

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

"COMPLICACIONES INFECCIOSAS PUERPERALES EN MUJERES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA"

Tesis, previo a la obtención del título de Médico General

AUTORA:

Yanice Gianella Apolo Echeverría

DIRECTORA:

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

LOJA - ECUADOR

2016

Certificación

Loja, 06 de octubre del 2016

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha procedido a revisar detenidamente la tesis de grado titulada "COMPLICACIONES INFECCIOSAS PUERPERALES EN MUJERES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA".

Presentado por la Srta. Yanice Gianella Apolo Echeverría, por lo que apruebo su estructura y contenido, certificando su autenticidad y autorizo su presentación.

Atentamente:

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

DIRECTORA DE TESIS

iii

Autoría

Yo, YANICE GIANELLA APOLO ECHEVERRÍA declaro ser autora del presente trabajo

de tesis titulado "COMPLICACIONES INFECCIOSAS PUERPERALES EN

MUJERES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA" 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: Yanice Gianella Apolo Echeverría

Firma:

Cédula: 0706107612

Fecha: 06/10/2016

Carta de Autorización

Yo, YANICE GIANELLA APOLO ECHEVERRÍA, declaro ser autora de la tesis titulada "COMPLICACIONES INFECCIOSAS PUERPERALES EN MUJERES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA", como requisito para optar el grado de MÉDICO GENERAL, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que difunda por fines académicos, la producción intelectual del presente trabajo, 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 el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las que tenga convenio la universidad.

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

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 06 días del mes de octubre del 2016 firma el autor.

Autora: Yanice Gianella Apolo Echeverría

Firma:

Cédula: 0706107612

Correo: yani_gia@hotmail.com

Celular: 0986071972

Dirección: San Sebastián

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

Tribunal de grado:

Presidenta: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustan, Mg.Sc.

Tribunal: Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

• Tribunal: Dr. Ángel Vicente Ortega Gutierrez, Mg.Sc

Dedicatoria

El presente trabajo de tesis lo dedico de manera especial a mis padres, ya que con su apoyo incondicional me han permitido llegar a mi meta, con cada una de sus enseñanzas y dedicación, y por estar siempre conmigo en todos los buenos y malos momentos a lo largo de mi vida.

A mis hermanos que con sus infinitas demostraciones de cariño y afecto me impulsan a seguir adelante y hacen que cada día sea mejor para luchar por nuestros ideales.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por concederme la vida y la oportunidad de estar aquí en este momento.

A mi madre, por su apoyo incondicional, comprensión y confianza que me han acompañado durante toda mi trayectoria universitaria; a mi padre, que sin duda, sin él nada de esto hubiera sido posible, agradezco por toda su ayuda y consejos; son mi mayor tesoro.

A la Universidad Nacional de Loja y Hospital Teófilo Dávila por permitirme llevar a cabo mi trabajo de tesis y agradecer por la educación y enseñanzas brindadas por los docentes de ambas instituciones a lo largo de mi trayectoria universitaria al igual que durante mi año de internado rotativo, gracias por depositar en mí valores y responsabilidad.

A mis amigos y compañeros, por permitirme compartir grandes momentos, por brindarme su amistad y acompañarnos en nuestra gran y anhelada conquista.

Índice General

Portac	la	1
Certifi	icación del docente director	ii
Autor	ía	iii
Certificación del docente director ii Autoría. iii Carta de autorización. iv Dedicatoría. v Agradecimiento. vi Índice general. vii Índice de tablas y gráficos. x Título. 1 Resumen. 2 Summary. 3 Introducción. 4-5 Revisión de la literatura. 6 CAPÍTULO 1 PARTO. 6 1. I Vía de terminación de embarazo. 6 2. Definición y clasificación de puerperio. 6 CAPÍTULO 2 INFECCIÓN PUERPERAL. 7 2. Factores de riesgo de infección puerperal. 7 2.1. Locales. 7 2.2. Predisponentes. 7 2.3. Generales. 8 3. Etiología de la infección puerperal. 8 3.1. Cocos aerobios gram positivos. 8 3.2. Bacilos gram negativos. 8 3.3. Anaerobios. 8	iv	
	V	
	Índice	general
Índice	e de tablas y gráficos.	X
Título	······	iiivviviviix1234-5666
Resun	nen	2
Summ	nary	3
Introd	lucción	4-5
Revisi	ión de la literatura	6
1.	•	
2.	Definición y clasificación de puerperio.	6
D IEE	31 2 3 3	_
INFE(
1.		
2.		
2		
3.		
	3.4. Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum	
	3.5. Chlamydia trachomatis	8

4.	Patogenia de la infección puerperal	
	4.1. Diseminación de la infección puerperal	9
	4.1.1. Vía mucosa	9
	4.1.2. Vía linfática	9
	4.1.3. Vía hemática	9
	CAPÍTULO 3	
TIPOS	S DE INFECCION PUERPERAL	
1.	Dehiscencia e infección de herida perineal o abdominal	10
	1.1. Definición	10
	1.2. Epidemiología	10
	1.3. Factores predisponentes.	10
	1.4. Etiología	10
	1.5. Patogenia.	11
	1.6. Cuadro clínico	11
	1.7. Diagnóstico	11
2.	Mastitis Puerperal.	11
	2.1. Definición.	11
	2.2. Formas clínicas de mastitis puerperal.	11
	2.2.1. Ingurgitación mamaria	11
	2.2.2. Mastitis infecciosa.	12
	2.2.3. Absceso mamario	12
	2.3. Epidemiología	12
	2.4. Factores predisponentes.	12
	2.5. Etiología.	12
	2.6. Patogenia	12
	2.7. Cuadro clínico.	13
	2.8. Diagnóstico.	13
3.	Endometritis Puerperal	
	3.1. Definición.	13
	3.2. Epidemiología.	13
	3.3. Factores predisponentes.	13
	3.4. Etiología.	13
	3.5. Patogenia	13

	3.6. Cuadro clínico.	13
	3.7. Diagnóstico	14
4.	Tromboflebitis Pélvica Séptica	14
	4.1. Definición	14
	4.2. Epidemiología	15
	4.3. Factores predisponentes	15
	4.4. Etiología	15
	4.5. Patogenia.	15
	4.6. Cuadro clínico	16
	4.7.Diagnóstico.	16
5.	Metodología	17-18
6.	Resultados	19-23
7.	Discusión.	24-26
8.	Conclusiones.	27
9.	Recomendaciones	28
10.	Bibliografía	29-30
11.	Anexos	31-43
	Anexo 1: Formulario de recolección de datos	31-33
	Anexo 2: Autorización para proceso de recolección de datos	34
	Anexo 4: Certificación de traducción de resumen de tesis	35
	Anexo 3: Componente Normativo Materno Neonatal 2008:	
	Infección Puerperal	36-43
	Proyecto de tesis.	44

Índice de tablas y gráficos

No. de Tabla y Gráfico	Contenido	Página
1	Complicaciones infecciosas en el puerperio mediato postparto en pacientes atendidas en el Hospital Teófilo Dávila durante el año 2015.	19
2	Complicaciones infecciosas en el puerperio mediato postcesárea en pacientes atendidas en el Hospital Teófilo Dávila durante el año 2015.	20
3	Complicaciones infecciosas en el puerperio tardío postparto en pacientes atendidas en el Hospital Teófilo Dávila durante el año 2015.	21
4	Complicaciones infecciosas en el puerperio tardío postcesárea en pacientes atendidas en el Hospital Teófilo Dávila durante el año 2015.	22
5	Frecuencia de complicaciones infecciosas en el puerperio postparto y postcesárea en pacientes atendidas en el Hospital Teófilo Dávila durante el año 2015.	23

1. TÍTULO



"COMPLICACIONES INFECCIOSAS PUERPERALES EN MUJERES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA"



2. Resumen

Pese a los avances de la ciencia en la práctica obstétrica y del empleo de modernos y potentes antibióticos, la infección puerperal continúa siendo una de las principales causas de morbilidad de pacientes obstétricas. Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo. **Objetivos:** 1. Identificar las complicaciones infecciosas en el puerperio mediato postparto y postcesárea; 2. conocer las complicaciones infecciosas en el puerperio tardío postparto y postcesárea; 3. Señalar la frecuencia de las complicaciones infecciosas puerperales en el postparto y postcesárea. Emplazamiento y/o lugar de estudio: Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala. Participantes: 2400 historias clínicas de pacientes puérperas durante el año 2015. Muestra: 60 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión encontrándose en estado de puerperio patológico infeccioso cuyo parto fue vaginal o mediante cesárea. Materiales y métodos: Aplicación de "Formulario de recolección de datos" a las historias clínicas de pacientes en estudio. Resultados: Se obtuvieron las siguientes complicaciones infecciosas: mastitis puerperal 58%, infección de herida quirúrgica abdominal 33%, endometritis puerperal 8%. Conclusiones: La infección puerperal que predomina en el puerperio mediato postparto y postcesárea es la mastitis con ingurgitación mamaria; la infección puerperal que impera en el puerperio tardío postparto es la mastitis con predominio de mastitis infecciosa y en el puerperio tardío postcesárea prepondera la infección de herida quirúrgica abdominal acompañado de dehiscencia. La frecuencia de infección puerperal en el postparto vaginal es 47% y en el postcesárea es de 53%. Palabras clave: complicaciones infecciosas, puerperio, mastitis, endometritis.

Summary

Despite advances of the science into obstetric practice and the employment of modern and powerful antibiotics, puerperal infection continues to be one of the leading causes of morbidity in obstetrical patients. **Type of study:** descriptive, retrospective. **Objectives:** 1. To identify the infectious complications in the mediate puerperium postpartum and postcesarean; 2. To know infectious complications advanced puerperium postpartum and postcesarean; 3. To indicate the frequency of the puerperal infectious complications in the postpartum and postcesarean. Emplacement and / or place of study: Teofilo Davila Hospital from the town of Machala. Participants: 2400 from patients' medical records puerperal women during the year 2015. Sample: 60 patients that complied with the criteria for inclusion being found in state of an infectious pathological puerperium whose childbirth was vaginal or by Caesarean section. Materials and methods: Application of "Form of collection of data" to the medical records of patients in the study. **Results:** The following infectious complications were obtained: 58% puerperal mastitis, 33% abdominal surgical wound infection, 8% of puerperal endometritis. Conclusions: puerperal infection that predominates in the mediate puerperium postpartum and postcesarean is the mastitis with breast engorgement; the puerperal infection that prevails in the late puerperium postpartum is the mastitis with predominance of an infectious mastitis and in the advanced puerperium postcesarean preponderates the infection of the surgical abdominal wound accompanied by dehiscence. The frequency of puerperal infection in the vaginal postpartum is 47% and the postcesarean is of 53%. **Keywords**: infectious complications, puerperium, mastitis, endometritis.

