa, sobreelevada y con unos 5 ó 6 cm. de diámetro. Esta área está formada por decidua necrótica y vasos trombosados. Su regeneración tarda alrededor de 6 semanas en producirse, y lo hace por dos procesos: 1- Por crecimiento hacia arriba de la decidua basal de ese sitio y 2- por crecimiento hacia abajo del endometrio desde los márgenes del lugar de inserción, socavando y eliminando el área de los vasos trombosados.

Exudado uterovaginal, constituido por hematíes, células deciduales y de la capa de descamación del endometrio y del cérvix. Su cantidad, composición y aspecto varía a lo largo del proceso. La evolución de los loquios presenta las siguientes características:

- Lochia rubra: cuatro primeros días. La secreción es predominantemente hemática de color rojo, formada por partículas de desecho celular decidual y trofoblástico.
- Lochia serosa: hacia el décimo día de secreción. La pérdida aparece mezclada con suero volviéndose rosada. Su composición consta de hematíes, tejido necrótico, leucocitos y bacterias.
- Lochia alba: los loquios se transforman en una pérdida entre blanca y amarillenta. Están formados por suero, leucocitos, pequeñas cantidades de moco y bacterias.

4.3.4 Cuello y vagina

“Después del parto vaginal el cérvix, aunque puede permanecer 2-3 cm dilatado, recupera su consistencia a los dos o tres días siguientes al parto. El orificio cervical externo queda más ancho y con unas depresiones laterales que le dan la característica de cuello de múltipara.

La vagina permanece edematosa, hipervascularizada y friable durante aproximadamente tres semanas después del parto, su típica apariencia rugosa reaparece luego de tres semanas y la involución se completa hacia las seis semanas postparto; restos del himen cicatrizan formando pequeñas excreciones fibrosas, denominadas carúnculas mirtiformes. La episiotomía cicatriza en una semana.

Ovarios

La reaparición de la ovulación, y posteriormente de la menstruación, es muy variable y depende en gran medida de la lactancia. Las madres que no lactan experimentan la ovulación en un promedio de 45 días y la menstruación 7 a 9 semanas después del parto. La amenorrea de la lactancia es a menudo usada como un predictor de la fertilidad, se estima que durante los primeros 6 meses después del parto las mujeres con lactancia exclusiva (más o menos 8 veces a día) y que permanecen en amenorrea, tienen un riesgo de embarazo menor al 2%. El control de la fertilidad generado por la lactancia no se ha entendido muy bien, aunque se cree que es por una disfunción a nivel hipotalámico de la producción de los pulsos de GnRH mediada por los niveles de prolactina.” (AMAYA GUÍO)

4.3.5 Vías urinarias

Probablemente como resultado de la maceración que sufre durante el paso del feto a través del canal del parto, la vejiga postparto tiene muy poco tono muscular y puede sobre distenderse sin producir los síntomas habituales sugestivos de plenitud vesical. Este hecho tiene importantes implicaciones en

el cuidado puerperal de la vejiga. Un segundo factor que influye en la fisiología vesical es la diuresis, que se produce el primer día tras el parto y que persiste durante varios días al ir excretando el organismo el agua acumulada en forma de líquido intersticial y de volumen intravascular durante la gestación. La orina puede contener grandes cantidades de lactosa, probablemente originadas en las mamas. Tras un trabajo del parto difícil y prolongado, puede aparecer también acetonuria, quizá como resultado de la escasa ingesta de alimentos.

El puerperio inmediato se acompaña de una diuresis marcada en la primera semana, con eliminación de los líquidos retenidos durante el embarazo. La orina puede tener glucosa y acetona sin significado patológico. En las primeras horas postparto, es frecuente la retención de orina debido al espasmo y edema del músculo pubocoxígeo el cual, en condiciones normales, se debe relajar para permitir el descenso de la vejiga. La retención también se puede deber a edema periuretral, sobre todo de la unión uretrovesical. Además, la sensación de vejiga llena y la capacidad de vaciarse espontáneamente puede estar disminuida por la anestesia o por lesiones dolorosas en el tracto genital como episiotomías extensas, hematomas o laceraciones. Debido a esto, la retención urinaria es una complicación que se puede presentar en el puerperio precoz y es más frecuente después de un parto instrumental o de anestesia epidural.

