

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

TEMA:

COMPLICACIONES FRECUENTES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO
VAGINAL EN EL HOSPITAL BÁSICO DE CATACocha DE LA PROVINCIA
DE LOJA EN EL AÑO 2013

AUTOR:

Edwin Iván Benítez Marisaca.

DIRECTOR:

Dr. Edwin Jaramillo

TESIS PREVIA LA
OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO
GENERAL

1959
Loja-Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN DEL DOCENTE DIRECTOR

Dr. Edwin Jaramillo

DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

DIRECTOR DE TESIS:

CERTIFICO:

Que el trabajo de investigación titulado **“COMPLICACIONES FRECUENTES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL BÁSICO DE CATACocha DE LA PROVINCIA DE LOJA EN EL AÑO 2013”** elaborado por el estudiante Edwin Iván Benítez Marisaca, egresado de la Carrera de Medicina, ha sido desarrollado, corregido y orientado bajo mi estricta dirección, y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, disertación y defensa.

Loja, 15 de Octubre del 2013

Dr. Edwin Jaramillo
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Edwin Iván Benítez Marisaca, egresado de la Facultad de Medicina, perteneciente al Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, declaro bajo juramento que el presente trabajo de grado "**COMPLICACIONES FRECUENTES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL BÁSICO DE CATACOCCHA DE LA PROVINCIA DE LOJA EN EL AÑO 2013**", es de autoría propia y no ha sido previamente presentado para ningún grado y calificación profesional, además he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento, como tal será protegido por las leyes establecidas por el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establecen en los artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la ley de propiedad intelectual.

Por lo tanto la falta de permisos correspondientes o su mal uso serán penalizados por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.



EDWIN IVÁN BENITEZ MARISACA

C.I: 1104838865

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Edwin Iván Benítez Marisaca, declaro ser autor de la tesis titulada **COMPLICACIONES FRECUENTES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL BÁSICO DE CATACocha DE LA PROVINCIA DE LOJA EN EL AÑO 2013** como requisito para adoptar el grado de Médico 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 el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tengan convenio la Universidad.

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a Los quince días del mes de octubre del dos mil trece, firma del autor.

Firma



Autor: Edwin Iván Benítez Marisaca

Cédula: 1104838865

Dirección: Av. Salvador Bustamante Celi

Teléfono: 2711181

E-mail: edivan_yo@hotmail.com

DEDICATORIA

La presente tesis dedico de manera muy especial a mi **madre María Rosaura Marisaca y mi hermano Michael Benítez** quienes han sabido apoyarme durante toda mi carrera y han sabido entenderme a pesar de todas las adversidad que se presentan.

A mi padre y abuelos aunque no estén físicamente pero espiritualmente me han acompañado durante toda la vida, guiándome a través del buen camino y sobre todo protegiéndome de las cosas negativas.

A mis Abuelas y demás familiares, por creer en mí y darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Edwin Iván Benítez M.

AGRADECIMIENTO

Para poder realizar esta tesis de la mejor manera posible fue necesario del apoyo de muchas personas a las cuales quiero agradecer, ya que un trabajo como el que aquí se presenta, siempre es el resultado sinérgico de esfuerzos individuales.

A Dios, por permitirme llegar hasta este punto de mi carrera, por darme fuerzas para superar mis obstáculos y dificultades a lo largo de esta etapa de mi vida.

A mi madre Maria, por ayudarme incondicionalmente durante toda mi carrera, por ser la persona que me ha impulsado y me ha inculcado la responsabilidad desde pequeño.

A mi hermano Michael, por ser una persona que me ha enseñado que todo en la vida tiene solución, y ser como un amigo que me ayudado a corregir cosas en la vida.

A mis compañeros y amigos, que han sido parte de mi formación y enseñarme a como ser un ser humano de excelencia.

Debo agradecer de manera especial y sincera al **DR. Edwin Jaramillo** por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección, su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas han sido un aporte invaluable para el desarrollo de esta tesis.

Para ellos muchas gracias y que Dios los bendiga.

Edwin Iván Benítez M.

**COMPLICACIONES FRECUENTES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO
VAGINAL EN EL HOSPITAL BÁSICO DE CATACocha DE LA PROVINCIA
DE LOJA EN EL AÑO 2013**

RESUMEN

Las complicaciones del parto vaginal constituyen un serio problema dentro del sistema de salud del Ecuador es por eso que existen varias estrategias para disminuir la mortalidad materna. Las complicaciones aparecen en cualquier momento en la atención del parto vaginal siendo una causa importante de estancia hospitalaria o de procedimientos invasivos. El presente estudio tuvo como objetivos conocer las principales complicaciones del parto vaginal, la frecuencia con que éstas se presentan, el segmento anatómico afectado durante la atención, y otras variables como edad de las pacientes y paridad. Se realizó un estudio descriptivo de corte longitudinal con una muestra de 80 mujeres que tuvieron alguna complicación en la atención del parto vaginal, se utilizó una hoja de recolección de datos que fueron obtenidos de las historias clínicas, teniendo como resultados: El 26,67% del total de mujeres atendidas de parto vaginal presentaron alguna complicación, siendo la más frecuente los desgarros del canal vaginal en un 66,66% particularmente el de grado I (75%). El segmento anatómico que ha sido afectado con mayor frecuencia es la región vulvar en un 75%. El mayor porcentaje de complicaciones se presentó en pacientes entre 21-25 años de edad (41,25%), segunda-gesta (42,5%), con un periodo intergenésico entre 2 a 7 años (86,25%), en cuanto al recién nacido en el 97,5% el puntaje de APGAR fue entre 8-10.

Palabras clave: Parto vaginal, invasivo, gestas, desgarros, periodo intergenesico, APGAR,

SUMARY

Vaginal childbirth complications are a serious problem within the health system of Ecuador is why there are several strategies to reduce maternal mortality. Complications arise at any time in vaginal childbirth care be a major cause of hospitalization or invasive procedures. This study aimed to identify the main complications of vaginal delivery, the frequency with which they arise, the affected anatomic segment during care, and other variables such as patient age and parity. We conducted a longitudinal cross sectional study with a sample of 80 women who had complications in vaginal delivery care, we used a data collection sheet that were obtained from medical records, with the results: The 26.67 % of all women treated for vaginal delivery had complications , the most common vaginal canal lacerations in 66.66% particularly grade I (75 %) . The anatomical segment was most frequently affected is the vulvar region by 71 % . The highest percentage of complications occurred in patients between 21-25 years of age (41.25%), second-gestation (42.5 %), with a period between births between 2-7 years (86.25%), in as the newborn in 97.5 % APGAR score was higher than 8-10.

Keywords: Vaginal delivery, invasive, deeds, tears, intergenesic, APGAR,

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------|-------|
| CARATULA..... | I |
| CERTIFICACIÓN..... | II |
| AUTORIA..... | III |
| CARTA DE AUTORIZACIÓN..... | IV |
| DEDICATORIA | V |
| AGRADECIMIENTO | VI |
| TITULO..... | VII |
| RESUMEN..... | VIII |
| SUMARY..... | IX |
| ÍNDICE..... | X |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 11-14 |
| II. REVISIÓN DE LITERATURA..... | 15-49 |
| III. MATERIALES Y MÉTODOS..... | 50-52 |
| IV. RESULTADOS..... | 53-63 |
| V. DISCUSIÓN..... | 64-66 |
| VI. CONCLUSIONES..... | 67-68 |
| VII. RECOMENDACIONES..... | 69-70 |
| VIII. BIBLIOGRAFÍA..... | 71-73 |
| IX. ANEXOS | |

I. INTRODUCCIÓN

El parto es un momento de trascendental importancia para la mujer y el recién nacido, que se relaciona con su supervivencia inmediata y con la posibilidad de mejorar la salud y nutrición a largo plazo, pero al mismo tiempo, con el riesgo de morbilidad y mortalidad para ambos. En Ecuador, para el 2006, un 29% del total de defunciones maternas y un 16 % de muertes infantiles estuvieron relacionadas con el parto (1). Por este motivo, la atención calificada del parto que incluye el cumplimiento de normas y protocolos establecidos se hace indispensable y obligatoria, ya que la tasa de mortalidad materna no ha bajado de 73 x 100.000 nacidos vivos según el INEC en el 2006 y de 107 x 100.000 nacidos vivos según ENDEMAIN período 1999 – 2004.

Entre 1999 a 2004 un 74,2 % de los partos en el país fueron atendidos por un profesional (médico u obstetrix) y un 8,8 % en el domicilio por una partera capacitada. Sin embargo, la sola atención institucional o profesional del parto no garantiza la posibilidad de sobre-vida o ausencia de complicaciones graves. Según datos no oficiales recolectados de los sistemas provinciales de vigilancia de la mortalidad materna del MSP en el 2006, el 81% de muertes maternas ocurrieron en el hospital. Esta cifra podría reflejar deficiencias de la calidad de atención, como también el hecho de que muchas mujeres llegan en malas condiciones a los servicios de salud ya sea por dificultades de acceso geográfico, desconfianza en los servicios, relaciones de género intrafamiliares o diferentes concepciones culturales de la atención del parto.

La aplicación de estándares básicos de calidad en la atención del parto contribuye a uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU: “Reducir, hasta el 2015, la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes”. Más aún, cuando ya sabemos que la ejecución de ciertas prácticas basadas en la evidencia científica y la anulación de otras tantas no recomendables garantizan un parto más seguro. El Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno del Ecuador define en su Objetivo 3: “Aumentar la esperanza y la calidad de vida de la población”, para lo que establecía, en una de sus Metas principales, “Reducir en 30 % la mortalidad materna”, hasta el año 2010 (3).

La organización mundial de la salud ha estimado que la mortalidad materna global reportada en el embarazo y en el momento del parto esta entre 500.000 y 600.000 muertes anuales. La mayoría de estas muertes (80%) son resultado de patologías en el tercer periodo del parto en particular de las hemorragias post-parto y el 20% se encuentra agravado por enfermedades que complican la gestación y que durante el parto llegan a presentarse complicaciones obstétricas.

Dentro de las principales complicaciones que se producen en la atención del parto vaginal según el MSP en el año 2010 se reportaron que el primer lugar lo ocupaban los desgarros vagino perineales 70%, que son las principales complicaciones obstétricas, seguidas de las hemorragias como una de las principales causas de morbi-mortalidad materna, considerada la segunda causa de muerte a nivel mundial.

La hemorragia obstétrica es una de las complicaciones más severas que se presentan durante la atención del parto vaginal siendo según la Organización mundial de la Salud el 99% de muertes maternas.

Las alteraciones placentarias que se producen durante el parto eutócico son en un 5%, dando como resultado en las diferentes casas de salud la tasa de alteración placentaria es alrededor de 1 en 1000 pacientes, entre las que figuran son 60% la presencia de retención de cotiledones o estructuras placentarias en la cual han existido la utilización de limpiezas de cavidad uterina acompañados en algunas ocasiones de legrados para extracción de los restos placentarios, segunda causa en 35% son la retención de restos de membranas ovulares y el 5% son la retención de placenta, que son causas de morbilidad materna.

Se estima que en el Ecuador y en los países en vías de desarrollo las complicaciones obstétricas son un serio problema de salud, en especial la hemorragia post-parto, según UNFPA, la muerte materna se da en un 80% a causa obstétricas directas como hemorragias, trastornos hipertensivos del

embarazo, sepsis siendo una de las complicaciones maternas que se produce con frecuencia.

Los porcentajes de complicaciones maternas que se producen durante el parto eutócico son cifras que superan a los demás países latinoamericanos, pero según el MSP, han disminuido en relación a años anteriores en un 3%, pero sigue siendo la principal causa de muerte materna la hemorragia post-parto.

El puerperio inmediato (24 primeras horas desde que ocurre el alumbramiento) se constituye en un período crítico e importante, con un alto riesgo de complicaciones que pueden tener consecuencias fatales para la mujer puerpera y su hijo o hija. De hecho, el 11,9 % de las muertes maternas en el Ecuador en el 2006 tuvieron como causa directa la Hemorragia posparto. (2)

El presente estudio tuvo como objetivos conocer las principales complicaciones del parto vaginal, la frecuencia con que éstas se presentan, el segmento anatómico afectado durante la atención, y otras variables como edad de las pacientes y paridad. Esta investigación es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, teniendo como muestra a 80 mujeres con embarazo a término que fueron atendidas de parto vaginal, utilizando el método científico y utilizando como técnicas al libro de partos y a las historias clínicas, donde además se aplicó la hoja de recolección de datos. Llegando a concluir que la complicación más frecuente son los desgarros vagino-perineales de grado I, que se producen entre las edades de 21-25 años y en las mujeres que cursan su segunda gestación, evidenciándose su mayor afectación al segmento vulvar.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

PARTO VAGINAL

Concepto.

Es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. (6)

El parto normal (OMS 1996) se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el inicio del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones. (8)

Epidemiología.

