



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**COMPLICACIONES MATERNAS EN PRIMIGESTAS DE 13 A 38 AÑOS DURANTE EL
PUERPERIO QUIRÚRGICO INMEDIATO EN EL HOSPITAL GENERAL GUASMO
SUR EN EL PERIODO DE ENERO 2017 – ENERO 2018**

AUTORES:

Samaniego Barahona Cristina

Aguilar Avilés Andrea

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

Médico General

TUTOR:

Dra. Vera Landívar Gloria

Guayaquil, Ecuador

30 de abril del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por Aguilar Avilés Andrea y Samaniego Barahona Cristina, como requerimiento para la obtención del título de Médico General.

TUTORA

f. _____

Vera Landívar Gloria

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, 30 de abril del 2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Samaniego Barahona Cristina Elizabeth**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, “Complicaciones maternas en primigestas de 13 a 38 años durante el puerperio quirúrgico inmediato en el hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero 2017 – enero 2018”, previo a la obtención del título de Médico General, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 30 de abril del 2019

f. _____

Samaniego Barahona Cristina Elizabeth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Aguilar Avilés Andrea Carolina**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, “Complicaciones maternas en primigestas de 13 a 38 años durante el puerperio quirúrgico inmediato en el hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero 2017 – enero 2018”, previo a la obtención del título de Médico General, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 30 de abril del 2019

f. _____

Aguilar Avilés Andrea Carolina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Samaniego Barahona Cristina Elizabeth**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “Complicaciones maternas en primigestas de 13 a 38 años durante el puerperio quirúrgico inmediato en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero 2017 – enero 2018”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 30 de abril del 2019

f. _____

Samaniego Barahona Cristina Elizabeth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Aguilar Avilés Andrea Carolina**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “Complicaciones maternas en primigestas de 13 a 38 años durante el puerperio quirúrgico inmediato en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero 2017 – enero 2018”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 30 de abril del 2019

f. _____

Aguilar Avilés Andrea Carolina

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS PARA URKUND CRISTINA Y ANDREA sb.docx (D50927030)
Submitted: 4/23/2019 6:39:00 AM
Submitted By: aagkuong@gmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

Agradecimiento

En primer lugar, quiero expresar un sincero agradecimiento, a Dios, por brindarme salud, inteligencia y perseverancia; por guiarme en mi camino a lo largo de mi etapa universitaria y permitirme cumplir mi principal objetivo. Agradezco a mi padre, Marco Samaniego, por su preocupación, trabajo y sacrificio en todos estos años. A mi hermana, Lourdes Samaniego, por estar siempre presente acompañándome y por el apoyo moral a lo largo de esta etapa. Agradezco a mi familia y amigos por aportar en mi formación académica, personal y espiritual. Gracias a todos por hacer esto posible y jamás haber dudado de mi capacidad incluso en los momentos más difíciles. ¡El logro es nuestro!

- Cristina Samaniego Barahona

Agradezco primeramente a Dios por nunca soltarme aun en mis momentos más difíciles de la carrera siempre encontré mi sustento y fortaleza en él, gracias padre celestial por no dejarme desmayar y mantenerme firme ante las adversidades. Gracias a mi familia por ser mi principal pilar y motor para seguir adelante por confiar en mí y ayudarme a crecer como ser humano. Gracias a mis amigos, por estar pendientes de mí en diferentes momentos, y por ser mi consuelo. A mi novio por ser mi compañero, amigo y pareja al mismo tiempo, por tener palabras y actos de cariño hacia mí en todo momento, darme amor y fortaleza necesaria para creer en mí. A mis compañeros de guardia con quienes viví todo el internado, gracias por ayudarme y siempre dejarme ver el lado positivo de las cosas, sin su apoyo nada hubiera sido igual, ¡aquí estamos LO LOGRAMOS!

- Andrea Aguilar Avilés

Dedicatoria

El presente trabajo investigativo se lo dedico a la memoria de mi madre, Lourdes Barahona Pinos, quién con su ejemplo y amor me inspiró a estudiar esta carrera universitaria. A mi padre, familia, amigos y a todas las personas que han hecho que el trabajo se realice con éxito, especialmente a aquellos que me brindaron apoyo y compartieron sus conocimientos.