3. Introducción

La cifra de mortalidad materna es considerada actualmente por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un indicador muy sensible del estado de salud de una población, así como de la voluntad integral en la lucha contra la misma; por lo tanto; el acceso a cuidados médicos profesionales durante el embarazo, parto y posparto, principalmente durante las complicaciones obstétricas, es considerado la piedra angular para prevenir la muerte materna en la propuesta de la OMS en el año 2014.

La OPS (Organización Panamericana de Salud) ha estimado que la mortalidad materna global reportada en el embarazo y el momento de parto en el año 2010 está entre 500.000 y 600.000 muertes anuales y el 80% de estas muertes son el resultado de patologías en el puerperio.

La OPS indica también que Ecuador es el segundo país de América Latina, superado por Chile, con el más alto índice de cesáreas, pues del total de partos anuales, más del 41% se da por vía quirúrgica y por ende no deja de ser un factor de riesgo de infección puerperal, ya que existen condiciones propicias para desarrollar el crecimiento bacteriano.

En la provincia de El Oro, durante el año 2013 se registra el 36.81% de nacimientos por parto vaginal y el 53.28% de nacimientos mediante cesárea y en la ciudad de Machala se registra el 35.98% de nacimientos mediante parto vaginal y el 55.16 % de nacimientos por cesárea según estadísticas del INEC 2013.

A nivel internacional, la infección puerperal presenta índices que oscilan entre el 3 y el 20%, con un promedio del 9%; mientras que a nivel nacional luego de una cesárea la complicación más común es la infección que oscila entre 19,7%, con un riesgo entre 5 a 10 veces mayor que en un parto vaginal (Naranjo, 2013).

En Ecuador, la sepsis puerperal ocupa el 4to lugar dentro de las principales causas de mortalidad materna por causas obstétricas directas según estadísticas del INEC 2013; sin embargo no existen estudios que identifiquen este problema de salud en la provincia de El Oro, por lo tanto se hace prioritario investigarlo.

La presente investigación nos ayudará a conocer la problemática de salud de la infección puerperal y sus diversas formas clínicas de presentación en mujeres puérperas hospitalizadas en el Área de Ginecología del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala.

Este estudio tiene como objetivo general determinar el tipo de complicaciones infecciosas puerperales postparto y postcesárea en mujeres del Hospital Teófilo Dávila; y como objetivos específicos: identificar las complicaciones infecciosas en el puerperio mediato postparto y postcesárea en mujeres del Hospital Teófilo Dávila; conocer las complicaciones infecciosas en el puerperio tardío postparto y postcesárea en mujeres del Hospital Teófilo Dávila y señalar la frecuencia de las complicaciones infecciosas puerperales en el postparto vaginal y postcesárea.

Se ha planteado un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo aplicado a todas las pacientes hospitalizadas en el Área de Ginecología del Hospital Teófilo Dávila, considerando los criterios de inclusión y exclusión y mediante un formulario de recolección de datos previamente elaborado, se recogió la información respectiva de las historias clínicas de las mujeres puérperas.

4. Revisión de la Literatura

CAPITULO 1

PARTO

1. Definición y clasificación de parto

Se define parto al conjunto de fenómenos activos y pasivos desencadenados al final de la gestación y que tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos. Se considera: parto inmaduro al nacimiento de un producto de 22 semanas a 27 semanas cumplidas de gestación; parto pretérmino al nacimiento de un producto de 28 semanas a 36 semanas cumplidas de gestación; parto a término al nacimiento de un producto de 37 semanas a 41 semanas cumplidas de gestación y parto postérmino al nacimiento de un producto de 42 semanas o más de gestación (MSP, 2008).

1.1. Vía de terminación de embarazo

Según la vía de obtención del recién nacido, el parto se clasifica en: parto natural o vaginal como aquel de comienzo espontáneo y sin recurrir a ningún tipo de medicación o intervención quirúrgica que comprende desde el comienzo de la labor de parto, hasta la finalización con el nacimiento de un producto en presentación cefálica por el canal vaginal; entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional; y en parto quirúrgico o cesárea a aquel en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más recién nacidos. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas maternas y fetales (Cunningham, 2006).

2. Definición y clasificación de puerperio

Se conoce como puerperio al período de la vida de la mujer que sigue al parto. Comienza después de la expulsión de la placenta y se extiende hasta la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Es una etapa de transición de duración variable, aproximadamente 6 a 8 semanas, en el que se inician y desarrollan los complejos procesos de la lactancia y de adaptación entre la madre, su hijo/a y su entorno (Cunningham, 2006).

Se considera como puerperio inmediato: hasta las primeras 24 horas; puerperio mediato: hasta los 10 días posparto y puerperio tardío: hasta los 45 días posparto (MSP, 2008).

CAPITULO 2

INFECCION PUERPERAL

1. Definición

La infección puerperal se define como la afectación inflamatoria séptica, localizada o generalizada, que se produce en el puerperio como consecuencia de las modificaciones y heridas que en el aparato genital ocasionan el embarazo y parto. Se considera que padece una infección toda puérpera que presenta una temperatura superior o igual a 38°C en al menos dos determinaciones separadas por un intervalo de 6 horas, excluyendo las primeras 24 horas postparto (MSP, 2008).

1. Factores de riesgo de infección puerperal

2.1. Locales

La isquemia y la regresión del útero postparto proporcionan productos de desintegración proteica, acidosis y un medio anaerobio favorable al desarrollo de gérmenes; la herida placentaria, las heridas del canal blando incluido episiotomía y posibles desgarros perineales junto con la hemorragia contribuyen a la contaminación bacteriana; la corioamnionitis, rotura prematura de membranas, monitorizaciones internas, partos prolongados y exámenes vaginales repetidos (Bajo, 2007).

2.2. Predisponentes

Se han descrito como posibles factores predisponentes; patologías como vaginosis bacteriana y las portadoras genitales de S. agalactiae, enterococos o enterobacterias; intervenciones obstétricas como: instrumentaciones, extracción manual de placenta o anestesia general, no se ha establecido que sean factores de riesgo de por sí. La incidencia de infecciones es mayor en las cesáreas, sobre todo en las urgentes o de recurso, más que en las electivas (Bajo, 2007).

2.3. Generales

Entre los factores generales se describen los siguientes: anemia, déficits nutricionales (hipovitaminosis, hipoproteinemia), obesidad, diabetes y bajo nivel socioeconómico que incluye malnutrición, escasa educación, cuidados sanitarios e higiene (Bajo, 2007).

3. Etiología de la infección puerperal

3.1. Cocos aerobios gram positivos

Streptococo ß-hemolítico que es poco frecuente, suele proceder de fuentes exógenas siendo sumamente invasivo y transmitible, produciendo infecciones graves; Streptococcus agalactiae que es el microorganismo endógeno que con más frecuencia se vuelve patógeno y produce endometritis postparto, desarrollándose sobre todo en las primeras 24 horas de un parto quirúrgico; Streptococo D y enterococos que son parte de la flora microbiana del tracto genital inferior de mujeres asintomáticas y S. aureus que puede producir un síndrome de shock séptico que se caracteriza por fiebre súbita, vómitos, diarrea e hipotensión, con o sin exantema escarlatiforme (Bajo, 2007).

3.2. Bacilos gram negativos

E. Coli principalmente, Klebsiella sp., Proteus sp que epresentan una tercera parte de los cultivos endocervicales de puérperas. Suelen dar infecciones polimicrobianas; Pseudomona aeruginosa que es rara y de origen exógeno; Gardnerella vaginalis que a veces se ha aislado sóla, pero puede tener una función sinérgica con los anaerobios (Bajo, 2007).

3.3. Anaerobios

Peptostreptococcus sp. Bacteroides sp. Clostridium sp. que son raros pero fulminantes. Tienen tendencia a infectar tejido necrótico decidual y suelen asociarse a loquios purulentos y malolientes (Bajo, 2007).

3.4. Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum

Se aíslan con frecuencia del tracto genital de mujeres grávidas. No suelen dar infecciones graves, asociándose con niveles bajos de anticuerpos (Bajo, 2007).

3.5. Chlamydia trachomatis

Es poco frecuente pero se asocia a prematuridad, rotura prematura de membranas y corioamnionitis, causando endometritis postparto tardías (Bajo, 2007).

4. Patogenia de la infección puerperal

Se evidencian fuentes de contagio exógenas o heteroinfección por medio de instrumentos, ropa o manos de personal sanitarios que es la más grave y fuentes de contagio endógenas o autoinfección por gérmenes habituales en vagina o, menos corrientemente, por un foco infeccioso. Suelen ser menos graves ya que el organismo está parcialmente inmunizado. La corioamnionitis puede considerarse una de estas variedades (Bajo, 2007).

4.1. Diseminación de la infección puerperal

4.1.1. Vía mucosa:

Se ocasiona por contigüidad. La forma más común es la endometritis puerperal que puede diseminarse a trompas, pelvis y peritoneo (Bajo, 2007).

4.1.2. Vía linfática:

A partir de heridas o desgarros donde el tejido conjuntivo queda al descubierto, los gérmenes penetran en profundidad e invaden los distintos espacios pelvianos ocasionando celulitis. Si la vía de entrada es el cérvix, lo más frecuente es la parametritis; si se trata del periné o la vagina será la paracolpitis y los abscesos de fosa isquiorrectal, y si se trata de la cavidad uterina puede extenderse también en el triángulo de Scarpa o en la región glútea siguiendo los vasos femorales o glúteos respectivamente (Bajo, 2007).

4.1.3. Vía hemática:

Algunos gérmenes especialmente afines (Streptococo y Staphylococo) invaden vasos venosos formando trombos debido a un mecanismo de defensa y estancamiento de sangre en el útero, dando lugar a trombosis de la vena ovárica o flegmasia alba dolens. Si los gérmenes pasan directamente al torrente circulatorio se produce una bacteriemia, y si ésto se mantiene, una septicemia, que puede ocasionar metástasis a distancia como abscesos subfrénicos, pulmonares, hepáticos, etc (Bajo, 2007).