Entre 1999 a 2004 un 74,2 % de los partos en el país fueron atendidos por un profesional (médico u obstetra) y un 8,8 % en el domicilio por una partera capacitada. Sin embargo, la sola atención institucional o profesional del parto no garantiza la posibilidad de sobre-vida o ausencia de complicaciones graves. Según datos no oficiales recolectados de los sistemas provinciales de vigilancia de la mortalidad materna del MSP en el 2006, el 81% de muertes maternas ocurrieron en el hospital. Esta cifra podría reflejar deficiencias de la calidad de atención, como también el hecho de que muchas mujeres llegan en malas condiciones a los servicios de salud ya sea por dificultades de acceso geográfico, desconfianza en los servicios, relaciones de género intrafamiliares o diferentes concepciones culturales de la atención del parto.

TRABAJO DE PARTO.

El trabajo de parto corresponde al periodo desde el inicio de las contracciones uterinas regulares dolorosas, hasta la expulsión de la placenta. Al inicio del trabajo de parto es muy importante identificar la posición del feto con respecto al canal del parto.

Situación.

Es la relación del eje longitudinal del feto con el de la madre, sea longitudinal (99%) o transversa. En ocasiones, los ejes fetales y maternos se cruzan en un ángulo de 45° y originan una situación oblicua, que es inestable y siempre se transforma en longitudinal o transversa durante el trabajo de parto. (Factores predisponentes para situaciones transversas: multiparidad, placenta previa, polihidramnios y anomalías uterinas)

Presentación.

La parte que se presenta es aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro el conducto del parto o en su máxima proximidad. En situaciones longitudinales puede ser la cabeza o la pelvis, que originan las presentaciones cefálica y pélvica, respectivamente. Cuando la situación es transversa, la parte que se presenta es el hombro y se percibe a través del cuello uterino en la exploración vaginal.

Actitud o postura fetal.

En los últimos meses del embarazo, el feto asume una postura característica que se conoce como actitud o hábito. Como regla, el feto forma una masa ovoide que se ajusta con la forma irregular de la cavidad uterina, se pliega o dobla sobre sí mismo de suerte que el dorso se hace notoriamente convexo; la cabeza está muy flexionada de modo que el mentón entra casi en contacto con el tórax. Los muslos están flexionados sobre el abdomen; las piernas están dobladas en las rodillas y los arcos de los pies descansan sobre las caras anteriores de las piernas. En las presentaciones cefálicas, los brazos suelen cruzarse sobre el tórax o ubicarse de manera paralela a los lados, mientras el cordón umbilical yace en el espacio entre ellos y las extremidades pélvicas. Esa postura característica es producto de la forma de crecimiento del feto y su acomodación dentro de la cavidad uterina. (3)

MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO.

Los cambios posicionales en la presentación del feto que se requieren para su traslado dentro del conducto pélvico constituyen los mecanismos del trabajo de

parto. Los movimientos cardinales del trabajo de parto son encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión.

1-Encajamiento.

El mecanismo por el cual el diámetro biparietal, que corresponde a la mayor dimensión transversal de la cabeza fetal en las presentaciones de occipucio, pasa a través del plano de entrada de la pelvis, se conoce como encajamiento. La cabeza fetal puede encajarse durante las últimas semanas del embarazo o no hacerlo hasta el comienzo del trabajo de parto.

En muchas pacientes multíparas y algunas nulíparas, la cabeza fetal es libremente móvil por arriba del plano de entrada de la pelvis al inicio del trabajo de parto. En esa circunstancia, se dice a veces que la cabeza "flota". Una cabeza de tamaño normal por lo general no se encaja con su sutura sagital en dirección anteroposterior. De hecho, suele ingresar al plano de entrada de la pelvis en una dirección transversal u oblicua. (3)

2-Descenso.

Este movimiento es el primer requisito para el nacimiento del recién nacido. En nulíparas, el encajamiento puede ocurrir antes del inicio del trabajo de parto y tal vez no haya descenso adicional hasta el inicio del segundo periodo. En multíparas, el descenso suele iniciarse con el encajamiento y es secundario a una o más de cuatro fuerzas: 1) presión de líquido amniótico, 2) presión directa del fondo sobre la pelvis durante las contracciones, 3) esfuerzos de pujo por acción de los músculos abdominales maternos y 4) extensión y enderezamiento del cuerpo fetal.

3-Flexión.

Tan pronto como la cabeza en descenso encuentra resistencia, sea del cuello uterino, las paredes o piso pélvicos, se presenta normalmente una flexión de la cabeza. En ese movimiento, se desplaza el mentón hasta alcanzar un contacto íntimo con el tórax fetal y así se cambia al diámetro suboccipitobregmático, más corto, por el diámetro occipitofrontal, más largo.

4-Rotacion interna.

Este movimiento consta de un giro de la cabeza, de suerte que el occipucio se mueva de manera gradual hacia la sínfisis del pubis, desde su posición original, menos a menudo, en dirección posterior hacia la concavidad del sacro.

La rotación interna es indispensable para que concluya el trabajo de parto, excepto cuando el feto es extraordinariamente pequeño. Calkins (1939) estudió a más de 5 000 mujeres en trabajo de parto hasta el momento de la rotación interna y concluyó que en casi 66% la rotación interna concluye en el momento en que la cabeza alcanza el piso pélvico; en casi 25%, la rotación interna concluye muy poco después de que la cabeza alcanza el piso pélvico, y en casi 5% no ocurre rotación anterior. Cuando la cabeza no ha rotado al alcanzar el piso pélvico, suele hacerlo durante las siguientes una a dos contracciones en multíparas. En nulíparas, la rotación suele ocurrir durante las siguientes tres a cinco contracciones. (13)

5-Extension.

Después de la rotación interna, la cabeza fetal muy flexionada llega a la vulva. Si la cabeza así flexionada no se extiende al alcanzar el piso pélvico sino que se desliza más hacia adelante, pudiese impactarse en la porción posterior del perineo y en un momento dado atravesar los tejidos del perineo mismo de manera forzada. Cuando la cabeza hace presión sobre el piso pélvico, entran en acción dos fuerzas. La primera, ejercida por el útero, actúa más en dirección posterior, y la segunda, provista por el piso pélvico resistente y la sínfisis del pubis, lo hace en una dirección más anterior. El vector resultante se dirige a la abertura vulvar, que así produce extensión de la cabeza. Esto lleva a la base del occipucio a hacer contacto directo con el borde inferior de la sínfisis del pubis.

Con la distensión progresiva del perineo y la abertura vaginal, aparece de modo gradual un porcentaje cada vez mayor del occipucio. La cabeza nace conforme el occipucio, bregma, frente, nariz, boca, y por último el mentón pasan sucesivamente sobre el borde anterior del perineo. Apenas después de nacer, la cabeza se inclina hacia adelante de manera que el mentón descansa sobre la región anal materna.

6-Rotacion externa.

Una vez que ha nacido la cabeza, presenta restitución. Si el occipucio originalmente se dirigía a la izquierda, rota hacia la tuberosidad isquiática izquierda; si al principio se dirigía a la derecha, rota a la derecha. La restitución de la cabeza fetal a la posición oblicua es seguida por la conclusión de la rotación externa hasta la variedad de posición transversa, un movimiento que se corresponde con la rotación del cuerpo y sirve para llevar su diámetro biacromial en relación con el diámetro anteroposterior del plano de salida de la pelvis. Así, un hombro es anterior, ubicado detrás de la sínfisis del pubis, y el otro es posterior. Ese movimiento al parecer se lleva a cabo por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna de la cabeza.

7-Expulsión

Casi inmediatamente después de la rotación externa, aparece el hombro anterior bajo la sínfisis del pubis, y el perineo pronto se distiende por la presencia del hombro posterior. Después del nacimiento de los hombros, el resto del cuerpo se desliza rápido hacia el exterior. (5-14)

Periodos del trabajo de Parto

Primer periodo.

Friedman creó el concepto de tres divisiones funcionales del trabajo de parto para describir los objetivos fisiológicos de cada una. Aunque el cuello uterino se dilata poco durante la división preparatoria, sus componentes de tejido conectivo cambian mucho. La sedación y la analgesia regional son capaces de detener esta parte del trabajo de parto. La división de dilatación, durante la cual la dilatación avanza a su tasa más rápida, no es modificada por la sedación o analgesia regional.

Se definen dos fases de la dilatación del cuello uterino. La fase latente corresponde a la división preparatoria y la fase activa, a la de dilatación. Friedman subdividió la fase activa en fase de aceleración, de máxima pendiente, y fase de desaceleración.

Fase latente.

El inicio de la fase latente del trabajo de parto definido por Friedman (1972), corresponde al momento en que la madre percibe contracciones regulares. La fase latente de la mayor parte de las mujeres termina entre los 3 y 5 centímetros de dilatación, un umbral que puede ser clínicamente útil porque define los límites de la dilatación, más allá de los cuales es de esperar un trabajo de parto activo.

Friedman y Sachtlevén (1963) definieron como fase latente prolongada a aquella mayor de 20 horas en la nulípara y de 14 horas en la multípara. Los factores que alteran la duración de la fase latente incluyen sedación excesiva o analgésica epidural; un estado desfavorable del cuello uterino que es grueso, sin borramiento o dilatación; y el falso trabajo de parto.

Este concepto de una fase latente tiene gran importancia para comprensión del trabajo de parto humano normal porque este es mucho más prolongado cuando se incluye la fase latente. Para ilustrar mejor esto se muestran 8 curvas de trabajo de parto de nulíparas en quienes se diagnosticó el proceso a partir de su ingreso hospitalario, más que desde el inicio de las contracciones regulares. Cuando se define al trabajo de parto de manera similar, hay una notoria similitud de las curvas individuales.

Fase activa.

El avance de trabajo de parto en nulípara tiene importancia particular porque esas curvas revelan todo un cambio rápido en la velocidad de la pendiente de la dilatación cervical entre los 3 y 5 cm.

Así, se puede considerar de manera confiable que la dilatación del cuello uterino de 5 cm o más, en presencia de contracciones uterinas, es representativa del umbral de trabajo de parto activo. De modo similar, esas curvas proveen útiles guías para la atención del trabajo de parto.

La duración promedio de la fase activa del trabajo de parto en nulíparas era de 4.9 horas. La desviación estándar de 3.4 horas es bastante grande. Por tanto, se informó que la fase activa, tenía un máximo estadístico de 11.7 horas. De hecho, las velocidades de dilatación del cuello uterino variaron desde un mínimo de 1.2 hasta 6.8 centímetros por hora.

Friedman (1972) también observó que las multíparas avanzaban algo más rápido en la fase activa del trabajo de parto, con una velocidad mínima de 1.5 cm por hora.

El descenso se inicia en la última etapa de la dilatación activa, a partir de 7 a 8 cm en nulípara, y se hacen más rápidas después de los 8 cm.

Se definió a la detención del descenso como el transcurrir de una hora sin observar descenso fetal. El pronóstico de trastornos de prolongación y detención difirió de modo considerable. Friedman encontró que casi 30% de las mujeres con trastorno de prolongación tenía desproporción céfalo pélvica, en comparación con 45% de aquellas en las que se detectó un trastorno de detención.

Los factores que contribuyen a los trastornos de prolongación y detención fueron: sedación excesiva, analgesia vaginal y posición anómala fetal. Friedman recomendó en ambos tipos de trastornos una exploración de feto y pelvis para diagnosticar una desproporción céfalo pélvica. El tratamiento recomendado para los trastornos de prolongación fue expectante, en tanto que se recomendó el uso de oxitocina. Ese hecho debe tenerse en mente cuando se considera la importancia de diversas anomalías del trabajo de parto descritas por Friedman.

Endricks (1970) puso en duda las conclusiones de Friedman acerca de la evolución del trabajo de parto humano normal. Sus principales diferencias incluyeron:

- 1.- ausencia de una fase latente.
- 2.- ninguna fase de desaceleración.
- 3.- brevedad del trabajo de parto.
- 4.- dilatación a velocidades similares después de 4 cm para nulíparas y multíparas.

Disputaron el concepto de una fase latente por que observaron que el cuello uterino se dilataba y borraba lentamente durante las 4 semanas precedentes al trabajo de parto. Según ellos la "fase latente" en realidad avanzaba durante varias semanas. Los investigadores observaron que el trabajo de parto era relativamente rápido de manera específica el tiempo promedio transcurrido

desde el ingreso hasta la dilatación completa fue de 4.8 horas para nulíparas y 3.2 horas para múltiparas.

Ha habido varios informes donde los investigadores revaloraron las curvas de trabajo de parto de Friedman. Zhang (2002) ratificó datos detallados de 1329 nulíparas en trabajo de parto espontáneo a término. La curva promedio de trabajo de parto difirió de manera notoria de la de Friedman. Alexander en un estudio realizado en el Parklan hospital, encontraron que la analgesia epidural prolongaba la fase activa de la curva de trabajo de parto de Friedman por 1 hora, incremento resultante de una velocidad ligeramente menor, pero significativa de dilatación del cuello uterino 1.4 cm en mujeres que recibieron analgesia epidural a diferencia de 1.6 cm por hora en las que no la recibieron. Gurewictch (2002-2003) estudiaron las curvas de trabajo de parto y descenso de mujeres con mayor o menor paridad y concluyeron que el mal avance de 4 a 6 cm no debe considerarse anormal y que no ha de esperarse que las mujeres con alta paridad avanzaran más rápido que aquellas con menor paridad.

Segundo periodo.