- Cristina Samaniego Barahona

Dedico este trabajo de Tesis a mis padres quienes confiaron en mis capacidades desde el principio e hicieron todo lo posible por darme lo que necesito y más, por ser mi ejemplo de perseverancia y ayudarme a cumplir cada uno de mis sueños sin dudar de mí, quienes me forjaron como la persona que soy en la actualidad, todos mis logros se los debo a ustedes y el regalo más grande que tengo en la vida es pertenecer a esta familia.

A todas las personas que fueron parte de todo este proceso de aprendizaje y enriquecimiento personal, familiares, amigos, novio, cada uno tuvo una función especial en mi vida y sin ustedes nada de esto hubiera sido posible.

- Andrea Aguilar Avilés



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Andrés Ayón Genkuong

Docente

f. _____

Dr. Luis Molina Saltos

Docente

f. _____

Dr. Christian Elías Ordoñez

Docente

Índice

Resumen	XIV
Abstract.....	XV
Introducción.....	2
Marco Teórico	3
Capítulo 1	3
Cesárea.....	3
Definición y estadística.....	3
Criterios clínicos para realizar cesárea	5
Capítulo 2	6
Embarazo.....	6
Embarazo en Primigestas.....	6
Puerperio fisiológico y quirúrgico	8
Capítulo 3	10
Complicaciones durante el puerperio.....	10
Hipotonía uterina.....	10
Cistitis	11
Mastitis	12
Capítulo 4	14
Muerte materna en Ecuador.....	14
Materiales y métodos	16
Diseño.....	16

Tamaño de la muestra	16
Objetivo general.....	16
Objetivos específicos	16
Hipótesis.....	17
Método de recolección de datos	17
Criterios de inclusión	17
Criterios de exclusión.....	18
Descripción de instrumentos de recolección de datos.....	18
Análisis estadístico	18
Estadísticos descriptivos.....	19
Análisis de resultados	20
<i>Tabla # 1. Número de controles y cantidad de controles obtenidos.....</i>	<i>20</i>
<i>Gráfico#1. Número de controles y cantidad de controles obtenidos.....</i>	<i>21</i>
<i>Tabla #2. Datos estadísticos - Cantidad de controles prenatales</i>	<i>21</i>
<i>Tabla #3. Número de controles prenatales vs intervalo de edades de las pacientes</i>	<i>22</i>
<i>Gráfico #2 . Número de controles prenatales vs intervalo de edades de las</i> <i>pacientes.</i>	<i>22</i>
<i>Tabla #4. Edad de la paciente Vs. cantidad de pacientes.....</i>	<i>23</i>
<i>Tabla #5. Datos estadísticos: Edad de la paciente Vs. cantidad de pacientes.</i>	<i>24</i>
<i>Gráfico #3. Edad de la paciente Vs. cantidad de pacientes</i>	<i>24</i>
<i>Tabla#6. Complicaciones más frecuentes durante el puerperio quirúrgico</i> <i>materno.....</i>	<i>25</i>