CAPITULO 3

TIPOS DE INFECCION PUERPERAL

1. Dehiscencia e infección de herida perineal o abdominal

1.1. Definición

Se denomina dehiscencia a la abertura espontánea de una zona suturada de una herida quirúrgica, quedando de nuevo los bordes de dicha herida separados sin cumplirse el propósito de la sutura (Sanabria, 2012).

1.2. Epidemiología

La infección de la herida quirúrgica aparece en un 2-5% de todas las cesáreas. La infección de la episiotomía es una complicación poco frecuente, en torno al 1%, disminuyendo su incidencia debido al perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y la asepsia en el parto (García, 2012).

1.3. Factores predisponentes

Son factores predisponentes la cesárea urgente, tiempo quirúrgico prolongado, corioamnionitis, obesidad o malnutrición, anemia o alteraciones de coagulación e inmunosupresión. La dehiscencia de heridas varía mucho en función de cirujano, paciente y tipo de operación. Puede ser debido a una formación deficiente de la cicatriz (falta de colágeno), y al haber un aumento de presión puede provocar dicha abertura. En la mayoría de casos de dehiscencia, se encuentra que los puntos han desgarrado el tejido. Posiblemente el error más frecuente que condiciona una dehiscencia sea el tensionar demasiado los puntos que van a estrangular los bordes suturados comprometiendo la circulación en esta zona, asimismo los puntos flojos o mal anudados, demasiados puntos, toma de muy poco tejido o material de sutura inapropiado, son otras causas de dehiscencia (Cunningham, 2006).

1.4. Etiología

La infección de heridas abdominales o perineales e producen en su mayoría por agentes polimicrobianos; gérmenes de la flora cutánea (estafilococo) o contenidos en la

cavidad amniótica, procedentes del tracto genital inferior, siendo polimicrobianas en un 63%, anaerobias en un 30% y aerobias en un 7% (Bajo, 2007).

1.5. Cuadro clínico

Las manifestaciones de infección de herida operatoria aparecen generalmente entre el tercero y décimo días del postoperatorio, aunque con menos frecuencia pueden aparecer antes o después. El tejido celular subcutáneo es el más frecuentemente comprometido.

La manifestación más frecuente es la fiebre. Se observa dolor local, rubor, tumefacción y, al final, supuración, acompañada de malestar general e impotencia funcional para la marcha. A la palpación, tanto externa como vaginal, de una episiotomía infectada, se aprecia induración y finalmente, fluctuación. Un caso particular lo constituye la "Fascitis necrotizante", con edema que progresa con rapidez y se acompaña de necrosis y gangrena de piel y aponeurosis adyacente, y que precisa drenaje quirúrgico extenso (Bajo, 2007).

1.6. Diagnóstico

El diagnóstico es exclusivamente clínico mediante la inspección de la herida (MSP, 2008).

2. Mastitis Puerperal

2.1. Definición

Se define como una disbiosis de la flora bacteriana fisiológica de la mama, con un aumento notable y rápido de la concentración de los agentes causales de la enfermedad y la progresiva desaparición del resto de las bacterias fisiológicas de la leche (lactobacilos, lactacocos, enterococos, bifidobacterias, etc) mediante procesos de exclusión competitiva (Cunningham, 2006).

2.2. Formas clínicas de mastitis puerperal

2.2.1. Ingurgitación mamaria

Definida como la exageración bilateral de la ingurgitación linfática y venosa que se produce antes de dar de lactar, de aparecimiento rápido en el puerperio. No es el resultado de la sobredistensión de la mama por la leche. Clínicamente se observa mamas agrandadas y generalmente presenta afectación bilateral (Oliveira, 2010).

2.2.2. Mastitis infecciosa

Descrita como la infección purulenta de la mama en el puerperio, secundaría a ingurgitación mamaria y solución de continuidad. Generalmente aparece entre la 2ª y 3ª semana tras el parto, siendo más habitual en primíparas (Oliveira, 2010).

2.2.3. Absceso mamario

Es la colección purulenta rodeada por una membrana piógena que dará lugar a un absceso. Los abscesos pueden ser superficiales, intramamarios o retromamarios (Oliveira, 2010).

2.2. Epidemiología

Tiene una incidencia del 17 al 27% (García, 2012).

2.3. Factores predisponentes

Se describen la obstrucción de los conductos galactóforos, las grietas del pezón, el empleo de cremas en el pezón, el estrés y las mastitis previas (Naranjo, 2013).

2.4. Etiología

Principalmente la conforman gérmenes: Staphylococcus aureus (65-90%), comúnmente asociado a la formación de abcesos; Staphylococcus epidermidis, Streptococcus pyogenes, (10-15%) corinebacterias o enterobacterias como Escherichia coli o Klebsiella Pneumoniae (3%) (Bajo, 2007).

2.5. Patogenia

Se desarrolla cuando los gérmenes son trasportados por las manos y las ropas de la puérpera hasta las grietas o fisuras del pezón desde donde, por vía canalicular o linfática, alcanzan los alvéolos y el tejido intersticial. También se puede originar una mastitis de forma metastásica por vía hemática en el curso de una sepsis puerperal (Bajo, 2007).

2.6. Cuadro Clínico

Comienza con una induración dolorosa de la superficie de la mama, de extensión variable, con los cuatro signos característicos de la inflamación tisular (tumor, dolor, calor y enrojecimiento), generalmente de afectación unilateral. Suele aparecer fiebre de 39-40°C y escalofríos. A menudo se acompaña de afectación ganglionar axilar homolateral dolorosa. Si la infección progresa se formará un absceso. Si éste es superficial encontraremos una zona de fluctuación coincidente con el área de máximo enrojecimiento; si es profundo (retromamario o prefascial) los signos inflamatorios y la fluctuación aparecerán de forma más tardía (Bajo, 2007).

2.7. Diagnóstico

Es fundamentalmente clínico mediante la inspección de la mama, evidenciándose en algunas ocasiones leucocitosis con desviación a la izquierda y VSG elevada (MSP, 2008).

3. Endometritis Puerperal

3.1. Definición

Se define a la inflamación del revestimiento endometrial del útero, que además del endometrio, también puede implicar el miometrio y ocasionalmente los parametrios. Es la localización más frecuente de la infección puerperal y suele manifestarse hacia el 3° - 5° día del puerperio (Medina, 2011).

3.2. Factores de riesgo

Se han descrito el parto por cesárea, el número de exploraciones previas, tiempo de bolsa rota mayor de 6 horas, duración del parto de más de 8 horas, presencia de meconio, alumbramiento manual, diabetes, corioamnionitis, heridas y desgarro del canal de parto (Garcéz, 2010).

3.3. Epidemiología

Se estima que tiene una prevalencia del 1 a 3% en partos vaginales y del 5 al 20% en el parto por cesárea (García, 2012).

3.4. Etiología

Deriva en su mayoría de agentes polimicrobianos, con bacterias aerobias y anaerobias de la flora vaginal normal (Bajo, 2007).

3.5. Patogenia

Normalmente resulta del ascenso de gérmenes a través del tracto urogenital bajo (Bajo, 2007).

3.6. Cuadro clínico

Se caracteriza por fiebre, dolor en hipogastrio, útero subinvolucionado, blando y doloroso a la presión y a la movilización. El útero está aumentado de tamaño no sólo por una involución retrasada, sino porque además hay una retención de loquios. Estos loquios pueden ser achocolatados, seropurulentos, a veces con restos de membranas, y tienen un olor fétido característico. Si su expulsión se interrumpe, acumulándose en el interior del útero, puede dar lugar a dos cuadros diferentes: "loquiometra": en este caso los loquios no tienen una capacidad infectante, y la fiebre que se produce es por reabsorción de los mismos no es una endometritis y "piometra" en la que los loquios son altamente infectantes, con aspecto purulento y provocan endometritis puerperal. Una forma especial de endometritis puerperal que se generaliza rápidamente es la originada por la retención de restos placentarios (Bajo, 2007).

3.7. Diagnóstico

Es fundamentalmente clínico, observándose en ocasiones leucocitosis con desviación a la izquierda y en ocasiones se requiere ecografía para descartar la presencia de restos placentarios (MSP, 2008).

4. Tromboflebitis Pélvica Séptica

4.1. Definición

Se define a la presencia de trombos sépticos en las venas pélvicas (Valverde, 2012).

4.2. Epidemiología

Es una complicación puerperal poco frecuente que puede aparecer como complicación de un parto vaginal (1/2.000) o más comúnmente después de una endometritis postcesárea (1-2 %) (García, 2012).

4.3. Factores de riesgo

Los principales son cesárea de emergencia o posterior a un trabajo de parto prolongado, ruptura prematura o prolongada de membranas, parto difícil, anemia, desnutrición entre otros, mismos factores de riesgo para el desarrollo de la endometritis. La endometritis se ha identificado como una de los principales focos infecciosos a partir de donde se genera la tromboflebitis pélvica séptica. El embarazo o el posparto constituyen, en sí mismos, un factor de riesgo para el desarrollo de la trombosis venosa, ya que cumple con al menos dos de los tres mecanismos necesarios para desarrollar trombosis venosa descritos por el reconocido patólogo Rudolf Virchow en 1845. Entre dichos mecanismos tenemos: un estado de hipercoagulabilidad, estasis venosa y daño endotelial (Valverde, 2012).

4.4. Etiología

Destacan principalmente los estreptococos y anaerobios (Bajo, 2007).

4.5. Patogenia

Fisiopatológicamente se cree que existe daño en la íntima de las venas pélvicas causada por una propagación de la infección uterina, bacteremia, y endotoxinas, que también pueden ocurrir secundariamente a trauma o a cirugía pélvica. Se produce por la combinación de tres factores: hipercoagulabilidad, lesión vascular por infección o traumatismo y estasis venoso. La íntima lesionada da origen a una endoflebitis séptica lo que da inicio al proceso del trombo y posteriormente los microorganismos invaden el coágulo. La vena que se afecta con mayor frecuencia es la vena ovárica y de predominio la del lado derecho en un 90% de los caso. Se produce reflujo venoso retrógrado durante el posparto en la vena ovárica izquierda lo que la protege de la diseminación bacteriana procedente del útero. Posterior a la sepsis del trombo sobreviene supuración con licuefacción, fragmentación, y por ultimo embolización séptica. De las pacientes no tratadas del 30% al 40% tendrán émbolos pulmonares sépticos (Valverde, 2012).