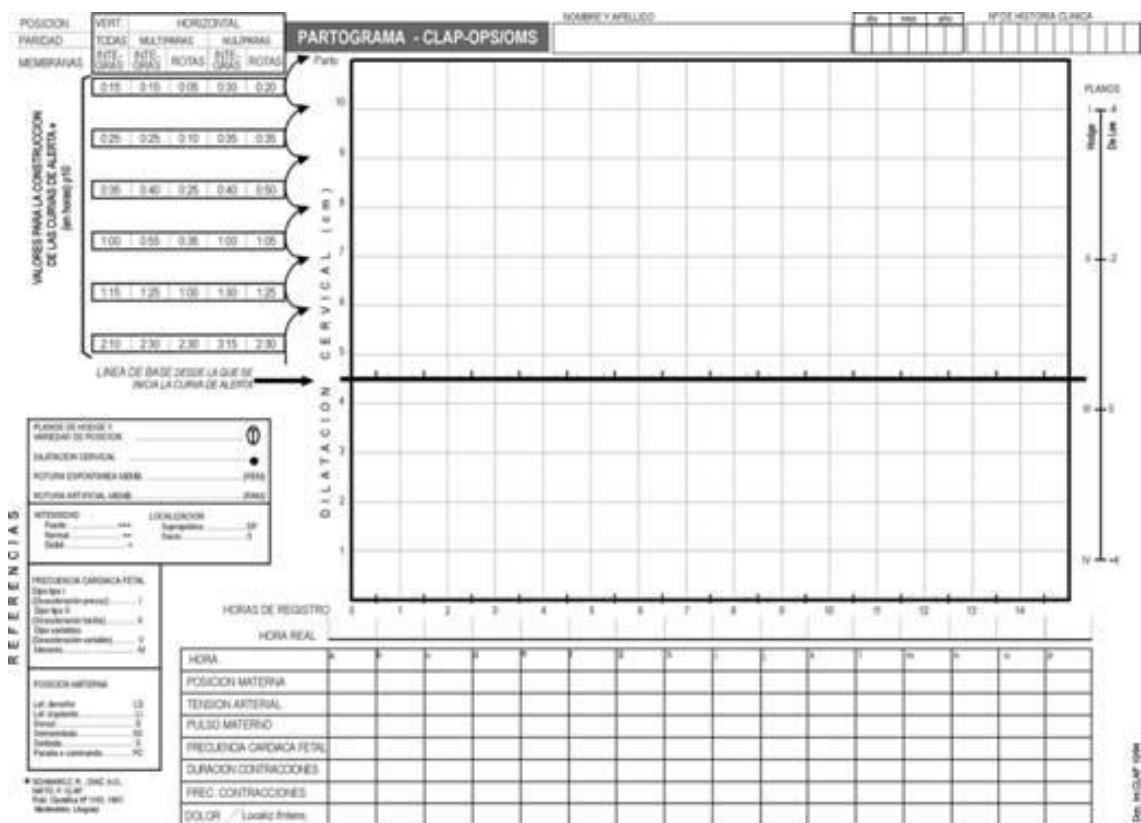
Se inicia cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto. La duración promedio es de casi 50 minutos para nulípara y 20 minutos para múltiparas, pero puede ser muy variable, en una mujer de mayor paridad con dilatación previa de vagina y perineo pueden ser suficientes dos o tres esfuerzos expulsivos después de la dilatación completa del cuello uterino para concluir el nacimiento. Por el contrario, en una mujer con contracción pélvica o un feto grande, o con esfuerzos de expulsión alterados por analgesia regional o sedación previa, el segundo periodo puede ser anormalmente prolongado.

Tercer periodo.

El conocimiento de la duración normal del trabajo de parto humano puede verse obstaculizado por las muchas variables clínicas que modifican la conducta durante el trabajo de parto en unidades modernas de obstetricia. Kilpatrick y Laros (1989) comunicaron que la duración promedio del primero y segundo periodos del trabajo de parto era casi 9 horas en nulíparas sin

analgésia regional y que el límite superior era de 18.5 horas correspondiente al percentil 95. Los tiempos correspondientes para multíparas fueron en promedio de casi 6 horas, con un máximo de 13,5 horas correspondiente al percentil 95. (3-7)

El ministerio de Salud pública del Ecuador incluye en la atención del trabajo de parto, el partograma CLAP/OPS/OMS, el cual permite la vigilancia de parámetros maternos y fetales, así como la evaluación de la progresión del trabajo de parto a través de curvas de alerta, el esquema se presenta a continuación:



Parto espontáneo.

Nacimiento de la cabeza: con cada contracción el perineo hace protrusión cada vez más y la abertura vulvovaginal, se ve más dilatada por la cabeza fetal formando de manera gradual un ovoide y por ultimo una abertura casi circular. El perineo se adelgaza y especialmente en nulíparas puede presentar laceraciones espontaneas. El ano presenta cada vez más distensión y se puede observar con facilidad la pared anterior del recto.

Maniobra de Ritgen: cuando la cabeza distiende la vulva y el perineo para abrir el introito vaginal hasta un diámetro de 5 cm o más se puede usar una mano enguantada y cubierta por alguna compresa para ejercer presión sobre el mentón fetal a través del perineo. Concomitantemente, la otra mano ejerce presión superior contra el occipucio. (15)

Nacimiento de los hombros.

Después de su nacimiento la cabeza fetal cae hacia atrás y lleva la cara casi en contacto con el ano materno. El occipucio rápidamente se gira hacia uno de los muslos maternos y la cabeza adopta una posición transversal ese movimiento de restitución indica que el diámetro biacromial a rotado hacia el diámetro antero posterior de la pelvis. Más a menudo los hombros aparecen en la vulva apenas después de la rotación externa y nace de manera espontánea. Si se retrasa, parece aconsejable su extracción inmediata. Se sujeta los lados de la cabeza con las dos manos y se aplica tracción descendente suave hasta que aparece el hombro anterior bajo el arco púbico. Algunos médicos prefieren extraer el hombro anterior antes de succionar la nasofaringe o revisar la presencia de circular de cordón en la nuca, para evitar la distocia de hombros. El resto del cuerpo casi siempre sigue a los hombros sin dificultad pero si hay un retraso prolongado puede acelerarse su nacimiento por tracción moderada sobre la cabeza o compresión moderada sobre el fondo uterino. Debe evitarse engancharse los dedos en las axilas porque ello pueden lesionar los nervios de la extremidad y producir una parálisis transitoria o tal vez incluso permanente. La tracción debe ejercerse solo en dirección del eje longitudinal del recién nacido, ya que cuando se aplica de manera oblicua produce flexión del cuello y distensión excesiva del plexo braquial inmediatamente después del nacimiento del producto puede haber un borbotón del líquido amniótico a menudo teñido con sangre, pero no francamente hepático. (14)

COMPLICACIONES OBSTETRICAS DEL PARTO VAGINAL

Definición

Las complicaciones obstétricas directas son responsables del 75 % de defunciones maternas y se estima que en cada grupo de mujeres

embarazadas, 15 % sufrirá una complicación. Estas complicaciones ocurren en su mayor parte de forma súbita, sin que se pueda prevenir ni predecir, por lo que se preconiza la existencia de servicios de atención obstétrica de emergencia para salvar la vida de las mujeres. (17)

Las complicaciones son aquellas que se producen durante la atención del parto que en muchas de las ocasiones son emergencias y en otras ocasiones son enfermedades producidas durante la expulsión del feto que abarcan diferentes circunstancias que pueden comprometer la vida de la madre como la vida del feto. (5)

Incidencia.

Se estima que más de 500.000 mujeres mueren en todo el mundo cada año a causa de las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Alrededor de 23.000 defunciones ocurren en América Latina y el Caribe.

La probabilidad de morir durante el embarazo y el parto en América Latina y el Caribe es de 1 en 130 durante la vida reproductiva de una mujer. En Estados Unidos, dicha probabilidad es de 1 en 3.500. La mortalidad materna se considera un indicador de disparidad e inequidad social y económica de los países.

La tasa de mortalidad materna en Ecuador continúa a un nivel alto. A pesar de que las cifras de mortalidad materna varían según su procedencia y son altamente polémicas, los mejores cálculos obtenidos para Ecuador indican que aproximadamente entre unas 500 a 700 mujeres mueren cada año a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.

Además cada año 10.000 a 21.000 mujeres y niñas ecuatorianas sufrirán trastornos a consecuencia de las complicaciones del embarazo y el parto. La hemorragia post parto produce el 25 % de la mortalidad materna en el mundo. El 99% de ellas se presenta en países en vías de desarrollo. Las técnicas de manejo precisas del tercer periodo del parto influyen notoriamente en la

morbilidad y mortalidad materna y esto puede llevar a que el manejo expectante aumente la magnitud del problema de la hemorragia postparto.

El alumbramiento o tercer período del parto comienza inmediatamente después de la salida del feto y termina con la salida de la placenta y las membranas ovulares. (11)

Clasificación.

1- Hemorragia Puerperal.

Es la pérdida sanguínea posparto mayor de 500 ml o pos-cesárea mayor de 1000 ml, o bien que produzca alteraciones hemodinámicas como: hipotensión, taquicardia, palidez de piel y mucosas.

Clasificación

Causa uterina:

- a) Atonía uterina.
- b) Inversión uterina.
- c) Retención placentaria y de restos placentarios.
- d) Acretismo placentario.

Causa extrauterina:

- a) Desgarros o laceraciones del tracto vaginal.
- b) Trastornos de la coagulación.



Causa uterina.

1-Atonía uterina.

Es cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento, lo que origina la pérdida sanguínea anormal en el nivel del lecho placentario.

Entre los factores de riesgo se encuentran:

- Trabajo de parto prolongado.
- Miomatosis uterina.
- Macrosomía fetal.
- Polihidramnios.
- Embarazo múltiple.
- Amnioititis.

- Multiparidad.
- Uso de oxitócina.
- Antecedente de hemorragia posparto.
- Uso de sulfato de magnesio.
- Trabajo de parto precipitado.
- Anestesia general.
- Embolia de líquido amniótico.

Manejo activo del alumbramiento.

Estudios multicéntricos realizados en los últimos años y con los criterios de la medicina basada en la evidencia, recomienda el manejo activo del alumbramiento que consiste en la administración de medicamentos uterotónicos y la realización de maniobras para prevenir la hemorragia posparto. Se recomienda este método en pacientes con y sin riesgo de hemorragia posparto. (17)

Medicamentos:

-Oxitocina: se recomienda administrar oxitocina 10 unidades diluidas en solución fisiológica o Hartman de 500 cc al 5% posterior al nacimiento del hombro anterior.

-Ergonovina: se recomienda administrar una ampolla de 0.2 mg IM ó IV dosis única posterior al nacimiento del hombro anterior.

-Prostaglandinas: se recomienda administrar por vía oral el misoprostol (Análogo de prostaglandina E1) 600 mcg (3 tabletas). En caso de no disponer de oxitocina o ergonovina.

Maniobras en el primer nivel de atención:

-Masaje en el fondo uterino posterior al nacimiento del producto.

-Pinzamiento precoz del cordón umbilical.

-Tracción controlada del cordón umbilical.

-Lactancia inmediata. (15)

Diagnóstico:

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y se basa en la presencia de hemorragia genital y la falta de contracción uterina. Se deberá descartar la presencia de desgarros del cérvix, vagina, ruptura uterina, entre las más frecuentes.

Tratamiento en el primer nivel de atención:

Técnicas mecánicas.

Existen dos técnicas la manual y el taponamiento. La técnica manual consiste en la presión bimanual del útero una vez terminado el tercer período del parto previa verificación de que no existe retención de restos placentarios, acretismo, desgarros o laceraciones del cérvix, vagina y de vulva.

Se introduce la mano derecha en vagina, y con el puño de esa misma mano se ejerce presión contra la mano izquierda que está sobre el fondo uterino a través del abdomen. La presión ejercida sobre el útero hipotónico ayuda a su contracción, además del masaje energético que se debe de realizar en forma simultánea. (17)

El taponamiento de la cavidad uterina es una técnica efectiva con una baja morbilidad. Se reduce la hemorragia hasta en un 50% de los casos y en muchas ocasiones es un método de gran ayuda, ya que ofrece tiempo (1 a 2 horas) para poder estabilizar a la paciente antes del tratamiento quirúrgico definitivo o para su traslado a otra unidad médica.(15)

Se recomienda realizar el taponamiento utilizando compresas o gasas estériles y colocarlas manualmente en la cavidad uterina. El desplazamiento de la gasa o compresa en el interior de la cavidad uterina debe ser uniforme y suave sin provocar desgarros o perforaciones. El tiempo de remoción de las gasas es de 24 a 36 horas y generalmente se aconseja la administración profiláctica de antibióticos. (16)

Tratamiento Médico:

La oxitocina puede utilizarse a dosis de 20 a 40 UI diluidas en 1 000 ml de solución Hartman o solución salina para pasar en goteo rápido. En algunas situaciones se pueden utilizar dosis mayores de oxitocina o utilizarse intramiometrio; sin embargo no se debe olvidar que altas concentraciones desencadenan una intoxicación hídrica.