En el postparto inmediato la mucosa vesical presenta un grado variable de edema e hiperemia como consecuencia del traumatismo del parto. El tono de la vejiga está disminuido, especialmente tras un parto prolongado. Por tanto puede existir una menor sensibilidad ante una mayor presión, mayor capacidad vesical y sobredistensión de la vejiga. También disminuye el deseo de miccionar, de manera que todo lo anterior da lugar a incontinencia por rebosamiento y vaciamiento incompleto de la vejiga. Normalmente el tono vesical se recupera pasadas las primeras 24-48 horas del parto. Los uréteres y pelvis renal están dilatados e hipotónicos, normalizándose en el plazo de 3 a 6 semanas. De manera fisiológica se produce un aumento de la diuresis en

los primeros días del puerperio, necesaria para eliminar los 2 o 3 litros de líquidos tisulares retenidos durante el embarazo. Así se mantiene un elevado filtrado glomerular durante la primera semana, después la función renal vuelve a la normalidad rápidamente, disminuyendo el filtrado glomerular y el flujo renal. (RUIZ PEREGRINA & ÁLVAREZ NIETO, 2008).

Periné.

Durante los primeros momentos después del parto, los tejidos blandos del periné y las zonas vecinas, pueden verse edematosos y amoratados. Si se ha efectuado episiotomía o ha existido desgarro, los bordes deben aproximarse. En ocasiones aparecen equimosis que interfieren con su cicatrización. La musculatura del suelo pélvico vuelve gradualmente a su tono inicial, aunque a veces la sobredistensión y los desgarros imposibilitan una total recuperación.

4.4 Factores de riesgo

4.4.1 Control prenatal

La atención prenatal será precoz, periódica, continua, completa, dispersarizada, integral, regionalizada, en equipo y con participación de la comunidad. La vigilancia prenatal óptima se inicia a partir de una captación precoz del embarazo con el objetivo de modificar los factores de riesgo susceptibles de ser modificados. Es necesario administrar a toda gestante una atención preventiva y continua a su salud e incrementar la capacidad de autocuidado para mejorar su propia imagen antes, durante y después del embarazo. La atención prenatal reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo, dándoles seguimiento clínico y planificando adecuada atención de estas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal. Es por ello que la atención prenatal con calidad, dada a las gestantes desde el nivel primario de salud, es de vital importancia

para detectar los primeros signos de una alteración en el desarrollo de su embarazo que aparentemente parece transcurrir con normalidad. El examen físico integral es otro de los elementos importantes en la vigilancia, comprende tanto su aspecto general como el examen físico del abdomen y por aparatos; cardiovascular, respiratorio y renal. En este momento es importante la valoración ponderal que se debe realizar por el método de índice de masa corporal (IMC).

Debe hacerse énfasis en que el riesgo de complicarse una mujer se detecta en la identificación precoz de los factores de riesgo antes y durante el embarazo, sin restar importancia a los riesgos propios del parto y el puerperio. Los factores de riesgo para la morbilidad materna durante la atención prenatal, que coinciden en mencionar la mayor parte de los estudios, son: la obesidad, la hipertensión crónica, la diabetes, la hipertensión pulmonar primaria o secundaria, la cardiopatía congénita, la cardiopatía reumática, la cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica, la fibrosis quística, el lupus eritematoso sistémico, además de la edad avanzada, el embarazo múltiple y operación cesárea, entre otros. La preexistencia de una enfermedad crónica eleva el riesgo de una morbilidad materna extremadamente grave en 5,8 veces, situación que se presenta en 3,6 casos por cada mil nacimientos. La comorbilidad eleva el riesgo de la morbilidad materna extremadamente grave de 4,1 a 4,9% de los nacimientos. El riesgo de complicaciones y muerte se duplica por cada 10 años que aumenta la edad materna, y el otro extremo de la vida, el embarazo en adolescentes menores de 16 años cuadruplica el riesgo de mortalidad.

La anemia grave prenatal expone a mayor riesgo de vida ante una hemorragia aguda en el parto.

Las patologías asociadas en orden decreciente para que se produzca un parto pretérmino y donde se detectan las fallas de la vigilancia en la atención

primaria de salud son las infecciones del tracto urinario, infecciones del tracto genital, la anemia, hemorragias obstétricas, ruptura prematura de membranas, preeclampsia placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y los polihidramnios. La vigilancia en la atención prenatal debe conllevar a mejorar las acciones de atención primaria de salud, como el control prenatal y la categorización de los embarazos para su seguimiento adecuado, estableciendo un sistema de referencia y contrareferencia eficaz. (DRA ÁGUILA SETIEN, 2012)

4.4.2 Paridad

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

Aquella mujer que ha dado a luz más de una vez y esto a su vez constituye un factor de riesgo muy importante durante el embarazo, parto o puerperio, relacionándose así con un incremento en la morbi-mortalidad materna por causas sobre todo que desencadenan hemorragia intra o postparto.