4.6. Cuadro Clínico

Los síntomas pueden sobrevenir entre el segundo al tercer día posparto o, de manera tardía, hasta seis semanas después del parto. Aparecen signos de enfermedad grave tales como: fiebre alta y persistente en agujas con amplias variaciones entre los niveles normales y 41°C hasta en el 90% de los casos, escalofríos y taquicardia. La exploración pélvica puede ser normal, sin embargo en el 30% de los casos se palpan venas trombosadas hipersensibles y duras como cordones en los fondos de los sacos vaginales, en uno o en ambos parametrios. Incluso se pueden llegar a palpar las venas trombosadas a través del abdomen y haber dolor marcado en fosa iliaca derecha o izquierda dependiendo de la vena ovárica afectada. Pero el cuadro también puede presentarse como fiebre de origen desconocido, sin más sintomatología (Valverde, 2012).

4.7. Diagnóstico

Es fundamentalmente clínico. A nivel de laboratorio se puede encontrar leucocitosis con una marcada desviación a la izquierda (Valverde, 2012).

3. Metodología

Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo.

Universo

El universo lo conformarán aproximadamente 2400 mujeres puérperas que fueron ingresadas en el Área de Ginecología del Hospital Teófilo Dávila durante el año 2015.

Muestra

La muestra la conforman 60 pacientes que han desarrollado algún tipo de complicación infecciosa puerperal durante el año 2015.

Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión comprenden mujeres en estado de puerperio patológico infeccioso cuyo parto fue vaginal o mediante cesárea que se encuentren hospitalizadas o acudan por reingreso al Hospital Teófilo Dávila.

Criterios de Exclusión

Mujeres que hayan presentado complicaciones hemorrágicas durante el puerperio.

Mujeres cuyo embarazo culminó en óbito fetal.

Procedimiento y Técnicas

Previa a la ejecución del presente proyecto se presentó la respectiva solicitud al coordinador de docencia del Hospital Teófilo Dávila, Dr. Juan Diego Sarango quien con su autorización permitirá el acceso al área de Estadística para la recolección de los datos en base al "Formulario de Recolección de Datos" (Anexo 1) de autoría de las investigadoras previamente diseñado el cual recogió los datos de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de complicación infecciosa puerperal.

Es necesario precisar que el diagnóstico de cada una de las complicaciones infecciosas puerperales es fundamentalmente clínico, es por ello que durante el proceso de recolección de datos el hallazgo de biometrías hemáticas alteradas no serán consideradas como parámetros de diagnóstico que justifiquen la presencia de infección, debido a que se considera leucocitosis fisiológica postparto valores de hasta 30.000 K/uL, por lo tanto, los datos recolectados serán exclusivamente clínicos.

Las fuentes de información secundaria revisadas serán la historia clínica, INEC, Componente Normativo Materno Neonatal MSP 2008, Fundamentos de Obstetricia (SEGO), Biblioteca Virtual en Salud.

El producto de este proyecto será entregado al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila y a la biblioteca del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja con la certeza de que servirá como base para futuros estudios que permitan contribuir a la instauración de estrategias que permitan prevenir la instalación de complicaciones infecciosas puerperales.

Se preservará la confidencialidad de las identidades de las usuarias partícipes del estudio.

Análisis de datos

Los datos obtenidos serán incorporados a la base de datos EPIINFO y EXCEL para posteriormente ser presentados en tablas de datos y gráficos de barras para facilitar su comprensión y análisis.

4. Resultados

Tabla N° 1

Objetivo N° 1: Identificar las complicaciones infecciosas en el puerperio mediato postparto y postcesárea en mujeres del Hospital Teófilo Dávila.

COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN EL PUERPERIO MEDIATO POSTPARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2015		
Forma de presentación clínica	Número	Porcentaje
Ingurgitación mamaria	15	92%
Endometritis Puerperal	3	8%
TOTAL	18	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos **Autor:** Yanice Gianella Apolo Echeverría

COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN EL
PUERPERIO MEDIATO POSTPARTO EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2015

Endometritis
8%

Ingurgitación mamaria
92%

Endometritis

Gráfico Nº 1

Fuente: Formulario de recolección de datos **Autor:** Yanice Gianella Apolo Echeverría

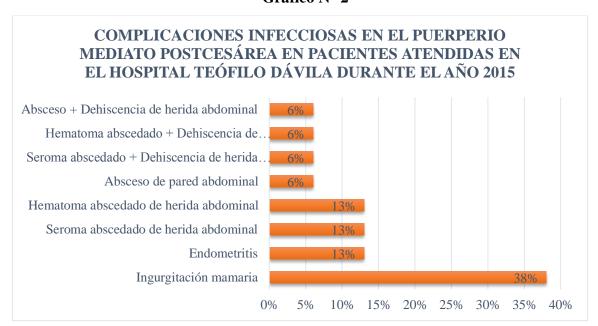
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: Las mujeres en puerperio mediato postparto presentan en su mayoría ingurgitación mamaria que representa el 92% (n=15) y en segundo y último lugar endometritis puerperal que equivale a 8% (n=3).

Tabla N° 2

COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN EL PUERPERIO MEDIATO POSTCESÁREA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2015		
Forma de presentación clínica	Número	Porcentaje
Ingurgitación mamaria	6	38%
Endometritis	2	13%
Seroma abscedado de herida abdominal	2	13%
Hematoma abscedado de herida abdominal	2	13%
Absceso de pared abdominal	1	6%
Seroma abscedado + Dehiscencia de herida abdominal	1	6%
Hematoma abscedado + Dehiscencia de herida abdominal	1	6%
Absceso + Dehiscencia de herida abdominal	1	6%
TOTAL	16	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos **Autor:** Yanice Gianella Apolo Echeverría

Gráfico Nº 2



Fuente: Formulario de recolección de datos **Autor:** Yanice Gianella Apolo Echeverría

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: Las mujeres en puerperio mediato postcesárea presentan en su mayoría ingurgitación mamaria que representa el 38% (n=6) y el segundo lugar lo ocupan las endometritis, seromas y hematomas abscedados de herida abdominal representando el 13% (n=2).

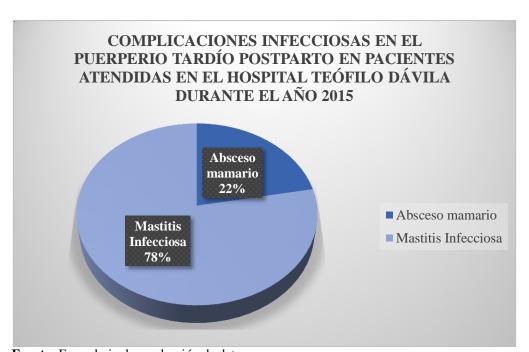
Tabla N° 3

Objetivo N° 2: Conocer las complicaciones infecciosas en el puerperio tardío postparto y postcesárea en mujeres del Hospital Teófilo Dávila.

COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN EL PUERPERIO TARDÍO POSTPARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2015		
Forma de presentación clínica	Número	Porcentaje
Absceso mamario	2	22%
Mastitis Infecciosa	7	78%

Fuente: Formulario de recolección de datos **Autor:** Yanice Gianella Apolo Echeverría

Gráfico N°3



Fuente: Formulario de recolección de datos **Autor:** Yanice Gianella Apolo Echeverría

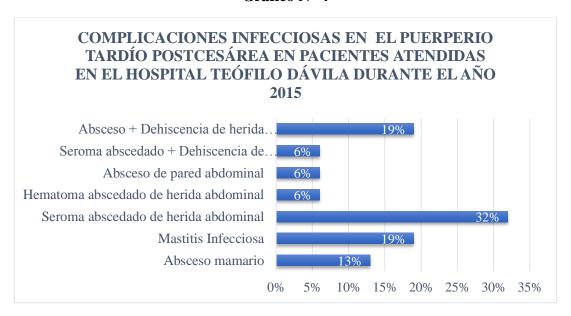
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: Las mujeres en el puerperio tardío postparto presentan en primer lugar mastitis infecciosa que constituye el 78% (n=7) y en mínimo porcentaje absceso mamario que representa el 22% (n=2).

Tabla N° 4

COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN EL PUERPERIO TARDÍO POSTCESÁREA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2015		
Forma clínica de presentación	Número	Porcentaje
Absceso mamario	2	12%
Mastitis Infecciosa	3	18%
Seroma abscedado de herida abdominal	5	29%
Hematoma abscedado de herida abdominal	1	6%
Absceso de pared abdominal	2	12%
Seroma abscedado + Dehiscencia de herida abdominal	1	6%
Absceso + Dehiscencia de herida abdominal	3	18%
TOTAL	17	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos **Autor:** Yanice Gianella Apolo Echeverría

Gráfico Nº 4



Fuente: Formulario de recolección de datos **Autor:** Yanice Gianella Apolo Echeverría

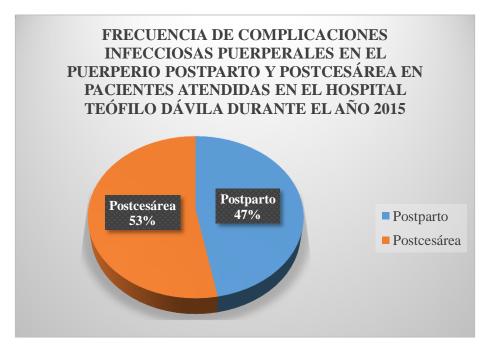
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: Las mujeres en puerperio tardío postcesárea presentan en primer lugar seroma abscedado de herida abdominal que representa el 29% (n=5), seguido de absceso + dehiscencia de herida abdominal y mastitis infecciosa que constituyen el 18% (n=3).

Tabla N° 5

Objetivo N° 3: Señalar la frecuencia de las complicaciones infecciosas puerperales en el puerperio postparto y postcesárea.

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN EL PUERPERIO POSTPARTO Y POSTCESÁREA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL AÑO 2015			
Puerperio	Número	Porcentaje	
Postparto	28	47%	
Postcesárea	32	53%	
TOTAL	60	100%	

Fuente: Formulario de recolección de datos **Autor:** Yanice Gianella Apolo Echeverría



Fuente: Formulario de recolección de datos **Autor:** Yanice Gianella Apolo Echeverría

INTERPRETACIÓN DE DATOS: Las infecciones puerperales en su mayoría se presentan durante el puerperio por cesárea constituyendo el 53% (n=32) a diferencia del puerperio postparto con el 47% (n=28).