La metilergonovina se utiliza a dosis de 0.2 mg por vía intramuscular o por vía intravenosa, su efecto es inmediato y se pueden utilizar dosis subsecuentes. Está contraindicado en pacientes con hipertensión gestacional e hipertensión crónica.

Como ya se mencionó, se puede administrar misoprostol a dosis de 600 mcg. (3 tabletas) en caso de continuar con hemorragia.

Tratamiento en el segundo y tercer nivel de atención:

Quirúrgico:

Ligadura de vasos, cesárea hysterectomía, hysterectomía obstétrica y la hysterectomía en bloque. Cuando los diferentes métodos antes mencionados no han logrado cohibir la hemorragia, se toma la decisión de realizar una cirugía para ligar vasos sanguíneos (arterias o venas) o para la realización de una hysterectomía obstétrica.

Las arterias que comúnmente se ligan son:

- Arterias uterinas
- Arterias útero-ováricas
- Vasos del infundíbulo-pélvico
- Arterias hipogástricas.

En casos de hysterectomía obstétrica, ésta puede ser total (incluye el cérvix) o subtotal (sin cérvix).

La ligadura por vía abdominal de las arterias uterinas reduce el flujo sanguíneo del útero hasta un 80% y la ligadura de las arterias hipogástricas lo reducen

hasta un 50%. La recanalización espontánea puede ocurrir en la subsiguiente menstruación y sin efectos en el próximo embarazo.

Ligadura de arterias hipogástricas.

Anastomosis de la arteria ovárica o ligadura alta.

Arteria uterina.

Arteria hipogástrica.

Ligamento útero-ovárico.

Ligadura baja a nivel de segmento.

Arteria iliaca interna (hipogástrica) (4)

2-Inversión uterina.

Es una complicación del puerperio inmediato, que consiste en la aproximación del fondo de la cavidad uterina a través de la vagina provocando hemorragia posparto de magnitud variable, por lo que su tratamiento debe ser inmediato. Se mencionan que debe haber dos condiciones para que se presente la inversión uterina, como son la dilatación cervical y la relajación uterina. La incidencia de la inversión uterina es de 1:2 000 nacimientos. (18)

Existen los siguientes factores de riesgo que se asocian con la inversión uterina:

- Exceso de tracción del cordón umbilical.
- Acretismo placentario.
- Brevedad real de cordón.
- Alteraciones de la contractilidad uterina.
- Debilidad congénita del útero.
- Inserción baja de placenta.
- Uso ante-parto de sulfato de magnesio u oxitocina.
- Sobre-distención uterina (productos macrosómicos, polihidramnios).

Clasificación:

Se puede clasificar a la inversión uterina de acuerdo al tiempo en que se realiza el diagnóstico, por lo que puede ser aguda si se presenta dentro de las primeras 24 horas posparto y subaguda cuando se presenta después de las 24 horas posparto a las 4 semanas.

También se clasifica de acuerdo a la extensión de la inversión de la pared uterina con respecto al cérvix. En la inversión incompleta: el fondo uterino se ha invertido pero sin llegar al cérvix y en la inversión completa: el fondo del útero rebasa a la vulva. (17)

Diagnóstico:

El signo principal inicial es la hemorragia, calculándose la pérdida sanguínea de 800 a 1 800 ml, y el 40% de las pacientes presentan:

- Choque hipovolémico.
- Palpación de masa ocupativa en toda la cavidad vaginal.
- Ausencia de cuerpo uterino en mitad inferior del abdomen.
- Presencia de choque neurogénico.

No existen estudios específicos para la confirmación diagnóstica; sin embargo, el ultrasonido pélvico puede ayudar a diferenciar una inversión uterina subaguda de una miomatosis uterina o pólipos.

Son necesarias determinaciones de hemoglobina, hematocrito y pruebas de coagulación.

Tratamiento en el primer nivel de atención:

El tratamiento consiste en tres puntos importantes, como son el mantenimiento hemodinámico, reposición uterina y manejo post-reposición uterina.

Mantenimiento.

-Administración de líquidos y analgésicos.

-La administración de líquidos dependerá de la pérdida sanguínea.

Reposición uterina.

Consiste en la restitución manual del útero y empleo de útero-inhibidores.

Se deberá hacer la restitución manual del útero si se identifica inmediatamente después del 2º período del parto y antes de que se forme un anillo de contracción supra-cervical. (17)

3-Retención placentaria y de restos placentarios.

Existen dos entidades con un principio común, pero diferentes en cuanto a tiempo de aparición y a magnitud de la hemorragia.

Retención placentaria: Es cuando no se ha separado la placenta después de transcurridos 10-15 minutos de la salida del feto y a pesar del uso de oxitócicos y maniobras adecuadas la placenta no es expulsada.

Constituye una urgencia, ya que el sangrado es abundante y existe la posibilidad de un acretismo placentario. (19)

Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención:

Se establece el diagnóstico de retención placentaria, si después de 10-15 minutos del parto y habiendo efectuado una tracción moderada del cordón umbilical, no se logra el alumbramiento.

Si al revisar la placenta después del alumbramiento se nota que falta uno o varios cotiledones, fragmentos de las membranas, se pueden hacer el diagnóstico de alumbramiento incompleto.

Para la extracción manual de la placenta, (preferentemente con analgesia), el médico introduce una mano dentro del útero previa asepsia, insinuando la punta de los dedos en el plano de despegamiento, y con la otra mano encima del abdomen, en el nivel del fondo uterino se realiza presión y masaje para facilitar simultáneamente la expulsión y contracción.

Si se aprecia la retención de algunos fragmentos o membranas, efectuar un legrado manual suave con gasa hasta constatar que no se dejan restos placentarios.

En caso de no lograr el despegamiento de la placenta, se deberá referir a la paciente al segundo o tercer nivel. (17)

Extracción manual de la placenta

Administrar solución Hartman 1 000 ml. con 40 unidades de oxitocina a goteo rápido y Solución fisiológica al 9%, 300 cc por cada 100 ml de sangre perdida.

- Ligar el cordón umbilical y realizar taponamiento vaginal.
- Vendaje abdominal compresivo.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Administrar oxígeno 3 litros por minuto mediante puntas nasales.
- Mantener en posición de decúbito lateral izquierdo.
- Signos vitales cada 15 minutos.

Diagnóstico y tratamiento en el segundo y tercer nivel de atención:

El tratamiento se basa en realizar el diagnóstico clínico mediante la revisión cuidadosa de la cavidad uterina en forma manual y efectuar simultáneamente la revisión del canal del parto para descartar la coexistencia de algún desgarro o laceración.

En caso de dificultarse el despegamiento de la placenta se deberá realizar preferentemente la histerectomía total abdominal por la alta probabilidad de que se trate de un acretismo placentario.

4- Retención de restos placentarios:

Es el alumbramiento incompleto que puede presentarse después de un parto y con menor frecuencia posterior a la cesárea. Su frecuencia es variable y está relacionada con las habilidades y experiencia del personal que realiza la atención obstétrica.

En la actualidad, esta complicación continúa siendo causa importante de morbimortalidad materna por sepsis y hemorragia en nuestro país, por lo que la única forma preventiva es que siempre se debe realizar la revisión cuidadosa de la placenta y de las membranas amnióticas. Cuando se sospeche de la existencia de retención de restos deberá efectuarse la revisión manual de la cavidad uterina.

En caso de que la paciente presente sangrado transvaginal fresco con coágulos acompañado de olor fétido y fiebre en las primeras 48 horas posterior al parto, se podrá sospechar en la retención de restos placentarios.

Las pacientes que acudan con la sospecha de este diagnóstico, deberán ser referidas al segundo y tercer niveles de atención para su manejo.

En el segundo y tercer niveles de atención se deberá confirmar el diagnóstico y realizar la limpieza de la cavidad uterina mediante el legrado uterino instrumental.

Se sugiere la administración de 40 unidades de oxitocina en 1 000 ml de solución Hartman para un período de 8 horas y la administración de antibióticos.

5-Acretismo placentario.

Es la inserción anormal de parte o de toda la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la caduca verdadera, con penetración de las vellosidades coriales a la pared uterina.

Su incidencia es aproximadamente de un caso en 1 500 y probablemente sea mayor en algunas instituciones por el mayor número de cesáreas.

Existen tres tipos de variedades de adherencia anormal de la placenta:

- Placenta acreta: es la adherencia de una parte o de la totalidad de la placenta a la pared uterina sin llegar al miometrio (80%).
- Placenta increta: es una variedad de acretismo en el cual las vellosidades alcanzan el miometrio (15%).
- Placenta percreta: es la penetración anormal de los elementos coriales hasta la serosa del útero (5%).

Por su extensión se reconoce los siguientes tipos:

- Focal: sólo en pequeñas áreas.
- Parcial: uno o más cotiledones se involucran en el proceso.
- Total: toda la superficie está anormalmente adherida.

Factores riesgo:

- Antecedente de legrado uterino.
- Cirugía uterina previa.
- Antecedente de placenta previa en embarazo anterior.
- Multiparidad.
- Infección uterina.

Diagnóstico:

Alumbramiento incompleto.

Imposibilidad de localizar un plano de despegamiento entre el útero y la placenta.

Aumento en la pérdida de sangre en tercer período de trabajo de parto.

El diagnóstico definitivo de la variedad de inserción anómala sólo será por estudio de anatomía patológica.

Tratamiento en el primer nivel de atención:

El tratamiento conservador constituye una opción válida, sin embargo, éste conlleva riesgos; la única excepción es cuando se trata de acretismo focal, en ausencia de hemorragia importante y con buena respuesta a oxitócicos.

El tapón uterino está justificado como medida temporal y previa al acto quirúrgico en el segundo o tercer niveles de atención. Cuando el alumbramiento es imposible y la placenta está anormalmente adherida, no deben intentarse procedimientos para desprenderla, tales como legrados digitales o instrumentales, ya que éstos pueden ocasionar mayor pérdida sanguínea, laceraciones o rupturas del miometrio conduciendo a la placenta a un estado crítico de hipovolemia.

El traslado de la paciente deberá ser inmediatamente con las medidas generales de traslado y con la reposición de pérdidas hemáticas.

Tratamiento en el segundo y tercer nivel de atención:

La histerectomía total abdominal es el procedimiento de elección, tan pronto como sea establecido el diagnóstico.

En caso de que la inserción esté al nivel del cuerpo, y la paciente se encuentre en malas condiciones o el médico no tenga los recursos para efectuar la histerectomía total, está justificado realizarla subtotal. (17)

CAUSAS EXTRAUTERINAS

1- Desgarros o laceraciones del tracto genital

Definición:

Son accidentes que se presentan con frecuencia durante el proceso del parto. La severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión y pueden ser desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio.

Clasificación de los desgarros perineales:

- Primer grado: comprenden solamente la mucosa vaginal y la piel del periné
- Segundo grado: comprende el cuerpo perineal, lesionando el músculo transverso del periné.
- Tercer grado: abarca el cuerpo perineal, con lesión al esfínter y los músculos perineales profundos.
- Cuarto grado: Comprometen la pared y la mucosa rectal.
- Los desgarros cervicales generalmente se presentan en las comisuras, y cuando éstos son extensos su trayectoria puede llegar hasta los fondos de saco, aumentando la cantidad de sangrado y la posibilidad de formación de hematomas e infección. (16)

Desgarros vulvares:

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

Si no sangran cicatrizan solos con facilidad.

Desgarros perineales:

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

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

En caso de afectación de la mucosa rectal, ésta se sutura desde el ángulo de rotura hacia abajo, mediante una sutura continua de material reabsorbible fino, invirtiendo los bordes, de tal manera que se una serosa con serosa; posteriormente se recomienda antibioterapia.

Desgarros vaginales:

Pueden acontecer en cualquier localización de la vagina, sin asociarse a desgarros perineales. Los del tercio distal pueden extenderse en profundidad y ocasionar profusas hemorragias. Su reparación implica la localización del ángulo superior del desgarro y la sutura hemostática por encima del mismo. Después puede suturarse mediante puntos sueltos o sutura continua. En caso de estallidos vaginales tras dar los puntos hemostáticos, es preferible la colocación de un tapón de gasa vaginal apretado (y una sonda de Foley), si el intento de dar puntos de sutura se ve dificultado por la friabilidad del tejido. Los desgarros superficiales no sangrantes no requieren sutura.

Desgarros cervicales:

Desgarros cervicales de hasta 2 cm se consideran como inevitables en el curso de un parto normal, estos desgarros curan rápidamente y raramente son el origen de algún problema. Suelen localizarse a las 3 y 9 horas del cuello uterino. Si el desgarro supera aquella medida, suele afectar a estructuras vasculares que determinan la aparición de hemorragias inmediatas a su producción. Raramente los desgarros cervicales se extienden hasta involucrar el segmento uterino inferior y la arteria uterina. Casi siempre se asocian a maniobras traumáticas e inadecuadas sobre el cérvix, tales como la dilatación manual forzada del mismo, la utilización de medios extractores sin alcanzar la dilatación completa, rotaciones complicadas con fórceps, etc, pero ocasionalmente se producen de forma inesperada.

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

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

Todas estas intervenciones reparadoras requieren la utilización de adecuada analgesia y anestesia. (18)

Factores de Riesgo.