4.4.3 Anemia

La anemia es el trastorno nutricional más frecuente en el mundo, y debido a que en el embarazo existe una gran demanda de hierro, se constituye en un importante riesgo de desarrollar anemia ferropénica. La anemia es la alteración hematológica más diagnosticada durante la gestación, por lo que todas las gestantes están en riesgo de padecer anemia en el embarazo, siendo más frecuente en países subdesarrollados. Es referida como un proceso dilucional secundario al aumento del volumen plasmático que ocurre durante el embarazo. Estudios clínicos revelaron que la anemia en el embarazo se asocia con complicaciones en la madre, en el feto y el recién nacido, relacionándose

con mayor morbilidad fetal y perinatal, de ahí la importancia de un adecuado control prenatal con la suplementación de hierro necesaria para proveer las crecientes demandas en esta de la mujer.

La gestante con anemia tiene mayor predisposición a las infecciones. Es así como en las embarazadas anémicas, la infección urinaria ocurre con mayor frecuencia que en las no anémicas. De igual manera la infección y dehiscencia de la herida quirúrgica suelen ser más frecuentes en las embarazadas con anemia; así como el incremento de las complicaciones hemorrágicas en el puerperio. (Espitia De La Hoz & Orozco Santiago, 2013).

4.4.4 Trastorno hipertensivo del embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo son considerados un factor de riesgo importante para el desarrollo posterior de enfermedades cardiovasculares y de mortalidad asociada. Se estima que la mujer que desarrolla hipertensión durante la gestación tiene mayor riesgo de padecer HTA pasado los 40 años, en relación con la no hipertensa.

Bajo la denominación de trastornos hipertensivos durante la gestación se halla una extensa variedad de procesos que poseen, como común denominador, la existencia de hipertensión arterial, referida está a la presión arterial sistólica, a la diastólica o a ambas.

Varias son las complicaciones capaces de requerir cuidados urgentes, emergentes o intensivos en una gestante, una parturienta o una puérpera. Algunas de ellas, pese al desarrollo científico-técnico y los conocimientos adquiridos en el terreno de la morbilidad materna extremadamente grave y la mortalidad materna, continúan engrosando la razón de muerte materna y, en particular, los trastornos hipertensivos en el embarazo; de manera más concreta, la preeclampsia- eclampsia continúan situadas entre las primeras causas de mortalidad materna en el país.

Se considera que existe hipertensión arterial al hallar estos valores al tomar la presión arterial con una técnica correcta, en dos ocasiones, con un intervalo de seis horas.

El incremento de 30 mmHg en la TA sistólica o de 15 mmHg en la TA diastólica, sobre los valores del primer y segundo trimestre del embarazo o un incremento en 20 mmHg de la tensión arterial media, aun si las cifras de TA no alcanzan valores de 140/90, no son patognomónicos de preeclampsia, pero hace recomendable el seguimiento y control más estrictos de las pacientes.

El descubrimiento de valores de TA \geq 160/110 mmHg hace innecesaria la repetición de la determinación en un período de seis horas.

La presencia de valores de TA \geq 180/110 debe hacer pensar en una preeclampsia sobreañadida. (DRA ÁGUILA SETIEN, 2012).

4.5 Puerperio inmediato patológico

4.5.1 Hemorragia posparto

Se define hemorragia posparto (HPP) usualmente como el sangrado del tracto genital de 500 mL o más en las primeras 24 horas luego del nacimiento del niño. Algunas personas consideran 600 mL como punto de corte y estiman que el promedio de pérdida de sangre en partos vaginales con feto único es de 600 mL (y casi 1 000 mL para gemelar) y sugieren que un diagnóstico clínico más útil podría ser incluir solamente aquellos casos donde la pérdida de sangre estimada fuera de 1 000 mL o más. Cualquiera sea el punto de corte utilizado, es importante tener en cuenta que las estimaciones clínicas acerca de la cantidad de pérdida sanguínea calculada tiende a subestimar el volumen real de pérdida, entre 43 y 50%. Este problema de estimar la cantidad de sangre perdida es uno de los motivos por los cuales la incidencia de hemorragia posparto varíe en los diferentes estudios entre 2,5% a 16%.

Las causas de la hemorragia posparto pueden ser múltiples, aunque en general se puede destacar tres de ellas, que son justamente las más frecuentes y que se pueden presentar en toda paciente: atonía uterina, alumbramiento incompleto y desgarros cervicales y/o vaginales.

A su vez, se debe distinguir dos tipos de hemorragia postparto: precoz y tardía. “La hemorragia postparto precoz es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto. La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo.

4.5.1.1 Etiopatogenia

El miometrio es el componente muscular del útero y está compuesto por fibras musculares oblicuas que rodean a los vasos sanguíneos. Durante el alumbramiento, estas fibras musculares se contraen y se retraen; el miometrio progresivamente se engrosa y el volumen intrauterino disminuye.