5. Discusión

La OMS, al igual que distintos organismos internacionales en el campo de la salud, ha mostrado en las últimas décadas un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y en la disminución de la mortalidad materna. De acuerdo a las condiciones antropométricas, fisiológicas, comorbilidades y complicaciones existentes, una mujer con embarazo a término puede ser sometida a parto vaginal o parto por cesárea, según lo amerite el caso. Dentro de estas dos vías, existen factores de riesgo que precipitan el desarrollo de infecciones puerperales; entre dichos factores de riesgo podemos destacar desnutrición, obesidad, enfermedades crónicas debilitantes, pobreza, infecciones de vías urinarias, infecciones cervicovaginales, ruptura prematura de membranas de más de 6 horas, etc (López, 2011).

El riesgo de infección al que se ven expuestas las mujeres que se someten a una cesárea es entre 5 y 20 veces mayor del que tienen las que se someten a parto vaginal; esto se debe principalmente a la presencia de bacterias en un tejido desvitalizado por las suturas, lo que acelera su difusión al miometrio y el parametrio y también porque la incisión uterina expone a la invasión bacteriana directa los vasos venosos y linfáticos del miometrio (Calderón, 2013).

En la presente investigacion en la que intervinieron 2400 pacientes se ha logrado determinar que la incidencia de infeccion puerperal es de 2.5%, correspondiendo el 1.3% a complicaciones infecciosas desarrolladas luego de la cesárea y el 1.2% respectivamente durante el postparto. Este dato coincide con autores de otros estudios que se describen a continuación:

En un estudio realizado en el Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina" en Cuba en el periodo 2010-2011 en el que intervinieron 5645 pacientes, se estableció que la incidencia de infeccion puerperal es de 3.05%.

De la misma manera, en un estudio realizado por Guimaraes y colaboradores en una maternidad publica en Brasil durante el año 2011 en el que intervinieron 5031 pacientes, se midió la incidencia de infección puerperal la cual fue de 2.92%.

El presente proyecto de investigación ha tenido como objetivo determinar el tipo de complicaciones infecciosas puerperales en pacientes del Hospital Teófilo Dávila durante el año 2015, estudio en el cual se encontraron 60 pacientes puérperas con infección puerperal de las cuales 34 se encontraban en puerperio mediato representando el 57%, y 26 respectivamente en puerperio tardío que constituye el 43%: La presente investigación ha dado los siguientes resultados: 35 pacientes presentaron mastitis puerperal lo que representa el 58%, 20 pacientes tuvieron infección de herida quirúrgica abdominal que constituye el 33% de las cuales 8 pacientes presentaron dehiscencia de herida, representando el 10% y 5 pacientes presentaron endometritis puerperal representando el 8%. La principal complicación durante el puerperio mediato postparto y postcesárea es la mastitis con ingurgitación mamaria representando el 92% y 38% respectivamente; durante el puerperio tardío postparto la complicación infecciosa que predomina es la mastitis infecciosa que representa el 78% mientras que en el puerperio tardío postcesárea destaca la infección de herida quirúrgica abdominal con predominio de seroma abscedado presente en el 29% de los casos. No se encontraron casos de infección y dehiscencia de herida perineal al igual que no se evidenciaron casos de tromboflebitis pélvica séptica. Finalmente se ha determinado además que la infección puerperal tiene una frecuencia mayor durante el puerperio postcesárea representando el 53%, a diferencia del puerperio postparto con una frecuencia de 47%.

Si comparamos nuestros hallazgos investigativos con estudios similares basados en infección puerperal, podemos evidenciar lo siguiente:

A nivel internacional, en un estudio realizado por Dra. Zulma Elizabeth Sanabria en el Hospital Docente Ginecobstétrico "Dr. Julio R. Alfonso Medina", Cuba en el año 2011, los resultados obtenidos fueron los siguientes: las principales complicaciones halladas fueron la mastitis aguda (19,2%) y endometritis puerperal (15,7%). Estos hallazgos concuerdan con nuestros resultados obtenidos en donde las complicaciones infecciosas que encabezan nuestra lista se encuentran la mastitis puerperal con el 58% y la endometritis con el 8%.

A nivel latinoamericano, en un estudio realizado por, Tânia Couto Machado Chianca y Adriana Cristina de Oliveira en una maternidad pública en Brasil en el año 2010 se determinó que las infecciones puerperales tienen mayor prevalencia durante el puerperio postcesárea con el 57% a diferencia del postparto vaginal con un 43%. Estos datos

coinciden con nuestros hallazgos, en donde las complicaciones infecciosas tuvieron una mayor incidencia durante el puerperio postcesárea y representaron el 53% mientras que en el puerperio postparto constituyeron el 47%.

A nivel regional, durante un estudio realizado en El hospital Gineco-Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor en el año 2013 por María Fernanda Araujo, se concluyó que el tipo más frecuente de infección durante el puerperio quirúrgico es el hematoma abscedado de pared abdominal con el 47%, dato que discrepa de nuestros resultados; en donde se determina que la forma clínica de presentación más frecuente de la infección de herida abdominal es el seroma abscedado que representa el 45%, encontrándose en segundo lugar el hematoma abscedado en el 7% de los casos.

Con lo expuesto anteriormente podemos decir que tanto a nivel mundial, latinoamericano, a nivel de Ecuador y regional, podemos apreciar que la infección puerperal continúa siendo un problema de salud, y si bien su incidencia no es considerablemente elevada, se podría prevenir totalmente y evitar complicaciones en la salud materna.

6. Conclusiones

- La principal complicación infecciosa en el puerperio mediato postparto y postcesárea es la mastitis con ingurgitación mamaria; siendo de mayor prevalencia en el postparto.
- La complicación infecciosa que impera en el puerperio tardío postparto es la mastitis con predominio de las mastitis infecciosas. En el puerperio tardío postcesárea prepondera la infección de herida quirúrgica abdominal acompañado de dehiscencia.
- La frecuencia de infección puerperal es mayor durante el puerperio postcesárea.

7. Recomendaciones

- Se sugiere evitar en lo posible la realización de tactos vaginales repetitivos e innecesarios que puedan constituir un factor de riesgo para la instauración de infecciones puerperales.
- Se recomienda mantener las correctas técnicas de asepsia y antisepsia en pacientes sometidas a cesárea que eviten la instalación de infección de herida abdominal.
- Se propone orientar a todas las madres puérperas a llevar el aseo y cuidados adecuados durante su estancia hospitalaria y en su hogar.

8. Bibliografía:

- Bajo Arenas, J. M., Melchor Marcos, J. C., & Mercé, L. T. (Ed.). (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid, España: Editorial ENE.
- Bezares, B., Sanz, O., & Jiménez, I. (2009). Patología puerperal. *Scielo*, 39 (1), 169-176.
- Calderón León, M. F., Calle Morillo, L. V., Hidalgo Acosta, J. A., & Parodi de Zurita, R. P. (2011). Infeccion puerperal postcesárea vs postparto. *Medicina*, *17* (4), 238-243.
- Consejo Nacional de Salud. (2007). *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Recuperado de http://www.salud.gob.ec/
- Cunningham, G. F., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2006). *Williams Obstetricia*. Mexico, México D.F.: McGraw-Hill.
- Durán Rodríguez, F. J. (2010). Valoración ecográfica de la patología uterina. *EuroEco*, 1 (4),74-78.
- Garcéz, S. F. (2010). Factores de riesgo de patologías puerperales en el Hospital José María Velasco Ibarra 2010 (tesis de grado). Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- García López, P. J., & Rorayma Jiménez, C. (2011). Incidencia de Infeccion Puerperal. *Dominicana*, 72 (1), 1-7.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). *Anuario de Estadísticas Vitales:**Nacimientos y Defunciones 2013. Recuperado de http://www.http://www.ecuadorencifras.gob.ec/
- Machado Chianca, T. C., & Oliveira, A. C. (2007). Infeccion puerperal del punto de vista de la atencion humanizada al parto. *Enfermagem*, *15* (4), 9-15.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Infeccion y fiebre puerperal*. Recuperado de http://www.msp.gob.ec/
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud*. Recuperado de http://www.salud.gob.ec/

- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Recuperado de http://www.msp.gob.ec/
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud*. Recuperado de http://www.msp.gob.ec/
- Mora Valverde, J. A. (2012). Tromboflebitis Pélvica Séptica. Scielo, 601 (10), 149-152.
- Naranjo, C. M. (2013). Factores predisponentes de la infeccion puerperal postcesárea en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor de Septiembre 2012 a Febrero 2013 (tesis de postgrado) Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- Sanabria Fromherz, Z. E., & Fernández Arenas, C. (2011). Comportamiento patológico del puerperio. *Ginecología y Obstetricia*, *37* (3), 330-340.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir* 2013-2017. Recuperado de http://www.buenvivir.gob.ec/

9. Anexos



ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA AREA DE LA SALUD HUMANA FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

- 1. TEMA: Complicaciones infecciosas puerperales en mujeres del Hospital Teófilo Dávila.
- **2. OBJETIVO:** Determinar el tipo de complicaciones infecciosas postparto y postcesárea en mujeres del Hospital Teófilo Dávila.
- 3. DATOS GENERALES:

Número de Historia clínica:	
Edad de la madre:	
Tipo de parto:	
Tiempo postparto:	
Temperatura:	
Valor de leucocitos:	

4. LISTA DE CHEQUEO:

PARTO			
Natural	Sí	No	
Quirúrgico	Sí	No	

INFECCIÓN DE HERIDA PERINEAL O ABDOMINAL				
Herida excepcionalmente sensible, dolorosa, endurecida.	Sí	No		
Eritema y edema más allá del borde de la incisión.	Sí	No		
Seroma abscedado	Sí	No		
Hematoma abscedado	Sí	No		
Absceso	Sí	No		
Deshiscencia de herida perineal o abdominal	Sí	No		

MASTITIS PUERPERAL			
INGURGITACIÓN			
MAMARIA: Dolor y sensibilidad en las mamas, mamas agrandadas, afectación bilateral.	Sí No		
MASTITIS INFECCIOSA: Dolor y sensibilidad de las mamas, área enrojecida cuneifirme en la mama, mama dura, ingurgitada, generalmente de afectación unilateral.	Sí No		
ABCESO MAMARIO: Masa palpable y delimitada, dolor intenso, eritema marcado y supuración purulenta.	Sí No		

ENDOMETRITIS PUERPERAL			
Útero sensible con dolor intenso a la palpación binamual, más subinvolución uterina y acompañado de loquios purulentos y/o de mal olor.	Sí	No	

TROMBOFLEBITIS PÉLVICA SÉPTICA			
Dolor marcado en fosa			
iliaca derecha o			
izquierda más venas			
palpables			
trombosadas,	Sí No		
hipersensibles y duras	51		
en los fondos de sacos			
vaginales, en uno o en			
ambos parametrios.			