- Macrosomía fetal.
- Atención de parto en presentación pélvica.
- Aplicación de fórceps.
- Parto precipitado.
- Valoración del incremento en el peso durante la gestación.
- Ingreso de la paciente a sala de labor con condiciones cervicales favorables de acuerdo a sus antecedentes obstétricos.

Diagnóstico:

El diagnóstico se hace por inspección directa de la zona afectada.

Debe pensarse en esta posibilidad siempre que se haya presentado un parto difícil o una aplicación de fórceps, o bien cuando después del parto se observe pérdida continua de sangre fresca y rutilante aunque sea en cantidad escasa.

Se requiere de una amplia exposición de la región vagino-perineal, mediante el empleo de valvas vaginales y el uso de pinzas de anillos especialmente para revisar el cérvix, así como también para la toma anal de las fibras del esfínter y su aponeurosis en caso necesario. (17)

Tratamiento en el primer nivel de atención:

El médico del primer nivel de atención deberá diagnosticar y reparar los desgarros vagino-perineales de primer grado. Los desgarros de primer grado se suturan por medio de puntos separados con catgut crómico atraumático 00 ó 000. Los desgarros de segundo grado se suturan aproximando los músculos perineales profundos, por medio de puntos separados de catgut crómico atraumático 00.

Se deberán trasladar a las pacientes con presencia de desgarros de tercer grado y con desgarros de la pared lateral de vagina, previo taponamiento en vagina y medidas generales de traslado.

Tratamiento en el segundo y tercer nivel de atención:

Los desgarros de tercer grado deben ser reparados previa revisión cuidadosa, para determinar con toda precisión su extensión y trayectoria.

En los desgarros completos la reconstrucción se inicia por la sutura del recto, empleando puntos separados no penetrantes de catgut atraumático crómico. En algunos casos, es conveniente colocar un segundo plano de puntos para unir la fascia peri-rectal y la fascia del tabique recto-vaginal. A continuación se identifica el esfínter y su aponeurosis y se unen con puntos en U para el músculo y puntos separados para la aponeurosis, empleando catgut atraumático crómico del 0 ó 00. La reconstrucción perineal se termina de la misma manera que una episiotomía o un desgarro de segundo grado. (13)

En los desgarros del cérvix, se debe tomar el cérvix con pinzas de anillos, colocando una a cada lado del desgarro y ejerciendo una tracción moderada para obtener mayor visibilidad de la lesión; a continuación se colocan puntos separados con catgut atraumático crómico 0, empezando por el vértice del desgarro. Se anudan con la fuerza suficiente para aproximar bordes y para controlar el sangrado. Si el o los desgarros se extienden a los fondos de saco laterales, debe tenerse especial cuidado para no incluir en las suturas el útero que se encuentra a unos dos centímetros de distancia del cuello y del fondo de saco lateral de la vagina.

Los desgarros de la cara lateral de la vagina generalmente son profundos, y requieren ser suturados por personal capacitado en el segundo y tercer niveles de atención. El médico tratante deberá realizar un taponamiento vaginal con gasas o compresas y trasladar a la paciente para reparar los desgarros en vagina.

2- Trastornos de la coagulación

Definición y factores de riesgo:

La hemorragia obstétrica puede ocasionar o exacerbar un trastorno de la coagulación en la mujer embarazada. La mujer embarazada tiene un sistema hemostático particular, que forma parte de las condiciones propias de la gestación.

Estos cambios ayudan a tolerar la pérdida sanguínea que se presenta por la separación de la placenta durante el parto, pero su papel es secundario, ya que la contracción mecánica del miometrio reduce el flujo sanguíneo en el sitio de desprendimiento placentario, efectuando la hemostasia mecánica de mayor importancia.

Todos los probables trastornos de la coagulación deberán ser referidos al segundo y tercer niveles de atención para su diagnóstico, manejo y tratamiento. Algunos de los factores de la coagulación se hallan en concentraciones más altas durante la gestación, como son el factor VII, VIII, X, XII, así como el fibrinógeno y el fibrinopéptido A.

Los factores de coagulación que se encuentran disminuidos durante la gestación son el XI, XIII, proteína S, y en ocasiones las plaquetas se pueden encontrar con valores ligeramente aumentados.

El descubrimiento de nuevas sustancias como las proteínas C y su cofactor S, protrombinasa, factor plaquetario de superficie, fibrinopéptido A, han colaborado a aumentar el conocimiento del sistema de la coagulación.

La hemorragia en la mujer embarazada puede deberse a la deficiencia de factores de coagulación (congénita y adquirida), al consumo anormal de estos factores y con menos frecuencia a la disfunción de algunos de los factores de los sistemas de coagulación. La deficiencia de factores de causa adquirida es

la más frecuente, tal es el caso de la pre-eclampsia y de las enfermedades autoinmunes. La enfermedad de la coagulación de causa congénita que generalmente se presenta es la enfermedad de Von Willebrand, hemofilia A y B. Estas enfermedades deben ser tratadas por el hematólogo en la consulta antenatal y debe realizarse preferiblemente una valoración preconcepcional.

Este grupo de pacientes tiene una alta incidencia de presentar pre-eclampsia, por lo que algunos autores recomiendan medidas profilácticas durante la gestación, como es el uso de ácido acetilsalicílico a dosis de 60 mg. al día.

Diagnóstico:

Clínico.

- Presencia de petequias.
- Sangrado en capa y en sitios de punción cutánea.
- Equimosis.
- Hematomas.
- Hemorragia post-parto.

Laboratorio.

- Tiempo de protrombina.
- Tiempo de trombina.
- Tiempo parcial de tromboplastina.
- Cuenta plaquetaria.
- Frotis de sangre periférica.

Con una cuenta baja de plaquetas y tiempos normales de coagulación, se considerará a la paciente como portadora de púrpura trombocitopénica.

Con una cuenta plaquetaria normal con tiempos de coagulación normales en presencia de púrpura, se considerará a la paciente como portadora de disfunción plaquetaria o trombocitopatía.

Con una cuenta plaquetaria menor de 100 000 x mm³ y cuando menos dos tiempos de coagulación alargados 10 segundos con respecto testigo, se deberá sospechar en una coagulación intravascular diseminada.

Tratamiento:

Hemorragia aguda

- Tratamiento de la hemorragia aguda (hemostasia mecánica)
- Manejo de la hipovolemia: soluciones cristaloides (Hartman o fisiológica).
- Corrección de valores del hematocrito y hemoglobina mediante paquetes globulares.
- Plasma fresco congelado 10-15 ml/kg. cada 8-12 horas.
- Crioprecipitado 1 a 2 unidades por cada 10 kg. de peso.

Síndrome purpúrico.

- Concentrados plaquetarios 4 U/m² de superficie corporal cada 8-12 horas.
- Plasma fresco congelado 10 ml/kg.

Criterios de mejoría.

- Limitación de la actividad hemorrágica y/o extensión del área de trombosis.
- Corrección de unidades plasmáticas relación 1:2.
- Niveles de fibrinógeno mayores de 100 mg.
- Cuenta plaquetaria mayor de 100 000 x mm³. (16)

COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Infección 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.

La cesárea es la situación más predecible de endometritis posparto (EPP), especialmente después de la rotura de membranas de cualquier duración. El

rango de incidencia de endometritis postparto después del parto vaginal es de 0,9 a 3,9% y de cesárea de superior al 10%.

Fiebre después del parto.

Temperatura de 38°C o más, que se presenta después de las 24 horas postparto.

Factores de riesgo

Generales

- Anemia.
- Desnutrición.
- Obesidad.
- Enfermedades crónicas debilitantes.
- Pobreza, condiciones sanitarias e higiénicas deficientes.

Específicos

Durante el embarazo.

- Control prenatal deficiente.
- Infecciones de vías urinarias.
- Infecciones cervico-vaginales.
- Procedimientos invasivos.
- Rotura prematura de membranas (RPM) de más de 6 horas.
- Óbito fetal.

Durante el parto.

- Trabajo de parto prolongado.
- Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones).
- Desgarros cervicales y vagino-perineales mal reparados.
- Revisión manual de la cavidad uterina.

Durante la cesárea.

- Técnica quirúrgica inadecuada.
- Tiempo quirúrgico prolongado.

- Cesárea de urgencia.
- RPM de más de 6 horas.

Etiología.

La etiología de la infección puerperal es de naturaleza polimicrobiana y la mayoría de los gérmenes causales habita en el tracto genital de las mujeres. El efecto sinérgico de la combinación microbiana y de factores predisponentes, así como la presencia de tejido desvitalizado o condiciones generales de resistencia disminuida en el huésped, aumentan exponencialmente la virulencia y patogenicidad de estos gérmenes, dando lugar a la infección puerperal.

Los gérmenes aislados con mayor frecuencia son:

• Aerobios:

- Streptococos (A, B, D)
- Enterococos.
- Escherichia coli.
- Klebsiella.
- Staphylococcus aureus.
- Gardnerella vaginalis.

• Anaerobios:

- Bacteroides spp.
- Peptostreptococcus spp.
- Clostridium.
- Fusobacterium.

Otros:

- Ureaplasma urealyticum.
- Mycoplasma hominis.
- Chlamydia trachomatis.

Endometritis puerperal.

Cuadro febril por infección uterina después del nacimiento caracterizado por útero muy sensible y loquios de mal olor.

La infección puede favorecerse si existe cesárea, retención de restos placentarios o instrumentaciones.

Factores de riesgo:

Cesárea, RPM, corioamnionitis, trabajo de parto prolongado, monitorización fetal interna, alumbramiento manual.

Etiología.

Es polimicrobiana, son los gérmenes mencionados anteriormente los causantes de la infección, generalmente se propagan por fuente endógena, por vía ascendente o por contigüidad.

Clínica:

Los síntomas aparecen al tercer día del parto y se caracterizan por:

- Fiebre.
- Malestar general.
- Anorexia.
- Secreción vaginal fétida.
- Dolor abdominal, de predominancia en hipogastrio que luego se dispersa.

Diagnóstico:

- Leucocitos de 15000 a 30000.
- Cultivo del tracto genital o endometrio.
- Urocultivo.
- Hemocultivo.
- Ecografía.

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.

Mastitis Infecciosa.

Cuadro febril con inflamación e infección localizada polimicrobiana de la mama secundaria a ingurgitación mamaria y solución de continuidad, generalmente unilateral.

Puede llegar a organizarse y la infección determinar un absceso mamario.

Factores Favorecedores:

- Obstrucción del ducto.
- Grietas en pezón.
- Cremas en pezón.
- Estrés.
- Mastitis previas.

Etiología:

- Estafilococo Aureus.
- Estafilococo Epidermidis.
- E Coli.

Clínica:

- 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.
- Dolor y sensibilidad de las mamas 3–5 días después del parto.
- Mamas agrandadas y duras.
- Dolor y sensibilidad de las mamas.
- Área enrojecida, cuneiforme en la mama.

- Generalmente afectación unilateral.
- Secreción purulenta por el pezón.
- Adenopatías axilares.
- Puede llegar a formar un absceso mamario.

Dehiscencia e infección de herida perineal o abdominal

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).

Examen Físico

- Fiebre mayor a 38° C post parto y post cesárea.
- Estado general comprometido de manera variable con acentuación de cefalea, náusea y vómito.
- Escalofríos.
- Taquicardia.
- Deshidratación variable.
- Infección 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 séptico

- 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.

Exámenes de Laboratorio:

- Biometría hemática: leucocitosis con desviación a la izquierda, TP – TTP - Plaquetas. Tipificación, pruebas cruzadas.
- Prueba de coagulación junto a la cama.
- Coloración Gram y fresco o cultivo de secreción purulenta: no justifica porque la endometritis es polimicrobiana: Estreptococos, Anaerobios, E. Coli, Bacteroides, Clostridium, Estafilococo aureus, etc. (21)

III. MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO.

El presente trabajo investigativo es un estudio de tipo:

- Descriptivo.
- De corte longitudinal.

UNIVERSO

Corresponde a 300 mujeres gestantes en labor de parto.

MUESTRA

Estuvo conformada por 80 mujeres gestantes que cumplen con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Todas las mujeres con embarazo a término más labor de parto que fueron atendidas por parto vaginal en el Hospital Básico de Catacocha y que presentan complicaciones.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Todas las mujeres que dieron parto vaginal en su domicilio u otra institución privada.
- Todas las mujeres que dieron parto vaginal sin complicaciones.

MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

Para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos planteados en la presente investigación, se emplearon los siguientes métodos, técnicas y procedimientos.

METODO

- Científico: Es el que nos permite acceder a las revisiones bibliográficas para explicar fenómenos, establecer relaciones entre los hechos de forma que estos sean explicados.

Técnicas: Revisión de documentos:

1. **Libros de registro:** Libro donde se registran las pacientes atendidas de donde se obtuvo los números de Historias Clínicas que presentaron parto eutócico.
2. **Historia Clínica:** A través de este documento médico legal se puede obtener la recopilación de los datos del tema investigado que provee de la información necesaria para la recolección, del cual se obtuvo los datos a través de las notas de ingreso y de las notas post-parto.