La placenta no tiene la propiedad de contraerse y comienza a separarse a medida que la superficie del útero se achica. A medida que se separa la placenta, el útero se hace firme y globuloso, llegando al abdomen y a veces atraviesa la media del abdomen.

El cordón umbilical puede parecer alargado. Este proceso lleva habitualmente 10-30 minutos; si la placenta no se separa dentro de los 30 minutos luego del nacimiento se considera un alumbramiento prolongado.

Al final de un embarazo a término, 500-800 ml de sangre fluyen a través del torrente sanguíneo al sitio placentareo cada minuto. A medida que la placenta se separa del útero, estos vasos se rompen y ocurre el sangrado.

Las contracciones continuadas y coordinadas del miometrio comprimen los vasos locales para controlar el sangrado en el lecho placentareo y permiten la formación de un coágulo placentareo.

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

El grado de pérdida de sangre asociado con la separación de la placenta y su expulsión depende de la rapidez con que la placenta se separe de la pared uterina y de la efectividad de la acción de las contracciones sobre el lecho placentareo durante y después de la separación. (CHIRIBOGA DORADO, 2012-2013).

En el siguiente cuadro se explican las causas de la hemorragia posparto:

	CAUSAS	FACTORES DE RIESGO
ATONIA UTERINA	Sobredistension uterina:	Gestación múltiple Hidramnios Feto macrosoma
	Corioamnionitis:	RPM prolongada, fiebre
	Agotamiento muscular:	Parto prolongado y rápido elevada multiparidad
LESIÓN DEL CANAL DEL PARTO	Desgarros del canal del parto	Parto instrumental. Fases de expulsivo precipitada
	Rotura/Dehiscencia Uterina	Cirugía uterina previa (cesárea). Parto instrumental. Distocia. Hiperdinamia. Versión Cefálica externa.
	Inversión Uterina	Alumbramiento manual Acretismo placentario Maniobra de Crede
RETENCIÓN DE TEJIDO	Placenta	Acretismo placentario, cirugía uterina previa
	Coágulos	
ALTERACIÓN DE LA COAGULACIÓN	Adquiridas	Preclamsia. Síndrome de Hellp- CID Embolia de líquido amniótico. Sepsis.
	Congénitas	Enfermedad de Von Willebrand. Hemofilia.

4.5.2 Atonía uterina

Es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de la hemorragia pos parto. Se sabe que el flujo sanguíneo uterino es de aproximadamente 600 ml/min al término del embarazo, por lo que si el miometrio no se contrae rápidamente puede ocurrir una pérdida hemática cuantiosa. La atonía/hipotonía uterina es la causa más frecuente de hemorragia pos parto y, a pesar de que puede ocurrir luego de cualquier parto, existen factores de riesgo como trabajo de parto prolongado, polihidramnios, retención de restos placentarios.

El cuadro clínico se caracteriza por que el tono uterino es muy débil y la pérdida hemática puede llevar a la paciente a cuadros de inestabilidad hemodinámica, anemia aguda y, en casos severos, a shock hipovolémico.

4.5.3 Traumas

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

Tipos de lesiones:

- a. Desgarro vulvares
- b. Desgarros vaginales
- c. Lesiones de cuello y cuerpo
- d. Desgarro perianales

A) Desgarro vulvar:

Los desgarros de la vulva con frecuencia la continuidad de los desgarros de la vagina y periné. Los desgarros que afectan a la zona del clítoris son particularmente sangrantes, pudiéndose producir hematomas.

B) Desgarro vaginal:

Los desgarros aislados que afectan el tercio medio o superior de la vagina pero que no se relacionan con desgarros del periné o del cuello del útero se observa con menor frecuencia. Estos generalmente son longitudinales y suelen depender de lesiones sufridas, durante un parto con por fórceps o al vacío, pero puede aparecer incluso en parto espontáneo. Estos desgarros suelen extenderse hasta planos profundos hacia los tejidos subyacentes, y pueden dar lugar a hemorragias importantes, que por lo general se controla por medio de la colocación apropiada de puntos de sutura.

Los desgarros de la pared vaginal anterior en estrecha proximidad a la uretra son relativamente frecuentes. A menudo son superficiales con poca hemorragia o ninguna, y por lo general, no está indicado repararlos. Si esos desgarros son lo suficientemente grandes como para que exijan reparación extensa, pueden anticiparse dificultades para orinar y se le coloca una sonda de permanencia.