ANEXO 2



Coordinación Zonal Salud 7 Hospital General Teófilo Dávila / Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ7-HTD-GDI-2016-0188-M

Machala, 27 de julio de 2016

PARA: Srta. Ing. Nelis Isabel Hurtado León

Analista Responsable de Admisiones (E)

ASUNTO: AUTORIZAR OBTENER DATOS DE HISTORIAS CLÍNICAS

De mi consideración:

En atencion al oficio SN suscrito por los Sres: Sergio Jhair Cerro Olaya y Yanice Gianella Apolo Echeverria Internos Rotativos de medicina del HGTD, donde se solicita autorizacion para llevar a cabo el proceso de recoleccion de datos a partir de historias clinicas del archivo central con el objeto de desarrollara los temas de tesis titulados INDICACION DE CESAREA Y SU RELACION CON EL PARTOGRAMA Y COMPLICACIONE INFECCIOSAS PUERPERALES POSPARTO Y POSTCESAREA EN MUJERES DEL HOSPITAL TEOFILO DAVILA respectivamente. Luego del analisis correspondiente se considera pertinente que los trabajos de investigacion esten avalados por la Universidad correspondiente por lo cual deberan presentar en la Coordinacion de Docencia e Investigacion el preproyecto aprobado por el centro educativo donde conste: tema, objetivos y metodologia de la investigacion. Con el compromiso por parte de los interesados de hacerlo en esta semana se decide dar visto bueno a su solicitud. Por tal razon de la manera mas comedida solicito se brinde las facilidades necesarias para que los mencionados Internos puedan accder a las historias clinicas y obtener los datos que requieren para el desrrollo de su trabajo de investigacion

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Juan Diego Sarango Jaramillo
SPECIALISTA
NEFROLOGIA
RP 1104335128

Med. Juan Diego Sarango Jaramillo. INH: 16 - 08 - 00045 COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACION (E)



ANEXO 3

English Speak Up Center

Nosotros "English Speak Up Center"

CERTIFICAMOS que

La traducción de los documentos adjuntos solicitada por YANICE GIANELLA APOLO ECHEVERIA con cedula de ciudadanía N° 0706107612 ha sido realizada por el Centro Particular de Enseñanza de Idiomas "English Speak Up Center".

Esta es una traducción textual de los documentos adjuntos, y el traductor es competente para realizar traducciones.

Loja, 27 de septiembre de 2016

Etrabeth Sinhu de Vélez

Lic. Elizabeth Sánchez Burneo

DIRECTORA ACADÉMICA

ANEXO 4

COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL MSP 2008 INFECCION PUERPERAL

DEFINICIONES:

PUERPERIO: Período de tiempo que comprende desde el nacimiento hasta las 6 semanas posparto considerado como: **inmediato**: hasta las primeras 24 horas; **mediato**: hasta los 10 días posparto y **tardío**: hasta los 45 días posparto.

INFECCION PUERPERAL: Proceso séptico de origen obstétrico que se manifiesta clínicamente en el período puerperal por dos picos febriles mayores a 38° C, separados al menos por 6 horas en los primeros 10 días del puerperio y no antes de 24 horas después del nacimiento. Potencialmente grave es una de las causas principales de muerte materna por ocasionar abscesos, peritonitis, trombosis de venas profundas o embolia pulmonar que lleva al shock séptico.

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

DEHISCENCIA E INFECCION DE HERIDA ABDOMINAL O PERINEAL:Proceso febril, inflamatorio e infeccioso que afecta a la cicatriz de la episiotomía o cicatriz de cesárea. Puede tratarse de colección exudativa (SEROMA), sanguínea (HEMATOMA) o purulenta (ABSCESO).

ENDOMETRITIS PUERPERAL: Cuadro febril por infección del útero después del nacimiento caracterizada por útero muy sensible y loquios de mal olor. La infección puede favorecerse si existe cesárea, retención de restos placentarios o instrumentaciones.

MASTITIS PUERPERAL

DIAGNÓSTICO DE MASTITIS PUERPERAL SEGÚN HISTORIA CLÍNICA PERINATAL

ANAMNESIS:

Considerar uno o más factores de riesgo:

Ausencia de control preconcepcional y prenatal.

Anemia o estado nutricional deficitario.

Lesiones irritativas, grietas, fisuras del pezón y/o aréola.

Infección respiratoria neonatal.

EXAMEN FÍSICO:

Fiebre mayor a 38° C Postparto o Postcesárea.

Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito.

Escalofríos.

Taquicardia.

INGURGITACION MAMARIA: Dolor y sensibilidad de las mamas; 3–5 días después del parto, mamas agrandadas, duras, afectación bilateral.

MASTITIS: Dolor y sensibilidad de las mamas, área enrojecida, cuneiforme en la mama, mama dura, ingurgitada, generalmente de afectación unilateral.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Biometría hemática: leucocitosis con desviación a la izquierda.

VIH (con consentimiento informado). OMS, UNICEF y ONU-SIDA recomiendan que se desaconseje a las mujeres VIH-positivas la lactancia materna, se instruya sobre otras opciones de lactancia y que se apoye su decisión, así como la de incluir ayuda para prevenir la mastitis y las afecciones relacionadas y asistencia apropiada si ocurre cualquiera de ellas.

PROTOCOLO DE MANEJO DE MASTITIS PUERPERAL		NIVEL	
	I	II	III
Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
Determine el número de horas o días de puerperio.			
Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca,	X	X	X
frecuencia respiratoria y temperatura.			
Evaluación obstétrica para diagnóstico diferencial que incluya: heridas	X	X	X
perineales: DEHISCENCIA E INFECCION DE EPISIOTOMÍA; heridas			
abdominales: SEROMA O ABCESO DE PARED ABDOMINAL; altura			
de fondo de útero y sangrado genital: ENDOMETRITIS PUERPERAL.			
Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio:	X	X	X
Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh,			
VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO, ecografía.			
Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal	X	X	X
o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, cretinina,			
glucosa, electrolitos, urocultivo, según condición clínica.			
Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir.	X	X	X
Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de	X	X	X
los familiares.			
Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X

DEHISCENCIA E INFECCION DE HERIDA PERINEAL O ABDOMINAL

DIAGNOSTICO DE INFECCION DE HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

ANAMNESIS:

Considerar uno o más factores de riesgo:

Ausencia de control preconcepcional y prenatal.

Parto (5%)- Cesárea (15%).

Anemia o estado nutricional deficitario.

RPM y/o Corioamnionitis actual o previa.

Trabajo de parto prolongado.

Múltiples tactos vaginales.

Parto traumático.

Parto domiciliario no limpio.

Retención de restos placentarios, extracción manual de placenta, compresión bimanual de útero.

EXAMEN FÍSICO:

FIEBRE MAYOR A 38° C POST PARTO O POST CESÁREA.

Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito.

Escalofríos.

Taquicardia.

Deshidratación variable.

INFECCION DE LAS HERIDAS PERINEALES O ABDOMINALES:

Herida excepcionalmente sensible, dolorosa, endurecida con secreción serosa, sanguinolenta o purulenta.

Eritema y edema más allá del borde de la incisión.

DESCARTE SIGNOS DE SHOCK SEPTICO:

Pulso rápido y débil (110 por minuto o más)

Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg).

Además se incluyen: Palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal

sudoración o piel fría y húmeda, respiración rápida de 30 o más por minuto, ansiedad, confusión o inconsciencia.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Biometría hemática: leucocitosis con desviación a la izquierda.

TP-TTP-Plaquetas, Tipificación, Rh, pruebas cruzadas.

Prueba de coagulación junto a la cama.

PROTOCOLO DE MANEJO DE INFECCION DE LAS HERIDAS		NIVEL	
PERINEALES Y ABDOMINALES	Ι	II	III
Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal. Determine el número de horas o días de puerperio.	X	X	X
Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.	X	X	X
Evaluación obstétrica para diagnóstico diferencial que incluya: examen de mamas: MASTITIS; altura de fondo de útero y sangrado genital: ENDOMETRITIS PUERPERAL.	X	X	X
Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO, ecografía.	X	X	X
Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, cretinina, glucosa, electrolitos, urocultivo, según condición clínica.	X	X	X
Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir.	X	X	X
Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de los familiares.	X	X	X
Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X

ENDOMETRITIS PUERPERAL

DIAGNOSTICO DE ENDOMETRITIS PUERPERAL SEGÚN HISTORIA CLINICA PERINATAL

ANAMNESIS:

Considerar uno o más factores de riesgo:

Ausencia de control preconcepcional y prenatal.

Parto (5%)- Cesárea (15%).

Anemia o estado nutricional deficitario.

RPM y/o Corioamnionitis actual o previa.

Trabajo de parto prolongado.

Múltiples tactos vaginales.

Parto traumático.

Parto domiciliario no limpio.

Retención de restos placentarios, extracción manual de placenta, compresión

bimanual de útero.

Historia de IVU recurrentes.

EXAMEN FÍSICO:

FIEBRE MAYOR A 38° C POST PARTO O POST CESÁREA

Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito.

Escalofríos.

Taquicardia.

Deshidratación variable.

ENDOMETRITIS:

Fiebre/ escalofríos.

Útero sensible con dolor intensoa la palpación.

Subinvolución uterina.

Loquios purulentos y/o de mal olor.

DESCARTE SIGNOS DE SHOCK SEPTICO:

Pulso rápido y débil (110 por minuto o más)

Presión arterial baja (sistólica menor de 90 mm Hg).

Además se incluyen: Palidez en conjuntivas, palma de las manos y peri bucal, sudoración o piel fría y húmeda, respiración rápida de 30 o más por minuto, ansiedad, confusión o inconsciencia, oliguria de menos de 30 ml por hora.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Biometría hemática: leucocitosis con desviación a la izquierda.

TP - TTP - Plaquetas

Tipificación, Rh, pruebas cruzadas.

Prueba de coagulación junto a la cama

Coloración gram y fresco o cultivo de loquios: no justifica porque la endometritis es polimicrobiana: estreptococos, anaerobios, e. Coli, bacteroides, clostridium, estafilococo aureus, etc.

Emo + urocultivo.

Ecografía: útero sub involucionado, retención de restos placentarios, absceso pélvico.