Instrumentos:

1. **Ficha de recolección de datos:** Se trata de una ficha que contiene todos los datos obtenidos de las historias clínicas y que sirve como referencia para la organización y tabulación de los datos y que es realizada por Edwin Benítez. **(Anexo 2)**

Procedimiento:

1. Solicitud de autorización dirigida al director del Hospital Básico de Catacocha para la realizar el estudio. **(Anexo 1)**
2. Obtención de los números de Historias clínicas a través del libro de partos.
3. Búsqueda de las historias clínicas y de la revisión de las notas de ingreso y notas post-parto.
4. Aplicación de la ficha de recolección de datos.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez realizado el análisis, los resultados se organizaron a través de tablas y gráficos utilizando el programa Microsoft Excel 2010, para el procesamiento y análisis estadístico se utilizó el programa EPI INFO versión 6.04 de la OMS

IV. RESULTADOS

TABLA N° 1

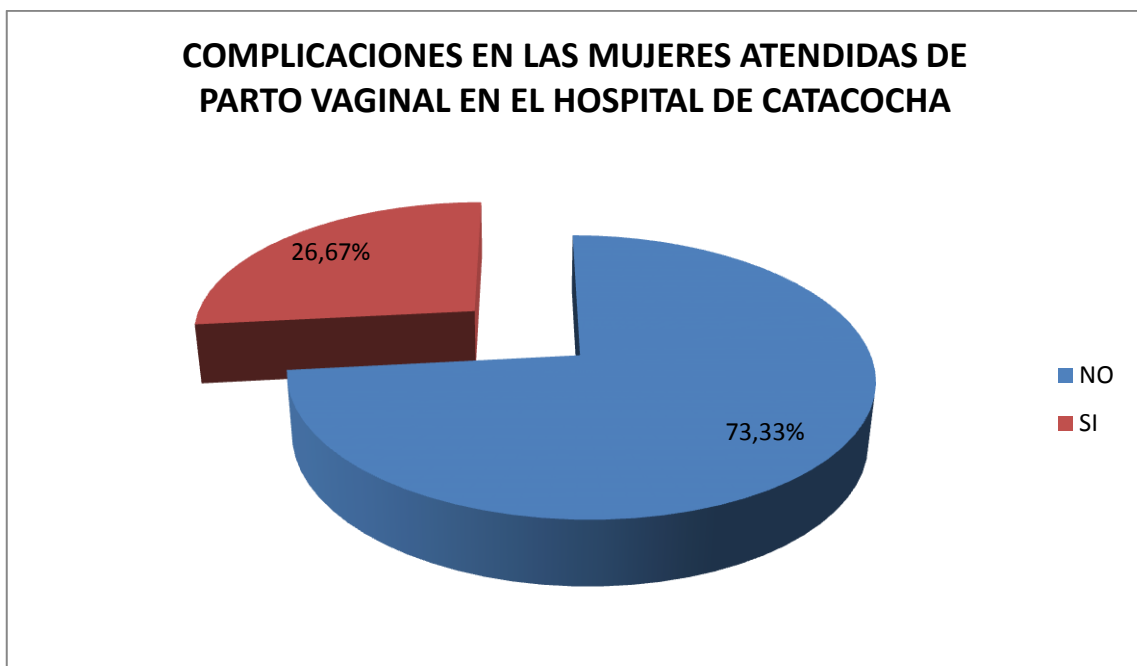
**COMPLICACIONES EN LAS MUJERES ATENDIDAS DE PARTO VAGINAL
EN EL HOSPITAL DE CATACOCCHA**

| COMPLICACIONES | FRECUENCIA | % |
|----------------|------------|---------------|
| Si | 220 | 73,33% |
| NO | 80 | 26,67% |
| TOTAL | 300 | 100,0% |

Elaborado por: Edwin Iván Benítez M.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

GRAFICO N° 1



INTERPRETACIÓN:

El 73,33% (220) de las mujeres atendidas de parto vaginal no presenta complicaciones y el 26,67%, (80) mujeres si presentó.

TABLA N° 2

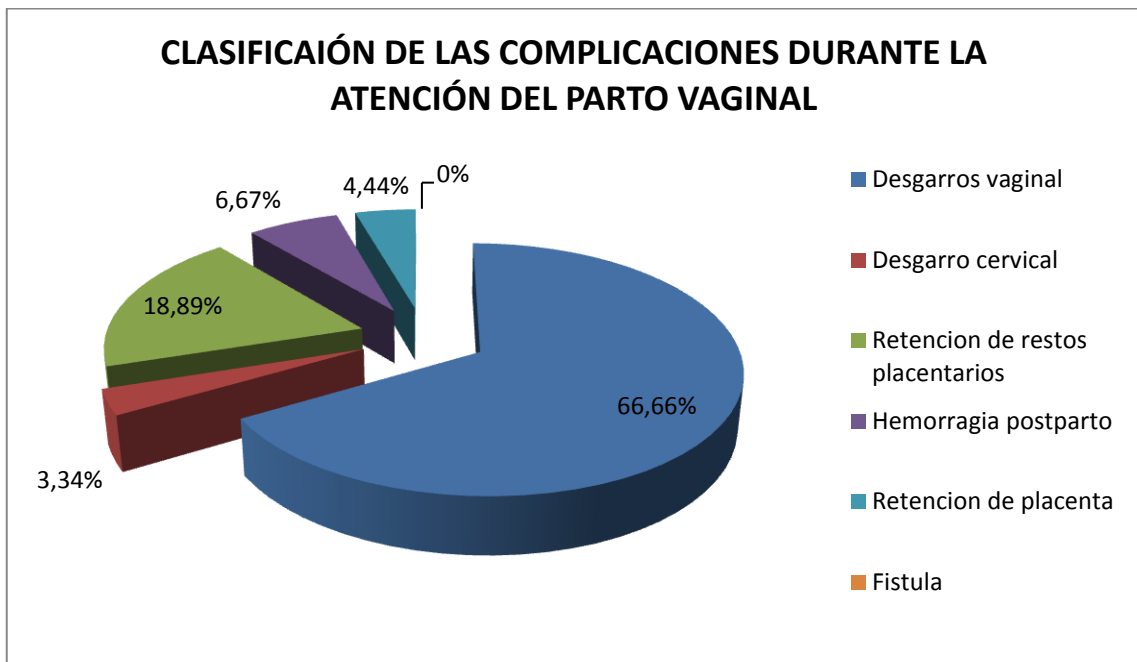
CLASIFICACIÓN DE LAS COMPLICACIONES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL

| COMPLICACIONES | FRECUENCIA | % |
|----------------------------------|-------------------|----------|
| Desgarros vaginal | 60 | 66,66% |
| Retención de restos placentarios | 17 | 18,89% |
| Hemorragia postparto | 6 | 6,67% |
| Retención de placenta | 4 | 4,44% |
| Desgarro cervical | 3 | 3,34% |
| Fistula | 0 | 0% |

Elaborado por: Edwin Iván Benítez M.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

GRAFICO N° 2



INTERPRETACIÓN:

La complicación más frecuente en la atención del parto vaginal son los desgarros que comprende un 66,66%, seguida de retención de restos placentarios en 17 mujeres que representa el 18,89% y en menor porcentaje las hemorragias post parto (6,67%) y la retención de placenta (4,44%).

TABLA N° 3

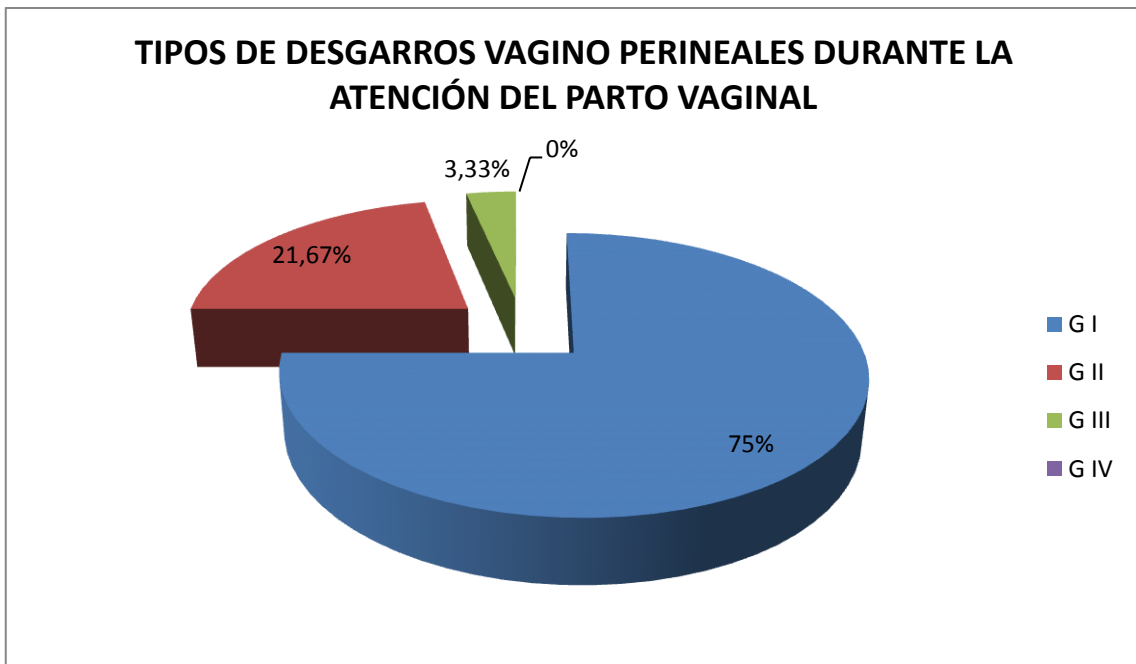
TIPOS DE DESGARROS VAGINO PERINEALES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL

| TIPOS | FRECUENCIA | % |
|--------------|------------|---------------|
| G I | 45 | 75% |
| G II | 13 | 21,67% |
| G III | 2 | 3,33% |
| G IV | 0 | 0% |
| TOTAL | 60 | 100,0% |

Elaborado por: Edwin Iván Benítez M.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

GRAFICO N° 3



INTERPRETACIÓN:

El desgarro más frecuente es el de Grado I, que comprende un 75%, seguido por el desgarro de Grado II (21,67%). Los desgarros graves como el de Grado III se produjeron en el 3,33% de casos. No se registraron desgarros Grado IV.

TABLA N° 4

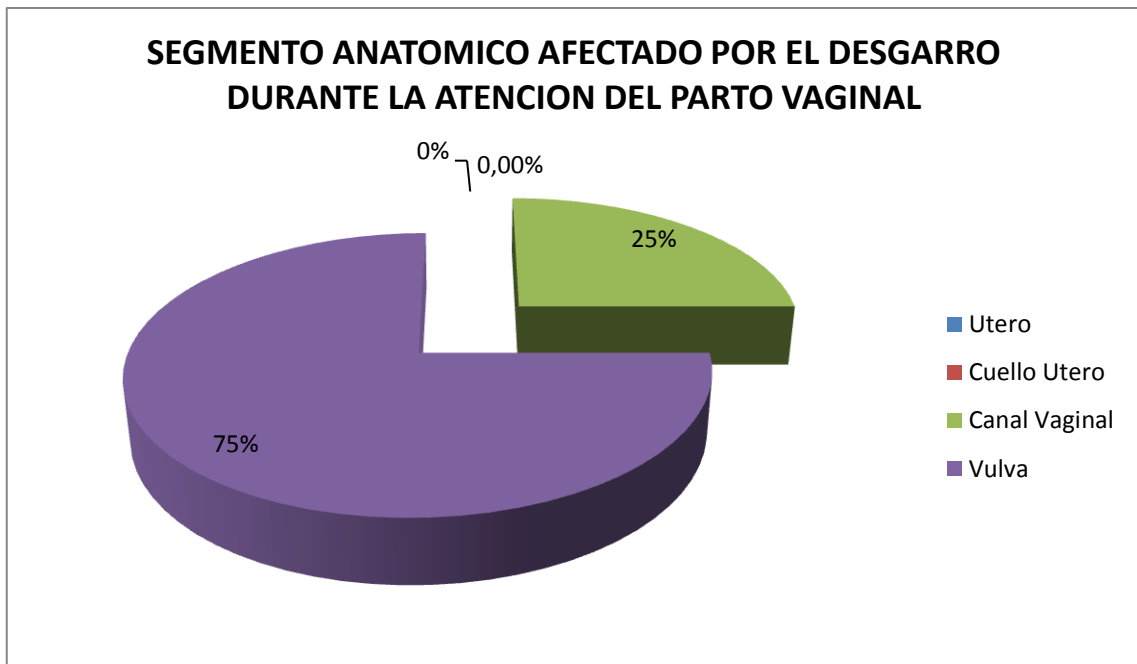
SEGMENTO ANATOMICO AFECTADO POR EL DESGARRO DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL

| SEGMENTO ANATOMICO | FRECUENCIA | % |
|--------------------|------------|---------------|
| Útero | 0 | 0% |
| Cuello Útero | 0 | 0% |
| Canal Vaginal | 15 | 25% |
| Vulva | 45 | 75% |
| TOTAL | 60 | 100,0% |

Elaborado por: Edwin Iván Benítez M.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

GRAFICO N° 4



INTERPRETACIÓN:

En el 75% de pacientes se ve afectada la vulva, en el 25% se ve afectado el canal vaginal.