Gráfico #4. Complicaciones más frecuentes durante el puerperio quirúrgico... 26

Tabla #7. Cantidad de días de estancia hospitalaria..... 27
..... 28

Tabla#8 Datos estadísticos. Días de estancia hospitalaria 28

Gráfico #5. Número de días de estadía Vs. cantidad de pacientes 28

Discusión 29

Conclusión 31

Recomendaciones 32

Referencias 33

Resumen

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas realizadas con mayor frecuencia a nivel mundial. En Ecuador, un 49% de los partos son llevados a cabo por este medio. Es un procedimiento que consiste en la extracción del feto a través de una incisión uterina. Como todo proceso quirúrgico existe la posibilidad de desarrollar complicaciones. Entre ellas se encuentran: hemorragias, hipotonía o atonía uterina, trastornos de la coagulación, retención placentaria, globo vesical, desgarro del canal de parto, trombosis de los miembros inferiores, infecciones y muerte. El objetivo de nuestro estudio fue determinar las complicaciones maternas frecuentes durante el puerperio quirúrgico inmediato en pacientes primigestas de 13 a 38 años en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero de 2017 a enero de 2018. De una población de 795 personas, se tomó una muestra aleatoria de 100 individuos para estimar los resultados. Con los datos recolectados, pudimos establecer que el 42% de las pacientes, no presentó ninguna complicación. Sin embargo, del 58% de las pacientes que, si presentaron complicaciones, las tres más frecuentes fueron cistitis, vaginitis y endometritis; ocupando un 11%, 10%, y 9 % respectivamente. Otras complicaciones que se presentaron en menos del 7% fueron depresión post parta, mastitis, salpingitis, psicosis puerperal, hematomas, y por último, atonía uterina. Por lo que pudimos concluir, que, aunque la estadística a nivel de nuestro país señala a la atonía uterina como la principal complicación durante el puerperio quirúrgico inmediato, en nuestra investigación la cistitis post parto ocupó el primer lugar.

Palabras clave: *cesárea, periodo post parto, complicaciones maternas postoperatorias.*

Abstract

Cesarean section is one of the most frequently performed surgical procedures worldwide. In Ecuador, 49% of deliveries are carried out by this technique. It is a procedure that consists in the extraction of the fetus through a uterine incision. However, like any surgical procedure there is the possibility of developing complications. Among the most frequent are: hemorrhages, hypotonia or uterine atony, coagulation disorders, placental retention, bladder balloon, hematoma, lower limbs thrombosis, infections and even death. The objective of our study was to determine the frequent maternal complications during the immediate surgical puerperium in primiparous patients from 13 to 38 years old in the Hospital General Guasmo Sur from January 2017 to January 2018. For which of a population of 795 people, a random sample of 100 individuals was taken to estimate the results. With the results collected, we were able to establish that the 42% of patients did not present any complication. However, about 58% of the patients who did have complications, the three most frequent were cystitis, vaginitis and endometritis; occupying 11%, 10%, and 9% respectively. Other complications that occurred in less than 7% were postpartum depression, mastitis, salpingitis, puerperal psoriasis, birth canal tearing, and finally uterine atony. So, we can conclude that beside the statistics at our country show uterine atony as the main complication during the immediate surgical post-partum period, in our research postpartum cystitis occupied the first place.

Key words: cesarean section, postpartum period, maternal postoperative complications.

Introducción

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas realizadas con mayor frecuencia a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud plantea que una tasa del 10-15 % del total de partos anuales sea por cesárea, pero en la actualidad en América latina ese porcentaje va en aumento. En Ecuador, un 49% de los partos realizados son hechos por cesárea; no obstante, esta cirugía es indicada solamente bajo algunos criterios clínicos y quirúrgicos a cargo del profesional de salud, tales como: mala posición fetal, configuración anatómica inadecuada materna, o por cualquier situación médica que ponga en riesgo el bienestar materno y fetal.

A pesar de ser una cirugía de corto tiempo de recuperación, existen complicaciones que pueden prolongar el tiempo de convalecencia de la paciente. Entre las más frecuentes se encuentra: hemorragias, hipotonía o atonía uterina, trastornos de la coagulación, retención placentaria, globo vesical, desgarro del canal de parto, trombosis de los miembros inferiores, infecciones e incluso la muerte.

La identificación y el manejo de las complicaciones del puerperio inmediato son sumamente importantes para optimizar los periodos de recuperación maternos, razón por la que este estudio busca determinar las complicaciones maternas más frecuentes durante el puerperio quirúrgico inmediato en pacientes primigestas que fueron atendidas en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero 2017 hasta enero de 2018. La siguiente revisión expone casos retrospectivos en los cuales se han evidenciado complicaciones durante el periodo puerperal de una primigesta.