PROTOCOLO DE MANEJO DE ENDOMETRITIS PUERPERAL		NIVEL	
	I	II	III
Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.	X	X	X
Determine el número de horas o días de puerperio.			
Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardiaca,	X	X	X
frecuencia respiratoria y temperatura.			
Evaluación obstétrica para diagnóstico diferencial que incluya: examen	X	X	X
de mamas: MASTITIS; heridas perineales: DEHISCENCIA E			
INFECCION DE EPISIOTOMÍA y heridas abdominales: SEROMA O			
ABCESO DE PARED ABDOMINAL.			
Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio:	X	X	X
Biometría hemática, TP TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh,			
VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO, ecografía.			

Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal	X	X	X
o necesiten ser actualizados, ampliando el pedido a: urea, creatinina,			
glucosa, electrolitos, urocultivo, según condición clínica.			
Tranquilice a la paciente e informe sobre los pasos a seguir.	X	X	X
Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de	X	X	X
los familiares.			
Brinde apoyo emocional continuo.	X	X	X



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

MEDICINA HUMANA

PROYECTO DE TESIS

TEMA:

"COMPLICACIONES INFECCIOSAS
PUERPERALES EN MUJERES DEL HOSPITAL
TEÓFILO DÁVILA"

ALUMNA: Yanice Apolo Echeverría

LOJA – ECUADOR 2016

PROBLEMÁTICA

Pese a los avances de la ciencia en la práctica obstétrica y del empleo de modernos y potentes antibióticos, la infección puerperal continúa siendo una de las principales causas de morbilidad de pacientes obstétricas. Siendo estas infecciones más frecuentes en la paciente cuya terminación del embarazo es mediante la cesárea, en relación a las que concluyen en parto normal dado que la intervención quirúrgica para la extracción fetal a pesar de ser una técnica que salva las vidas de madres e hijos, no deja de ser un riesgo que aumenta la incidencia de las infecciones puerperales, ya que existen condiciones propicias para desarrollar el crecimiento bacteriano Garcéz, 2010, p.11).

La Organización Panamericana de Salud ha estimado que la mortalidad materna global reportada en el embarazo y el momento de parto en el año 2010 está entre 500.000 y 600.000 muertes anuales y el 80% de estas muertes son el resultado de patologías en el puerperio (Garcéz, 2010, p.11).

A nivel internacional, la infección puerperal presenta índices que oscilan entre el 3 y el 20%, con un promedio del 9%; mientras que a nivel nacional luego de una cesárea la complicación más común es la infección que oscila entre 19,7%, con un riesgo entre 5 a 10 veces mayor que en un parto vaginal (Naranjo, 2013, p.16).

Durante un estudio realizado en la Maternidad Nacer Ciudadano en Goiânia, estado de Goiás, Brasil 2007. se determinó que las mujeres sometidas a cesárea presentaron un riesgo 4,4 veces mayor de contraer infección, en comparación con el parto vaginal.

Un estudio realizado en el Hospital Maternidad nuestra señora de Alta Gracia en República Dominicana durante el periodo Marzo-Junio 2010 se determinó que existe una mayor frecuencia de presentación de casos de infección puerperal luego de una cesárea en el 60%, difiriendo del parto por vía vaginal con el 30%.

La OPS indica también, que Ecuador es el segundo país de América Latina, superado por Chile, con el más alto índice de cesáreas, pues del total de partos anuales, más del 41% se da por vía quirúrgica (Naranjo, 2013, p.16).

"Estadísticamente en Ecuador, la infección puerperal aporta con el 5.2% de la carga de muerte materna" (Naranjo, 2013, p.14).

Durante un estudio realizado en el hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor", en Guayaquil 2012 se atendieron 4.989 partos por cesáreas y 3.338 partos vaginales y se presentaron 30 casos de infección puerperal de los cuales 25 casos fueron durante la poscesárea y 5 casos durante el posparto vaginal.

En la provincia de El Oro, durante el año 2013 se registra el 36.81% de nacimientos por parto vaginal y el 53.28% de nacimientos mediante cesárea según estadísticas del INEC 2013.

En la ciudad de Machala, según estadísticas del INEC 2013, se registra el 35.98% de nacimientos mediante parto vaginal y el 55.16 % de nacimientos por cesárea.

En la provincia de El Oro no existen datos estadísticos en cuanto a la relación entre el tipo de parto y el origen de las complicaciones infecciosas puerperales; por lo tanto, es necesario que mediante la realización del presente estudio se plantee responder la siguiente interrogante: ¿Qué tipo de complicaciones infecciosas postparto y postcesárea presentan las mujeres en el Hospital Teófilo Dávila?; estudio que se llevará a cabo durante el periodo que comprende el año 2015. La obtención de datos se realizará mediante un Formulario de Recolección de Datos aplicado a las Historias Clínicas de mujeres puérperas en el Hospital Teófilo Dávila, institución de Segundo Nivel del Sector 7 perteneciente a la Región Sur del Ecuador, que cuenta con servicio de Ginecología y Obstetricia, donde existe una tasa anual de 2500 partos; con aproximadamente 200 partos mensuales de los cuales 90 nacimientos son mediante a cesárea (Estadística del Servicio de Ginecología del Hospital Teófilo Dávila 2015).

JUSTIFICACION

La cifra de mortalidad materna es considerada actualmente por la Organización Mundial de la Salud como un indicador muy sensible del estado de salud de una población, así como de la voluntad integral en la lucha contra la misma; por lo tanto; el acceso a cuidados médicos profesionales durante el embarazo, parto y posparto, principalmente durante las complicaciones obstétricas, es considerado la piedra angular para prevenir la muerte materna en la propuesta de la OMS en el año 2014.

En Ecuador, la sepsis puerperal ocupa el 4to lugar dentro de las principales causas de mortalidad materna por causas obstétricas directas según estadísticas del INEC 2013; dato que resulta preocupante cuando se tiene el conocimiento de que muchas de las muertes maternas por infecciones puerperales serían prevenibles si se cumpliera con lo establecido en los lineamientos que permiten la prevención, el diagnóstico temprano y manejo oportuno de la infección puerperal, evitando la muerte materna. Evitar su instalación se consigue controlando los factores desencadenantes, como por ejemplo los tactos vaginales numerosos, las técnicas invasivas como la episiotomía y las cesáreas, así como también la correcta aplicación de técnicas de asepsia. Implica además el buen uso de la profilaxis antibiótica y un conocimiento profundo de las formas de presentación de esta entidad.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2014, establece que se ha generado gran preocupación porque la operación cesárea se realiza frecuentemente por otras razones diferentes a la necesidad médica; por ejemplo, por el beneficio económico que dan al hospital, o porque una cesárea rápida es más conveniente para un obstetra que un largo parto vaginal.

Por lo tanto; y considerando a la investigación como uno de los mecanismos fundamentales para el progreso de la sociedad; el presente proyecto surge de la necesidad de conocer la situación actual en cuanto a la presentación de las complicaciones infecciosas en mujeres puérperas postparto y postcesárea puesto que no existen registros estadísticos que lo revelen.

El presente proyecto se considera viable y factible para su ejecución, pues no genera costos excesivos y los resultados obtenidos servirán como fuente de información para la comunidad médica y la población en general para promover la prevención de complicaciones infecciosas puerperales, contribuyendo así a la disminución de la tasa de mortalidad materna.

OBJETIVOS

• OBJETIVO GENERAL:

Determinar el tipo de complicaciones infecciosas puerperales postparto y postcesárea en mujeres del Hospital Teófilo Dávila.

• OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1. Identificar las complicaciones infecciosas en el puerperio mediato postparto y postcesárea en mujeres del Hospital Teófilo Dávila.
- **2.** Conocer las complicaciones infecciosas en el puerperio tardío postparto y postcesárea en mujeres del Hospital Teófilo Dávila.
- **3.** Señalar la frecuencia de las complicaciones infecciosas puerperales en el postparto vaginal y postcesárea.

ESQUEMA DE MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

PARTO
12. Definición y clasificación.
1.2 Vía de terminación de embarazo.
13. Definición y clasificación de puerperio.
CAPÍTULO 2
INFECCIÓN PUERPERAL
4. Definición
5. Factores de riesgo de infección puerperal
2.1. Locales
2.2. Predisponentes
2.3. Generales
3. Etiología de la infección puerperal
3.6. Cocos aerobios gram positivos
3.7. Bacilos gram negativos
3.8. Anaerobios
3.9. Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum
3.10. Chlamydia trachomatis
4. Patogenia de la infección puerperal
4.1. Diseminación de la infección puerperal
4.1.1. Vía mucosa
4.1.2. Vía linfática
4.1.3. Vía hemática
CAPÍTULO 3
TIPOS DE INFECCION PUERPERAL
2. Dehiscencia e infección de herida perineal o abdominal
1.8. Definición
1.9. Epidemiología
1.10. Factores predisponentes
1.11. Etiología

1.12. Patogenia

- 1.13. Cuadro clínico
- 1.14. Diagnóstico
- 2. Mastitis Puerperal
 - 13.1. Definición
 - 13.2. Formas clínicas de mastitis puerperal
 - 13.2.1. Ingurgitación mamaria
 - 13.2.2. Mastitis infecciosa
 - 13.2.3. Absceso mamario
 - 13.3. Epidemiología
 - 13.4. Factores predisponentes
 - 13.5. Etiología
 - 13.6. Patogenia
 - 13.7. Cuadro clínico
 - 13.8. Diagnóstico
- 14. Endometritis Puerperal
 - 14.1. Definición
 - 14.2. Epidemiología
 - 14.3. Factores predisponentes
 - 14.4. Etiología
 - 14.5. Patogenia
 - 14.6. Cuadro clínico
 - 14.7. Diagnóstico
- 15. Tromboflebitis Pélvica Séptica
 - 15.1. Definición
 - 15.2. Epidemiología
 - 15.3. Factores predisponentes
 - 15.4. Etiología
 - 15.5. Patogenia
 - 15.6. Cuadro clínico
 - 15.7. Diagnóstico

METODOLOGÍA:

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo, descriptivo, retrospectivo.

UNIVERSO

El universo lo conformarán aproximadamente 2400 mujeres puérperas que fueron ingresadas en el Hospital Teófilo Dávila durante el año 2015.

MUESTRA

La muestra incluye a mujeres puérperas hospitalizadas que hayan desarrollado alguna complicación infecciosa puerperal.