C) Lesiones del cuello uterino:

El cuello del útero se desgarra en más de la mitad de los partos vaginales. Casi todos estos son de menos de 0.5cm. Los desgarros profundos del cuello uterino pueden extenderse hasta el tercio superior de la vagina. Sin embargo en raras circunstancias puede haber avulsión completa o parcial del cuello del útero, desde la vagina, en los fondos de saco anterior, posterior o lateral. Esas lesiones aparecen después de las rotaciones con fórceps difíciles o de partos efectuados a través de un cuello uterino no dilatado por completo. Rara vez los desgarros cervicouterinos pueden extenderse para afectar el segmento uterino inferior y la arteria uterina y sus principales ramas, incluso a través del peritoneo. Los desgarros del cuello uterino de hasta 2cm deben considerarse inevitables en el parto. Esos desgarros cicatrizan con rapidez y rara vez son la fuente de alguna dificultad. Al cicatrizar causan un cambio importante de la forma redonda del orificio

externo, desde circular antes del trabajo de parto hacia apreciablemente ensanchada después del parto (CHICA MENDOZA, 2012-2013).

4.5.4 Retención de tejido placentario y/o coágulos

Se define como retención de la placenta o de una parte de ella después del parto y se clasifica en:

- Retención total.- se hace evidente cuando transcurren treinta minutos después de la salida del producto y no sale la placenta
- Retención parcial.- es cuando existe la adherencia de uno o más cotiledones por ausencia o atrofia de la decidua

Lo que provoca una incorrecta involución uterina y, en consecuencia, una hemorragia, que, aunque pueda aparecer en las primeras 24 horas post-alumbramiento, es más frecuente que se desarrolle tardíamente

Las causas de retención placentaria suelen ser poco claras. Se han descrito una serie de factores relacionados con este proceso; así, la atonía uterina o una inadecuada contractilidad miometrial en el tercer período del parto pueden ser responsables de dicho proceso al no poner en marcha los mecanismos fisiológicos del alumbramiento normal. Antecedente de cesárea o legrado, miomatosis uterina, manejo inadecuado del alumbramiento, El espasmo del segmento uterino inferior, secundario habitualmente a maniobras intempestivas realizadas durante el período del alumbramiento (tracción del cordón, expresión uterina, exceso de oxitocina, etc.), conduciría en algunos casos a la retención placentaria. Por último, la existencia de algún grado de acretismo placentario es una causa conocida de retención de placenta y de hemorragia post-parto. El diagnóstico se realiza mediante la revisión de la placenta expulsada observando la falta de algún cotiledón. (CHIRIBOGA DORADO, 2012-2013).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora periodo Enero a Julio del 2014.

TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal.

POBLACION Y MUESTRA

La población la conformaron las pacientes adolescentes que ingresaron en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora desde Enero a Julio del 2014.

Muestra:

Fueron 65 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

1. Pacientes con edades comprendidas entre 14 a 19 años
2. Pacientes que presentaron complicaciones puerperales dentro de las 24 horas.

Criterios de exclusión

1. Pacientes menores de 14 y mayores de 19 años
2. Pacientes de parto eutócico que presentaron complicaciones puerperales pasadas las 24 horas

PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se solicitó la autorización al Gerente del Hospital Isidro Ayora Loja: Ing. Byron Guerrero Jaramillo, **anexo1**

Técnica:

Revisión de las historias clínicas y observación de las pacientes.

Recolección de los datos en un formulario **anexo 2** que comprende las siguientes partes:

Edad de las pacientes

Características ginecooestericas

Complicaciones puerperales inmediatas.

PLAN DE ANALISIS

Una vez levantada la información que se obtuvo de las historias clínicas, y para obtener los respectivos resultados se procedió a la tabulación mediante el programa de Microsoft office Excel y su análisis respectivamente, los resultados han sido presentados en tablas.

6. RESULTADOS

Tabla N° 1 Complicaciones puerperales inmediatas de parto eutócico en las pacientes adolescentes.

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hemorragia posparto	5	7,7%
Atonía uterina	9	13,8%
Hipotonía	1	1,5%
Desgarros	36	55,4%
Alumbramiento incompleto	14	21,5%
TOTAL	65	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaboración: Jéssica Karina Herrera Jaramillo

La principal complicación puerperal inmediata fueron los desgarros perineales con un 55,5%, seguido de alumbramiento incompleto en 21,5% y las demás complicaciones como atonía uterina, hemorragia posparto e hipotonía en un 23%.

Tabla N° 2 Incidencia de las complicaciones puerperales inmediatas de parto eutócico

NUMERO DE PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Partos vaginales en adolescentes sin complicaciones	103	61,3%
Partos vaginales en adolescentes con complicaciones	65	38,7%
TOTAL	168	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaboración: Jéssica Karina Herrera Jaramillo

La incidencia de complicaciones puerperales inmediatas de parto eutócico en las adolescentes fue de 38,7% que corresponde a 65 pacientes.