Marco Teórico

Capítulo 1

Cesárea

Definición y estadística

La cesárea clínicamente se define como la extracción del feto vivo o muerto a través de una incisión o laparotomía uterina, una vez que el embarazo alcanza la viabilidad uterino del feto (1). Se trata de un procedimiento obstétrico fundamental e histórico, detallado desde el año 1582, donde Rousset publica un libro en que se apoya el uso de operación en mujeres vivas (2), y, diseñado en primera instancia para reducir daños tanto para al recién nacido como para la madre, siempre y cuando se realicen bajo justificación médica. Actualmente existen tres tipos de cesárea: cesárea electiva, cesárea en curso de parto o de recurso, y cesárea urgente. (3)

Durante la intervención se requiere de la administración de fármacos como analgésicos, antibióticos, e incluso existe la posibilidad que se utilicen hemoderivados o sangre para contribuir con la estabilidad y bienestar materno fetal.(4)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1985 se establece que la tasa de nacimientos por cesárea en un país debe oscilar entre 5 y 15 %, si la tasa sobrepasa el rango establecido se sobreentiende como un abuso en el procedimiento no motivado por indicaciones médicas puntuales (5).

En la actualidad en América Latina durante el año 2015, se mantienen dichos porcentajes en las tasas de cesárea dentro de un país, sin embargo el porcentaje de cesáreas se encuentra alrededor del 38,9%.(6)

En nuestro país esa tasa va en aumento principalmente en las ciudades más grandes y urbanizadas del Ecuador con un 41.2 % en las provincias de Pichincha y Guayas, siendo la provincia del Guayas la que tiene más incidencia de parto por cesárea. Según ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) Tomo II 2012, de acuerdo al área de residencia, el área rural tiene una proporción más alta en parto vaginal que el área urbana, en contraste con el área urbana que tiene una proporción más alta en parto por cesárea que partos vaginales.(7) De acuerdo al grupo étnico, las madres montubias tienen mayor incidencia de parto por cesárea frente a las madres indígenas que prefieren parto vaginal. Según el nivel de instrucción las madres con instrucción primaria incompleta tienen mayor incremento de porcentaje de cesárea en relación a las madres con instrucción superior y postgrado. En relación a la edad de la madre, se observó un porcentaje mayor en cesáreas en madres menores a 20 años con un 34.7%, en madres entre los 30-39 años un 46.6% y las madres añosas mayores a 40 un porcentaje de 45.5%. Tomando en cuenta que estos dos últimos, sobrepasan el nivel nacional de partos por cesárea a nivel de país.(8)

Para finalizar se reporta que en las instituciones privadas se realizan más de la mitad de partos por cesárea , mientras que las instancias del MSP se prioriza utilizar el parto vaginal (8)

Criterios clínicos para realizar cesárea

De acuerdo a la Guía Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública existen ciertos criterios clínicos que se utilizan para optar por dicho procedimiento, los cuales pueden ser debido a complicaciones de la gestante o complicación del feto, los más comunes durante el periodo de parto son: falla en el progreso de labor del parto, estado fetal incierto y mala presentación fetal (8). La falla en el progreso de labor de parto o también llamado parto prolongado, se denomina a la prolongación de labor de parto a más de 14 horas, esto debido a algunas causas posibles, como lento borramiento del cuello uterino, estrecho canal de parto, pelvis pequeña de la gestante, contracciones débiles o inexistentes. El estado fetal incierto, anteriormente conocido como sufrimiento fetal es la segunda causa, la cual se produce por la agresión del feto alrededor del momento del nacimiento sea por perfusión tisular inadecuada o por falta de oxígeno (9).

La mala posición fetal, se describe como inadecuada presentación, posición o actitud del feto para atravesar el canal de parto de manera que no hayan complicaciones, dicho ítem se revisa durante el control prenatal para establecer la relación del feto y la cavidad uterina, dado que esto permitirá realizar intervenciones previas al término para corregir situaciones anómalas o derivar a la paciente a un manejo quirúrgico del parto(10).