TABLA N° 5

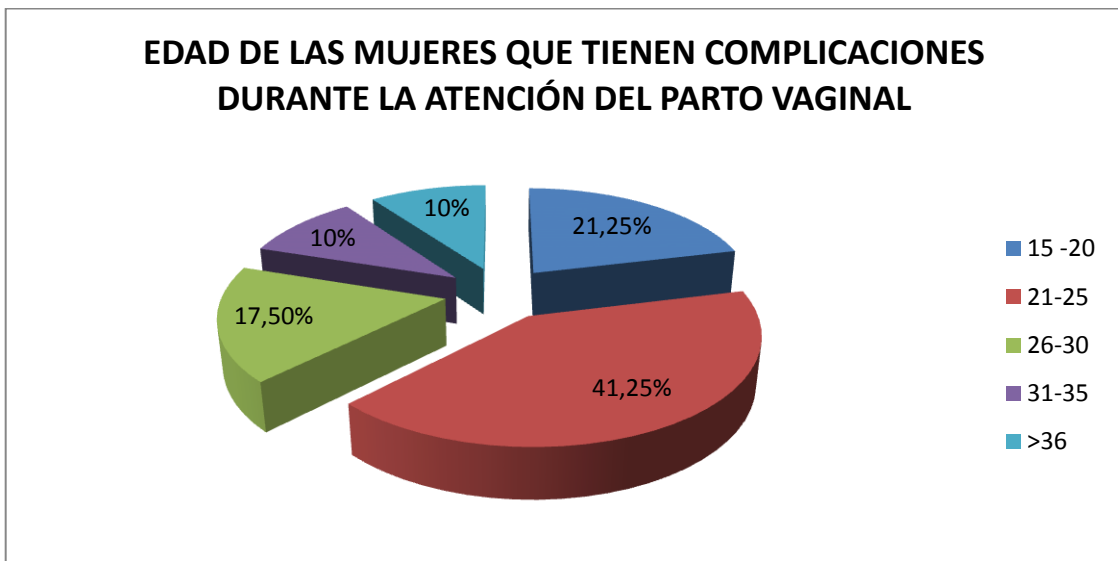
EDAD DE LAS MUJERES QUE TIENEN COMPLICACIONES DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL

| EDAD | FRECUENCIA | % |
|--------------|-------------------|---------------|
| 15 -20 | 17 | 21,25% |
| 21-25 | 33 | 41,25% |
| 26-30 | 14 | 17,5% |
| 31-35 | 8 | 10% |
| >36 | 8 | 10% |
| TOTAL | 80 | 100,0% |

Elaborado por: Edwin Iván Benítez M.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

GRAFICO N° 5



INTERPRETACIÓN:

En el gráfico podemos observar que el mayor porcentaje de pacientes que tuvieron complicaciones corresponde a edades que fluctúan en entre 21 y 25 años, con el 41, 25%, seguido por el grupo de edad de 15 a 20 años con el 21,25%.

TABLA N° 6

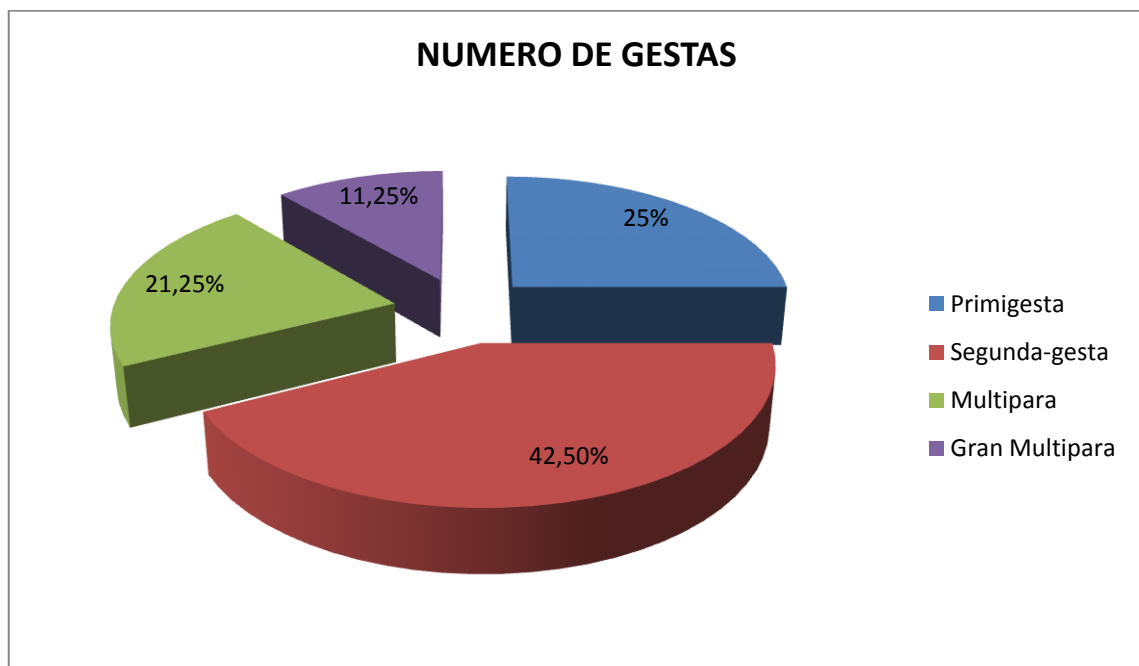
NUMERO DE GESTAS

| GESTAS | FRECUENCIA | % |
|----------------|-------------------|---------------|
| Primigesta | 20 | 25% |
| Segunda-gesta | 34 | 42,5% |
| Multipara | 17 | 21,25% |
| Gran Multipara | 9 | 11,25% |
| TOTAL | 80 | 100,0% |

Elaborado por: Edwin Iván Benítez M.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

GRAFICO N° 6



INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las complicaciones se produjeron en pacientes que cursaban la segunda-gesta en un 42,50%, seguida por pacientes primigestas con el 25%.

TABLA N° 7

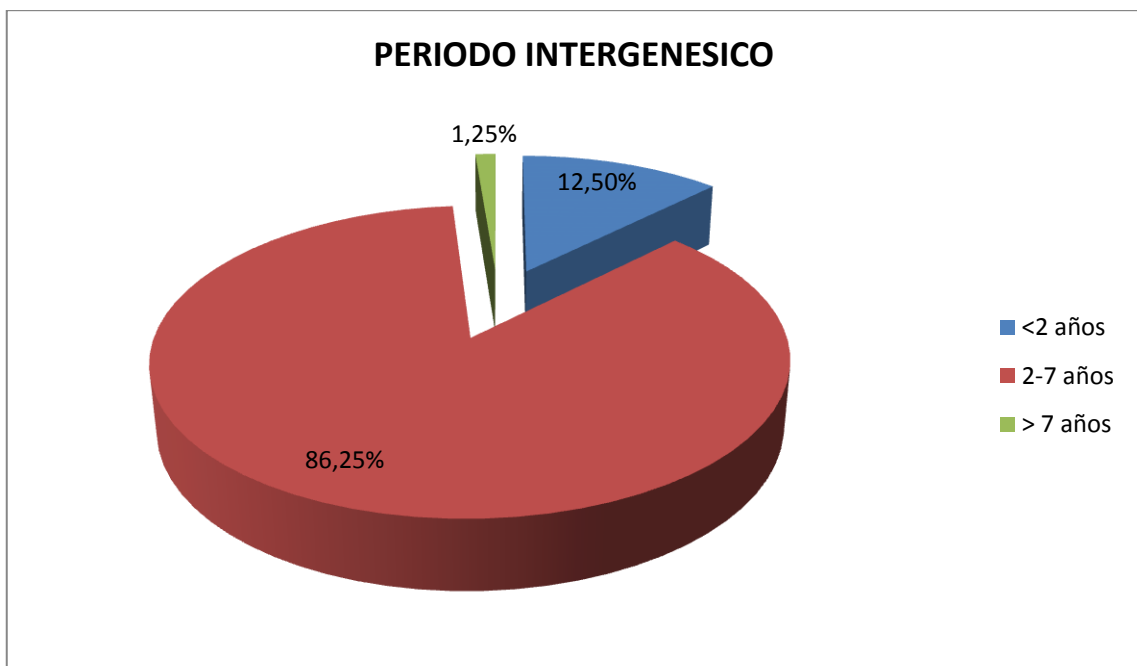
PERIODO INTERGENESICO

| ESPACIO | FRECUENCIA | % |
|----------------|-------------------|---------------|
| <2 años | 10 | 12,5% |
| 2-7 años | 69 | 86,25% |
| > 7 años | 1 | 1,25% |
| TOTAL | 80 | 100,0% |

Elaborado por: Edwin Iván Benítez M.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

GRAFICO N° 7



INTERPRETACIÓN:

Casi en su totalidad las complicaciones se producen en un periodo intergenesico de 2-7 años que son 69 mujeres que corresponde a un 86,25%.

TABLA N° 8

REALIZACIÓN DE EPISIOTOMIA DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL

| EPISIOTMIA | FRECUENCIA | % |
|--------------|------------|---------------|
| NO | 61 | 76,25% |
| SI | 19 | 23,75% |
| TOTAL | 80 | 100,0% |

Elaborado por: Edwin Iván Benítez M.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

GRAFICO N° 8



INTERPRETACIÓN:

El porcentaje de mujeres que requirieron de episiotomía durante este estudio corresponde al 23,75% de pacientes.

TABLA N° 9

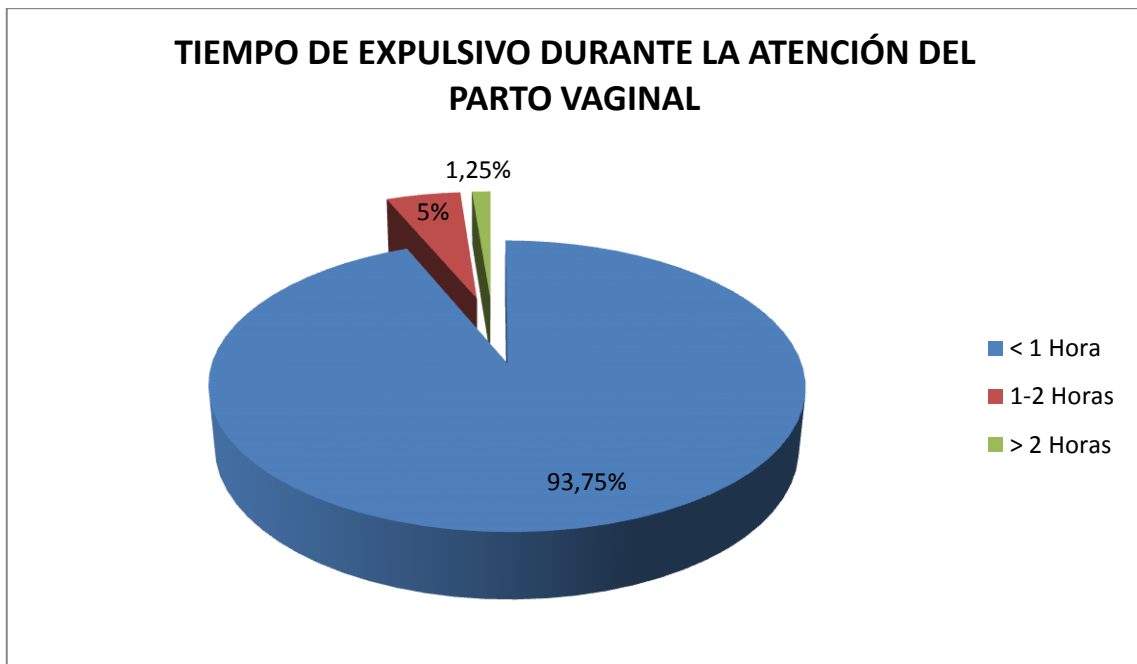
TIEMPO DE EXPULSIVO DURANTE LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL

| ESPACIO | FRECUENCIA | % |
|----------------|-------------------|---------------|
| < 1 Hora | 75 | 93,75% |
| 1-2 Horas | 4 | 5% |
| > 2 Horas | 1 | 1,25% |
| TOTAL | 80 | 100,0% |

Elaborado por: Edwin Iván Benítez M.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

GRAFICO N° 9



INTERPRETACIÓN:

La mayoría de las mujeres es decir 75 mujeres que corresponden a un 93,75% tuvieron un expulsivo menor de una hora de duración y una paciente presentó un expulsivo prolongado, lo que corresponde al 1, 25% de casos.