Tabla N° 3 Edad gestacional de las pacientes adolescentes que presentaron complicaciones

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
37 – 38 semanas	9	13,9%
38 – 39 semanas	40	61,5%
39 – 40 semanas	11	16,9%
Mayor a 40 semanas	5	7,7%
TOTAL	65	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaboración: Jéssica Karina Herrera Jaramillo

El 61,5% de las pacientes presentaron una edad gestacional entre 38 a 39 semanas de gestación.

Tabla N° 4 La paridad de las pacientes adolescentes que presentaron complicaciones

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primipara	56	86,2%
Secundipara	9	13,8%
Multipara	0	0%
TOTAL	65	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaboración: Jéssica Karina Herrera Jaramillo

Las adolescentes con complicaciones puerperales inmediatas fueron primíparas con un 86,2% que representa a 56 pacientes.

Tabla N° 5 Control prenatal en pacientes adolescentes que presentaron complicaciones.

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 5 controles	8	12,3%
>5 controles	57	87,7%
TOTAL	65	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaboración: Jéssica Karina Herrera Jaramillo

El 87,7% de las pacientes con complicaciones presentaron controles prenatales adecuados que representa a 57 pacientes.

Tabla N° 6 Trastorno hipertensivo en las pacientes adolescentes que presentaron complicaciones

TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertensión gestacional	2	3,1%
Preeclampsia leve	3	4,6%
Ninguna	60	92,3%
TOTAL	65	100

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaboración: Jéssica Karina Herrera Jaramillo

El 92,3% de las pacientes no presentaron algún tipo de trastorno hipertensivo en el embarazo, mientras que en menor porcentaje que corresponde al 7,7% presentaron hipertensión gestacional y preeclampsia leve.

Tabla N° 7 Anemia previa al parto en pacientes adolescentes que presentaron complicaciones

ANEMIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	22	33,9%
Moderada	7	10,8%
Ninguna	36	55,3%
TOTAL	65	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos

Elaboración: Jéssica Karina Herrera Jaramillo

El 55,3% no presentaron anemia previa al parto mientras que el 44,7% presentaron alguna forma de anemia.

7. DISCUSIÓN

En el presente estudio investigativo 65 pacientes adolescentes presentaron complicaciones puerperales inmediatas de 168 partos atendidos en el centro obstétrico del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja durante el periodo Enero a Julio del 2014. Respecto a las complicaciones que más frecuentemente se presentaron en este estudio se encontró lo siguiente: desgarros perineales con un 55,4%; seguido de alumbramiento incompleto con un 21,5%; también atonía uterina con un 13,9%; hemorragia posparto con un 7,7%; e hipotonía uterina el 1,5%. Este dato tiene relación en el estudio realizado en Latacunaga, 2013 donde la principal complicación fueron los desgarros perineales (65%); así mismo en el estudio realizado en Quito donde se evidencio que la principal complicación fueron los desgarros perineales en un (37,5%), seguido de alumbramiento incompleto (5%), hipotonía uterina (1,2%) aunque estos en menor proporción.

Con respecto a la incidencia de complicaciones puerperales se encontró en un 38,7% este dato se relaciona con un estudio realizado en el Hospital gineco-obstétrico Isidro Ayora, Quito, en enero-junio 2013 donde el 46% de las adolescentes presentaron patología puerperal. (Naula Lema, 2013).

De las adolescentes que se complicaron presentaron un embarazo a término comprendido entre 38 y 39 semanas de gestación en un 61,5%; además el 86,2% fueron primíparas y un 13,8% secundíparas; según controles prenatales el 87,7% se realizaron de manera óptima y el 12,3% menos de 5 controles; Estos datos tienen similitud en cuanto a edad gestacional, paridad y controles prenatales, en el estudio realizado en Quito por Naula Lema, 2013 reporta; el predominio de las pacientes presentaron un embarazo a término (70%), fueron primíparas (51%), y con controles prenatales adecuados (55,4%),

En cuanto a los antecedentes personales de las pacientes complicadas, presentaron preeclampsia leve con 4,6% e hipertensión gestacional con 3,1%

y el 44,7% tuvieron alguna forma de anemia. Este dato concuerda con un estudio realizado en el Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues 2008, respecto a trastornos hipertensivos en el embarazo, donde demuestra que la frecuencia es igualmente baja: el 4,55% tuvieron preeclampsia leve e hipertensión gestacional en 0,91%, en este estudio no existieron adolescentes con anemia (Quevedo López, 2008).