CRITERIOS DE INCLUSION

Los criterios de inclusión comprenden mujeres en estado de puerperio patológico infeccioso cuyo parto fue vaginal o mediante cesárea que se encuentren hospitalizadas o acudan por reingreso al Hospital Teófilo Dávila.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Mujeres que hayan presentado complicaciones hemorrágicas durante el puerperio.

Mujeres cuyo embarazo culminó en óbito fetal.

PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS

Previa a la ejecución del presente proyecto se presentará la respectiva solicitud al coordinador de docencia del Hospital Teófilo Dávila, Dr. Juan Diego Sarango quien con su autorización permitirá el acceso al área de Estadística para la recolección de los datos en base al formulario de recolección de datos previamente diseñado mediante la revisión de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de complicación infecciosa puerperal. Es necesario precisar que el diagnóstico de cada una de las complicaciones infecciosas puerperales es fundamentalmente clínico, es por ello que durante el proceso de recolección de datos el hallazgo de biometrías hemáticas alteradas no serán consideradas como parámetros de diagnóstico que justifiquen la presencia de infección, debido a que se considera leucocitosis fisiológica postparto valores de hasta 30.000 K/uL, por lo tanto, los datos recolectados serán exclusivamente clínicos y los hallazgos de las biometrías hemáticas serán con fines informativos.

Las fuentes de información secundaria revisadas serán la historia clínica, INEC, Componente Normativo Materno Neonatal MSP 2008, Fundamentos de Obstetricia (SEGO), Biblioteca Virtual en Salud.

El producto de este proyecto será entregado al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila y a la biblioteca del Área de la Salud Humana de la Universidad

Nacional de Loja con la certeza de que servirá como base para futuros estudios que permitan contribuir a la instauración de estrategias que permitan prevenir la instalación de complicaciones infecciosas puerperales, y por ende evitar la muerte materna.

El posible riesgo que se manifieste en el trascurso del presente proyecto es la denegación del acceso al área de Estadística del hospital para la revisión de las historias clínicas; sin embargo; se aspira que mediante la respectiva gestión se obtenga sin dificultad el permiso necesario para el acceso.

Se preservará la confidencialidad de las identidades de las usuarias partícipes del estudio.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos serán incorporados a la base de datos EPIINFO y EXCEL para posteriormente ser presentados en tablas de datos y gráficos de barras para facilitar su comprensión y análisis.

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION

Variables	Dimensiones	Indicadores/Definiciones	Escalas/Medidas
Definición		operacionales	
Conceptual			
_			
Parto			
Proceso mediante el	Natural	Vaginal	N°
cual la mujer expulsa el			
feto y la placenta al			
final de la gestación.			
Este proceso puede ser	Quirúrgico	Cesárea	N°
por parto natural o	Quirurgico	Cesarea	
vaginal o a través de			
una incisión quirúrgica			
abdominal o cesárea.			
	1. Dehiscencia e		Herida excepcionalmente sensible, dolorosa, endurecida que puede ser seroma, hematoma o
Complianción	Infección de Herida	Clínica	absceso.
Complicación infecciosa puerperal	Perineal o Abdominal	Clinica	Eritema y edema más allá del borde de la incisión.
Se define como la			ana dei borde de la nicision.
afectación inflamatoria			Temperatura mayor a 38°C.
séptica, localizada o			Escalofrío
generalizada, que se			Escalonio
produce en el puerperio	Tromboflebitis pélvica		Dolor marcado en fosa
como consecuencia de	séptica	Clínica	iliaca derecha o izquierda.
las modificaciones y			Venas palpables
heridas que en el			trombosadas, hipersensibles
aparato genital			y duras en los fondos de
ocasionan el embarazo			

y parto.			sacos vaginales, en uno o en ambos parametrios. Temperatura mayor a 38°
	3. Mastitis Puerperal	Clínica	INGURGITACIÓN MAMARIA: Dolor y sensibilidad en las mamas, mamas agrandadas, afectación bilateral. MASTITIS INFECCIOSA: Dolor y sensibilidad de las mamas, área enrojecida cuneifirme en la mama, mama dura, ingurgitada, generalmente de afectación unilateral.
			ABCESO MAMARIO: Masa palpable y delimitada, dolor intenso, eritema marcado y supuración purulenta.

4. Endometritis puerperal	Clínica	Temperatura mayor a 38° C. Escalofrío Útero sensible con dolor intensoa la palpación. Subinvolución uterina. Loquios purulentos y/o de
		mal olor.

PRESUPUESTO

RECURSOS DIRECTOS

Personales	\$ 50
Transporte	\$ 20
Material para recolección de datos	\$ 20
TOTAL	\$ 85

RECURSOS INDIRECTOS

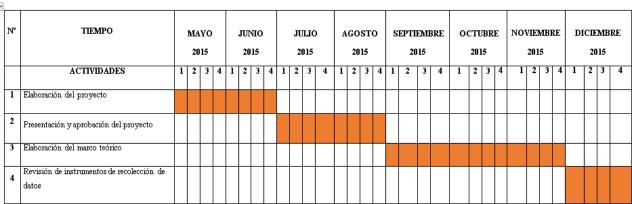
Insumos de escritorio	\$ 10
Material para presentación de proyecto	\$ 50
TOTAL	\$ 60

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado \$ 160

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2015 - 2016

(PARTE 1)



Fuente: "Complicaciones infecciosas puerperales en mujeres del Hospital Teófilo Dávila" Autor: Yanice Gianella Apolo Echeverna

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2015 - 2016

(PARTE 2)

N°	ТІЕМРО	ENERO 2016						FEBRERO MARZO)	ABRIL 2016				JUNIO 2016				JULIO 2016				A)ST 16	0	SEPTIEMBRE 2016					
	ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5	Recolección de datos																																
6	Elaboración y presentación de la información																																
7	Análisis e interpretación de datos																																
8	Conclusiones y recomendaciones																																
9	Elaboración de documento de tesis																																
10	Presentación documento borrador de tesis																																
11	Sustentación de trabajo de tesis sesión reservada																																

Fuente: "Complicaciones infecciosas puerperales en mujeres del Hospital Teófilo Dávila"

Autor: Yanice Gianella Apolo Echeverría



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA AREA DE LA SALUD HUMANA

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

- 5. TEMA: Complicaciones infecciosas puerperales en mujeres del Hospital Teófilo Dávila.
- **6. OBJETIVO:** Determinar el tipo de complicaciones infecciosas postparto y postcesárea en mujeres del Hospital Teófilo Dávila.
- 7. DATOS GENERALES:

Número de Historia clínica:	
Edad de la madre:	
Tipo de parto:	
Tiempo postparto:	
Temperatura:	
Valor de leucocitos:	

8. LISTA DE CHEQUEO:

PARTO						
Natural	Sí	No				
Quirúrgico	Sí	No				

INFECCIÓN DE HERIDA PERINEAL	O ABDOMINA	AL
Herida excepcionalmente sensible, dolorosa, endurecida.	Sí	No
Eritema y edema más allá del borde de la incisión.	Sí	No
Seroma abscedado	Sí	No
Hematoma abscedado	Sí	No
Absceso	Sí	No
Deshiscencia de herida perineal o abdominal	Sí	No

MASTITIS PUER	PERAL
INGURGITACIÓN MAMARIA: Dolor y sensibilidad en las mamas, mamas agrandadas, afectación bilateral.	Sí No
MASTITIS INFECCIOSA: Dolor y sensibilidad de las mamas, área enrojecida cuneifirme en la mama, mama dura, ingurgitada, generalmente de afectación unilateral.	Sí No
ABCESO MAMARIO: Masa palpable y delimitada, dolor intenso, eritema marcado y supuración purulenta.	Sí No

ENDOMETRITIS PUERPERAL					
Útero sensible con dolor intenso a la palpación binamual, más subinvolución uterina y acompañado de loquios purulentos y/o de mal olor.	Sí	No			

TROMBOFLEBITIS PÉLVICA SÉPTICA							
Dolor marcado en fosa							
iliaca derecha o							
izquierda más venas							
palpables							
trombosadas,	Sí No						
hipersensibles y duras	31						
en los fondos de sacos							
vaginales, en uno o en							
ambos parametrios.							

BIBLIOGRAFÍA:

- Garcéz, S. F. (2010). Factores de riesgo de patologías puerperales en el Hospital José María Velasco Ibarra 2010 (tesis de grado). Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- Naranjo, C. M. (2013). Factores predisponentes de la infeccion puerperal postcesárea en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor de Septiembre 2012 a Febrero 2013 (tesis de postgrado) Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Infeccion y fiebre puerperal*. Recuperado de http://www.msp.gob.ec/
- Calderón León, M. F., Calle Morillo, L. V., Hidalgo Acosta, J. A., & Parodi de Zurita, R. P. (2011). Infeccion puerperal postcesárea vs postparto. *Medicina*, *17* (4), 238-243.
- Machado Chianca, T. C., & Oliveira, A. C. (2007). Infeccion puerperal del punto de vista de la atencion humanizada al parto. *Enfermagem*, *15* (4), 9-15.
- García López, P. J., & Rorayma Jiménez, C. (2011). Incidencia de Infeccion Puerperal. *Dominicana*, 72 (1), 1-7.
- Sanabria Fromherz, Z. E., & Fernández Arenas, C. (2011). Comportamiento patológico del puerperio. *Ginecología y Obstetricia*, *37* (3), 330-340.
- Bezares, B., Sanz, O., & Jiménez, I. (2009). Patología puerperal. Scielo, 39 (1), 169-176.
- Mora Valverde, J. A. (2012). Tromboflebitis Pélvica Séptica. Scielo, 601 (10), 149-152.
- Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir* 2013-2017. Recuperado de http://www.buenvivir.gob.ec/
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud*. Recuperado de http://www.salud.gob.ec/
- Consejo Nacional de Salud. (2007). *Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Recuperado de http://www.salud.gob.ec/

- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Recuperado de http://www.msp.gob.ec/
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud*. Recuperado de http://www.msp.gob.ec/
- Bajo Arenas, J. M., Melchor Marcos, J. C., & Mercé, L. T. (Ed.). (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid, España: Editorial ENE.
- Cunningham, G. F., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2006). *Williams Obstetricia*. Mexico, México D.F.: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). *Anuario de Estadísticas Vitales:**Nacimientos y Defunciones 2013. Recuperado de http://www.

 http://www.ecuadorencifras.gob.ec/
- Durán Rodríguez, F. J. (2010). Valoración ecográfica de la patología uterina. *EuroEco*, *1* (4),74-78.