TABLA N° 10

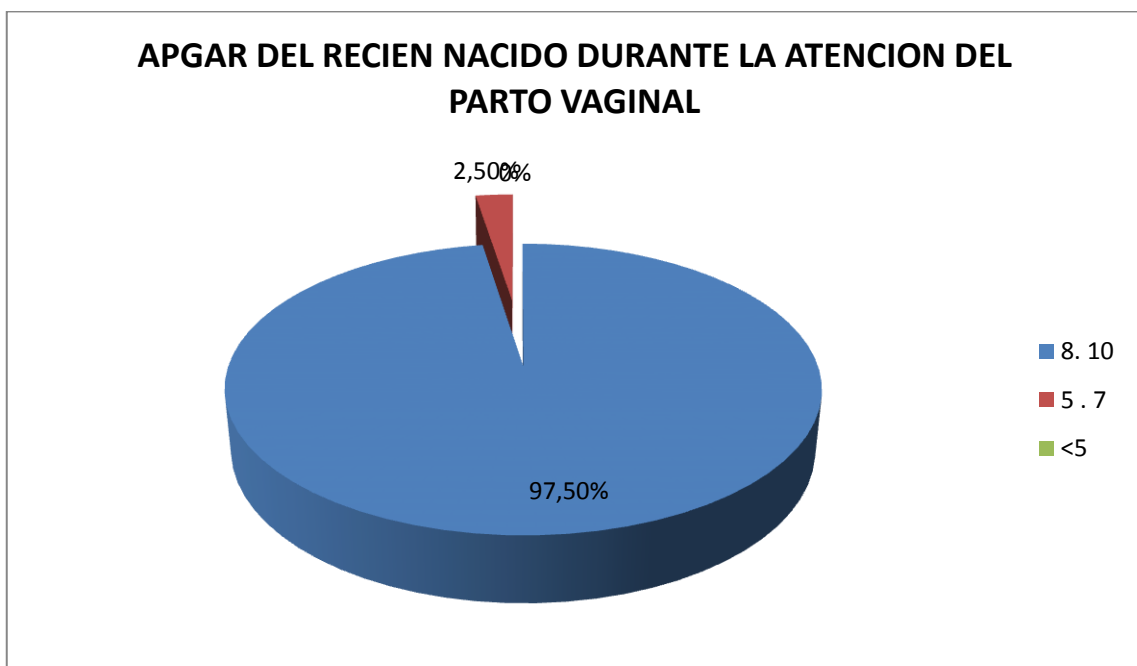
APGAR DEL RECIEN NACIDO DURANTE LA ATENCION DEL PARTO VAGINAL

| APGAR | FRECUENCIA | % |
|--------------|-------------------|---------------|
| 8 - 10 | 78 | 97,5% |
| 5 - 7 | 2 | 2,5% |
| <5 | 0 | 0% |
| TOTAL | 80 | 100,0% |

Elaborado por: Edwin Iván Benítez M.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

GRAFICO N° 10



INTERPRETACIÓN:

Los 78 recién nacidos que representa un 97,50% tuvieron un APGAR comprendido entre 8-10 puntos y dos recién nacidos que corresponde un 2,50% tuvieron un APGAR entre 5-7 puntos. Ningún recién nacido tuvo un APGAR menor de cinco.

V. DISCUSIÓN

El presente investigación hace referencia a conocer las complicaciones frecuentes durante la atención del parto vaginal, el segmento anatómico afectado y otras variables como la edad de las pacientes y la paridad en el Hospital Básico de Catacocha.

En nuestra investigación encontramos que las complicaciones se presentan en un 26,67%, en comparación a un estudio realizado en el Hospital General Docente de Riobamba en el año 2010 en el que se encontró un porcentaje total de complicaciones del 25%, y en otro estudio realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra en el año 2010, donde las complicaciones del parto eutócico fueron en 40%.(24)

Dentro de la principal complicación que se encuentra en nuestra investigación son los desgarros vagino-perineales en un 66,66%, teniendo como frecuente al desgarro grado I en un 75%, en relación a un estudio realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra en el 2010 se encontró que el 65% de pacientes presentaron desgarros perineales, pero a diferencia en este estudio fueron desgarros tipo II (50%) (26).

La segunda complicación durante la atención del parto vaginal en el hospital de Catacocha es la retención de restos placentarios en un 18,89% y según un estudio realizado en el Hospital Regional del Inca, y Hospital Santa María del Socorro de Perú, en Diciembre del 2011 se encontró un 39% de retención de restos de placenta. (25). Con relación al Hospital General de Riobamba en el año 2010 se presentan retención de restos placentarios en un 10% (22)

En el Hospital Regional del Inca, y Hospital Santa María del Socorro de Perú, en Diciembre del 2011 se encontró una mayor frecuencia de complicaciones maternas entre los grupos etarios de 20 a 35 años, en ambos hospitales (60%). En la presente investigación realizada en el Hospital de Catacocha también se encontró complicaciones en edades casi similares al estudio realizado en Perú, pues la mayor incidencia de complicaciones maternas se produjo entre las mujeres de 21 a 25 años en un 41,25%, esto tal vez porque el mayor porcentaje de partos se da en este grupo etario. Y en un estudio realizado en

Ecuador en el Hospital José María Velasco Ibarra en el año 2010 tiene como rango de edad a las mujeres entre los 20-30 años en un 50%(26)

Pérez, refiere que, el embarazo en los extremos de la vida reproductiva es una situación condicionante de alto riesgo obstétrico y perinatal (4). Botero, informa que se ha demostrado que la edad comprendida entre 20 y 29 años es la mejor para el proceso reproductivo y además es el grupo con menos mortalidad perinatal. Se sabe que al aumentar la edad también se incrementa la posibilidad de sufrir enfermedades crónicas que agravan la salud de la madre (6).

La mayoría de complicaciones maternas del Hospital Regional del Inca de Perú se dio en pacientes que cursaban la segunda gestación, en un 45% (23). En relación a este estudio el porcentaje encontrado en nuestras pacientes es similar (42,50%). En otro estudio realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra en el 2010 se evidencia que las complicaciones se producen en paciente segunda gesta en un 40%. (23)

El segmento anatómico afectado durante la atención del parto vaginal es la región vulvar, en un 75 %, en comparación a la investigación realizada en el Hospital José María Velasco Ibarra en el 2010, la mayor afectación se produjo también en la vulva (65%) y casi de manera similar en el estudio del Hospital general Docente de Riobamba 2010 donde existió un 70% de casos que presentaron alteraciones en la vulva. (26).

Botero señala que en la mitad de los partos que se encuentran en fase expulsiva va a existir afección de la región vulvar o el canal vaginal que son las zonas que van a recibir toda la fuerza contráctil del útero y que presentaran complicación después de la salida del recién nacido. (6)

En un estudio realizado en Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna de Cuba en el 2004, con respecto al APGAR del recién nacido se encontró que el 76% de recién nacidos tuvieron un APGAR de 8-10, en nuestro estudio encontramos un porcentaje de APGAR de 8-10 en un 97,5% de casos.

VI. CONCLUSIONES

- El porcentaje de complicaciones durante el parto vaginal en esta investigación corresponde al 26,67%.
- La principal complicación que se puede evidenciar en la atención del parto vaginal corresponde a los desgarros perineales en un 66,66%. Con mayor frecuencia observamos desgarros Grado I (75%).
- La mayor parte de las complicaciones se producen entre las edades de 21 a 25 años que representan un 41,25%, y que son las edades que con mayor frecuencia acuden a esta casa de salud para la atención del parto vaginal.
- Las complicaciones se producen con frecuencia en pacientes segunda-gesta en un 42,5%, y con un espacio intergenesico entre los 2-7 años.
- El segmento anatómico que se ve afectado con más frecuencia durante la atención del parto vaginal es la región vulvar en un 75%.

VII. RECOMENDACIONES

La investigación realizada en el Hospital de Catacocha sobre las complicaciones del parto vaginal, nos permite recomendar lo siguiente:

- La normativa materna vigente recomienda la atención del parto espontáneo evitando maniobras que puedan lesionar el canal del parto, por esto es importante la aplicación de esta normativa en todas las casa de Salud.
- La utilización de compresas estériles para disminuir la presión en la región vulvar, dada por el polo cefálico del feto, con el fin de disminuir el desgarro a nivel de este segmento anatómico.
- Utilizar los procedimientos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador del componente normativo materno CONASA durante la atención del tercer periodo del parto, es decir el procedimiento indicado para el alumbramiento placentario, ya que esto reduce la incidencia de hemorragia post-parto.

VIII . BIBLIOGRAFÍA

1. Bontfaz Jesús. Complicaciones Post-hemorragias del Hospital de Riobamaba-Ecuador. 2010.
2. MSP. Mejoramiento continuo de la calidad de atención Materno-Neonatal. CONASA. Ecuador. 2008 pag 13
3. Williams. W, y otros. Obstetricia. 23a ed. México. año 2011, Cap 17, pag 374
4. Schwarcz, Ricardo. L .y otros. Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires, El Ateneo, 2007. Cap 11.
5. Orlando R, Ricardo. Obstetricia y Ginecología. 1ª ed. La Habana, 2004. Cap 9, pag 85
6. Perez S, A. Donoso S, E. Obstetricia. 3ª ed. Santiago de Chile, Mediterráneo, 2007. 400p
7. MSP. Componente normativo materno, CONASA. Ecuador. 2008, pag 208.
8. Botero, Jubiz. y otros. Obstetricia y Ginecología. 7ª. ed. Bogotá, CIB, 2004. 660p.
9. OMS/UNICEF/FNUAP. Encuesta Demográfica y de Salud: estimaciones de mortalidad maternal para Ecuador del 2.002. Quito, Ecuador. 2.002.
10. Hill K, AbouZahr C, Wardlaw T. "Estimates of Maternal Mortality for 2001 .Bulletin of the World Health Organization Washington DC. 2002, 79 (3): 182-193
11. Surós Batlló A. Semiología Médica Y Técnica Exploratoria. 8ª Edición Masson. Barcelona. 2006.
12. Judge Richard D. y Colbs. Michigan Diagnóstico Clínico. MARBA Edición en español. Madrid España. 2000
13. NORMA Oficial, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio Mexicana NOM-007-SSA2-1993
14. IMPAC. Manejo de las complicaciones del embarazo y parto, OMS 2000, pag 85
15. Martos Alberto. Tratamiento oportuno de las complicaciones Obstetricas, Peru, 2010 pag 36

16. SNM. Prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica, lineamientos, Secretaría Nacional de México 2011. Pág 75
17. Nicaragua Ministerio de Salud. Guía para la prevención y manejo de la Hemorragia post-parto. Hospital Fernando Vález Paiz. 2007.
18. Cabrera. Santiago. Hemorragia post-parto, OPS, México, año 2011, pag 50
19. Mc CORMICK, M.L. Preventing postpartum hemorrhage in low resource setting Inter J. Ginecol-Obstetric. 2008.
20. GIRDON, H. y otros. La Medicina Basada en la Evidencia. Guías de usuarios de la literatura médica. Madrid, The American Medical Association. 2007. 200p
21. Cocharne. Guía clínica basada en evidencia. McNiven P. In: Feasibility study for a multi-centre randomized trial of the effect of an early labour assessment program on the rate of cesarean delivery [doctoral dissertation] University of Toronto, 1996:-
22. Gallego, C. Patología del puerperio Infección puerperal Hemorragias puerperales. Revista electrónica de portales médicos. [publicidad periódica en línea] 2008 abril 24. [citada 2008 abril]. Se consigue en: URL: <http://www.portalesmedicos.com>
23. Hemorragia post parto inmediata, disponible en www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/.../Hemorragiaposparto2005.doc2011-06-13
24. Complicaciones de Hemorragia puerperal, Hospital del Inca, Hospital Santa María del Socorro Perú, Diciembre 2011.
25. Patologías puerperales del Hospital José María Velasco Ibarra en el año 2010.
26. Mongrut-Steane A. Tratado de Obstetricia. Cuarta Edición. Lima- Perú. 2000.

X. ANEXOS

ÍNDICE DE LOS ANEXOS

Solicitud al Director Hospital (ANEXO 1)

Hoja de recolección de datos..... (ANEXO 2)

Loja, 02 de Octubre del 2013

Mg Nelson Gutiérrez

DIRECTOR DEL HOSPITAL BASICO DE CATACOCCHA

Ciudad.

De mis consideraciones

Yo Edwin Iván Benítez portador de la CI. 1104838865 Por medio de la presente me dirijo a usted de la manera más comedida, para solicitar la disposición de las historias clínicas de las pacientes que fueron atendidas de parto normal, para la recolección de datos de mi tema de tesis denominado **Complicaciones del parto vaginal en el Hospital Básico de Catacocha en el año 2013**, luego quedara constancias estadísticas para esta casa de salud sobre las principales complicaciones.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente le antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

Edwin Benítez

CI: 1104838865

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad: _____

Estado civil: Soltera Casada Unión Libre Separada Viuda

Escolaridad: Primaria Secundaria Superior Técnica

Gestas: Primigesta Segunda gesta Multípara Gran Multípara

Espacio Intergenesico: <2 años 2-7años >8 años

Membranas ovulares: Integras Rotas

Tiempo de ruptura de Membranas: <18 horas >18horas

Tiempo de expulsivo: <1 hora 1-2 horas >2 horas

Complicaciones:

Episiotomía: Si No

Desgarros Si No

GI GII GIII GIV

Retención de Placenta Si No

Retención de restos Placentarios Si No

Sangrado: <500 >500

Infección puerperal Si No

Fistula Si No

APGAR RN 8-10 5-7 <4

Peso del RN PAEG PEEG PBEG

Hemoglobina post-parto <7 7-9 9-11 >12

Otras _____