8. CONCLUSIONES

- Los desgarros perineales fueron la complicación puerperal inmediata más frecuente.
- La incidencia de las pacientes adolescentes con complicaciones puerperales inmediatas, fue menor presentándose en 65 puérperas.
- Más de la mitad de pacientes presentaron una edad gestacional entre 38 a 39 semanas; en mayor proporción fueron primigestas; con controles prenatales óptimos; los trastornos hipertensivos en el embarazo no tuvieron mayor significancia como factores asociados a complicaciones; mientras que la anemia estuvo presente en casi la mitad de las pacientes.

9. RECOMENDACIONES

- Realizar un buen control durante las dos primeras horas del puerperio inmediato para evitar complicaciones.
- Concientizar a la paciente sobre los factores de riesgo y las complicaciones que puede presentar al no ser atendidas en una unidad de salud.
- Detectar precozmente cualquier patología agregada durante el proceso del parto para dar un tratamiento oportuno y así evitar complicaciones puerperales.
- Se recomienda estudios en un universo con población más diversa, para estimar la prevalencia o influencia de las complicaciones en el puerperio inmediato además de los factores que están relacionados con su aparición a fin de encontrar las causas y así determinar las medidas necesarias con el fin de mejorar la calidad en el manejo de la paciente durante el puerperio inmediato
- Investigar otros factores de riesgo y si existen factores protectores para con las complicaciones en el puerperio inmediato.

10. BIBLIOGRAFÍA

Cóndor Gutiérrez, J. L. (s.f.). *El embarazo en adolescentes y la tasa de mortalidad materna*. Obtenido de monografias.com: <http://www.monografias.com/trabajos94/embarazo-adolescentes-y-tasa-mortalidad-materna/embarazo-adolescentes-y-tasa-mortalidad-materna.shtml>

Parada Baños, A. J., Becerra Cornejo, D. A., & Villacis Vallejos, C. E. (s.f.). EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

Ahued Ahued, R. J. (s.f.). Embarazo de alto riesgo. Adolescencia y embarazo. En *Ginecología y Obstetricia Aplicadas* (págs. 573-574).

AMAYA GUÍO, J. (s.f.). OBSTETRICIA INTEGRAL SIGLO XXI.

CABERO, L., SALDIVAR, D., & CABRILLO, E. (2010). OBSTETRICIA Y MEDICINA MATERNO FETAL.

CALZADA FLORES, A. (2014). GUIA DE EJERCICIOS PARA EL FORTALECIMIENTO ABDOMINO PELVICOS EN MUJERES POSPARTO.

CHICA MENDOZA, K. (2012-2013). FRECUENCIA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO Y POST CESÁREA EN PACIENTES DEL HOSPITAL “DR. RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DE LA CIUDAD DE MANTA DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013. MANTA.

CHIRIBOGA DORADO, A. (2012-2013). CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO QUE CONLLEVAN A PRESENTAR HEMORRAGIAS POST-PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE C. SOTOMAYOR E SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013. 16-17.

- DRA ÁGUILA SETIEN, S. I. (2012). LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMADAMENTE GRAVE, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna.
- Espitia de la Hoz, F., & Orozco, S. (Noviembre 2013). Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse .
- Graczyk, K. (Abril de 2007). *advocates for youth*. Obtenido de <http://www.advocatesforyouth.org/publications/publications-a-z/437-la-mortalidad-materna-en-adolescentes-una-crisis-ignorada>
- LOPEZ MONTERO, G. K., & NAULA ESPINOZA, L. I. (2013). CARACTERISTICAS DE LAS PACIENTES CON COMPLICACIONES EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA.
- López Quevedo, E. (2008). Complicaciones obstetricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del hospital Homero Castanier Crespo en el periodo enero diciembre 2008. 46-53.
- Naula Lema, D. E. (2013). FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO EN PATOLOGÍAS PUERPERALES FRECUENTES EN MADRES ADOLESCENTES VERSUS MADRES ADULTAS DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA, QUITO ECUADOR. ENERO-JUNIO 2013. 44-66.
- Pasán Garcés, S. F. (2010). FACTORES DE RIEGO DE PATOLOGIAS PUERPERALES. HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA, 2010. 63-75.
- Peña, E., & Matinez, M. (2010). *PRINCIPALES COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN UN HOSPITAL GENERAL CON SERVICIO DE OBSTETRICIA, DISTRITO NACIONAL 2005*. Republica Dominicana.

PERALTA M, O. (s.f.). *ASPECTOS CLINICOS DEL PUERPERIO*. Obtenido de Instituto Chileno de Medicina Reproductiva: http://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf

Quevedo López, E. (2008). *COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "HOERO CASTNIER CRESPO" EN EL PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2008*.

Ramos Bustan , V. R. (2008). *COMPLICACIONES EN PACIENTES CON PUERPERIO INMEDITO ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GIECOLOGIA DEL HOSPITAL PROVINCAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA . 48-59*.

Robayo Villafuerte, W. M. (2013). *COMPLICACIONES OBSTETRICAS DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GEERAL DE LATACUNGA , EN EL PERIODO MARZO-JUNIO DEL 2013. 40-51*.

Rodriguez Auino, V. J. (s.f.). *incidencia del embarazo en a adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesus de sepiembre 2012 a febrero del 2013*.

RUIZ PEREGRINA, F., & ÁLVAREZ NIETO, C. (2008). *APUNTES Y NOTAS DE ENFERMERIA MATERNO INFANTIL*. Obtenido de https://biblioceop.files.wordpress.com/2011/02/apuntes__puerperio.pdf

Sabadaú Gacía, J. (2005). *COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO INMEDIATO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE VERACRUZ. 6*.

11 ANEXOS

Anexo 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.02634CCM-ASH-UNL

PARA: Ing. Byron Guerrero Jaramillo
GERENTE DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

DE: Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 23 de noviembre 2015

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

*Don J. Paredes
Favor de transmitir
puedo recibir*

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aproveché la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la Srta. Jessica Karina Herrera Jaramillo, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso a la recolección de datos de las historias clínicas del área de Estadística; información que le servirá para la realización de la tesis: titulado "COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO EUTÓCICO EN PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA", trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la Dra. Maritza Castillo Vásquez, Catedrático de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Ruth Maldonado
Dra. Ruth Maldonado Rengel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Archivo
Sip

Autorizado
01/12/2015
Via Quijano
Dr. Manuel Monteros
HOSPITAL GENERAL
"ISIDRO AYORA"
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

HOSPITAL GENERAL
ISIDRO AYORA

RECIBIDO

Loja a, 24/11/2015 Hora 11:48

Firma: *D.B.*
SECRETARIA DE GERENCIA

DIRECCIÓN AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS
TELÉFONO: 257 1379 EXT. 17 TELEFAX: 2573480

ANEXO 2

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

*COMPLICACIONES PUERPERALES INMEDIATAS DE PARTO EUTÓCICO EN
PACIENTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA*

EDAD

14-15

16-17

18-19

EDAD GESTACIONA

37 – 38 semanas

38 – 39 semanas

39 – 40 semanas

Mayor a 40 semanas

PARIDAD

Primipara

Secundipara

Multipara

CONTROL PRENATAL

< 5 controles

>5 controles

Ningún control

TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

Hipertensión gestacional

Preeclampsia leve

Preeclampsia grave

Eclampsia

Hipertensión crónica más preeclampsia

Ninguna

ANEMIA

Leve	<input type="text"/>
Moderada	<input type="text"/>
Grave	<input type="text"/>
Ninguno	<input type="text"/>

COMPLICACIONES

Atonía uterina	<input type="text"/>
Hipotonía	<input type="text"/>
Alumbramiento incompleto	<input type="text"/>
Desgarros perineales	<input type="text"/>
Hemorragia posparto	<input type="text"/>

12. ÍNDICE

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORIA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
1.TITULO.....	1
2.RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
3.INTRODUCCIÓN.....	4
4.MARCO TEÓRICO.....	7
4.1PUERPERIO.....	7
4.2 ETAPAS DEL PUERPERIO.....	7
4.3 FISILOGIA Y CLÍNICA.....	8
4.3.1 PUERPERIO INMEDIATO.....	8
4.3.2 TEMBLORES POSPARTO.....	8
4.3.3 UTERO.....	8
4.3.4 CUELLO Y VAGINA.....	11
4.3.5 VIAS URINARIAS.....	11
4.4. FACTORES DE RIESGO.....	13
4.4.1 Control prenatal.....	13
4.4.2 Paridad.....	15
4.4.3 Anemia.....	15
4.4.4 Trastorno hipertensivo del embarazo.....	16
4.5 PUERPERIO INMEDIATO PATOLÓGICO.....	17
4.5.1 Hemorragia posparto.....	17
4.5.1.1 Etiopatogenia.....	18
4.5.2 Atonía Uterina.....	20
4.5.3 Traumas.....	20

4.5.4 Retención de tejido placentareo y/o coágulos.....	22
5 MAERIALES Y MÉTODOS.....	23
6. RESULTADOS.....	25
7. DISCUSIÓN.....	32
8. CONCLUSIONES.....	34
9. RECOMENDACIONES.....	35
10. BIBLIOGRAFIA.....	36
11. ANEXOS.....	39
12 INDICE.....	42