Existen además otras causas menos frecuentes para la utilización de este proceso quirúrgico invasivo como: placentación anormal, prolapso del cordón, sospecha de macrostomia, infección materna con riesgo significativo de transmisión perinatal durante el parto vaginal, diátesis de sangrado fetal, o cirugía uterina previa que ingreso a la cavidad endometrial, entre otras.(11)

Capítulo 2

Embarazo

Embarazo en Primigestas

Definir la edad adecuada para concebir ha sido siempre un dilema difícil de responder por ginecólogos y obstetras, debido a que la mayoría de morbilidades, se presentan en las edades extremas de la vida reproductiva, es decir madres adolescentes comprendidas entre 10 y 19 años y madres mayores a los 35 años de edad (12), las estadísticas a nivel mundial muestran datos relevantes sobre posibles consecuencias, tanto para la madre como para el producto debido a características fisiológicas y anatómicas en estos grupos etarios que pueden repercutir en el desarrollo del embarazo y consecuente puerperio sea este fisiológico o quirúrgico. (13)

Las primigestas son el grupo en particular al cual va enfocado este proyecto, consideradas un grupo vulnerable en su mayoría debido al desconocimiento acerca de opciones de parto y sobre todo de los criterios médicos que se llevan a cabo para establecer una correcta elección del método para el alumbramiento de su primogénito (4).

El embarazo es una etapa de cambios en la mujer, tanto fisiológicos como emocionales y psicológicos, a esto se suma la inmadurez fisiológica si la gestante es una adolescente, teniendo en cuenta que las primigestas son en gran porcentaje son madres adolescentes que oscilan entre los 10 y 19 años de edad, factor que también influye en su desarrollo gestacional debido a su nivel intelectual en adición a su nivel socioeconómico durante el embarazo.

Según la OMS se considera como adolescente a jóvenes entre 10 a 19 años de edad, y el embarazo adolescente lo define como embarazo de alto riesgo, debido a las consecuencias que tiene sobre la salud del feto y de la madre, agregando las posibles secuelas personales y sociales, en particular sobre el proyecto de vida de las jóvenes gestantes (14). El embarazo adolescente, en su mayoría no es un embarazo planificado, por lo que la gestante desconoce de su estado y no realiza los controles y cuidados adecuados, además de las repercusiones importantes en su vida personal familiar y su entorno social se agregan a esto las posibles dificultades durante el parto tanto para la madre como para el recién nacido, que por su estructura anatómica en desarrollo afectara el transcurso del embarazo como: pelvis estrecha, canal de parto anómalo, placenta previa, parto prematuro, preclamsia, entre otras.

Por otro lado, otro factor de riesgo para el desarrollo de un embarazo es la edad reproductiva mayor a 35 años, se lo define como gestante que por su edad pueden tener antecedentes de enfermedades como hipertensión, diabetes, operaciones obstétricas previas, miomas, quistes, tumores, entre otras que pueden interferir en la gestación y favorecen las complicaciones durante el parto y puerperio y aumenta las probabilidades de intervenciones quirúrgicas de urgencia(15).

Puerperio fisiológico y quirúrgico

Se denomina puerperio al periodo comprendido desde que termina el alumbramiento hasta el retorno de los órganos sexuales de la gestante a su estado normal pre gravídico. El puerperio se clasifica según su evolución en puerperio fisiológico y puerperio patológico. En referencia al puerperio fisiológico, se trata del periodo postparto en el que no se encuentran signos que pongan en peligro la vida de la gestante, mientras que el puerperio patológico se relaciona con alguna patología como infección o hemorragia. Según el tiempo transcurrido el puerperio se clasifica en: Inmediato, mediano y tardío.(16)

El puerperio inmediato comprende las primeras 24 horas, el puerperio mediano dura desde el segundo día hasta el día 10 y, el puerperio tardío comienza del día 11 hasta el día 42. El MSP indica que toda madre debe recibir un control postparto a los siete días del parto como norma de todas sus instituciones asociadas. En este periodo es sumamente importante realizar el control postparto para vigilar el desenvolvimiento normal del puerperio, etapa en donde los órganos genitales maternos atraviesan cambios sea este procedimiento quirúrgico o fisiológico, y se preparan para adquirir las características anteriores a la gestación. Se evalúa las contracciones uterinas, el sangrado y los signos vitales en las primeras dos horas posteriores al parto en la sala de partos con el propósito de prevenir la hemorragia por desgarros no diagnosticados, hematomas y atonía o inercia uterina en el post parto, se considera de vital importancia para la identificación temprana de signos de peligro en esta etapa.(4)

Esta norma prioriza el control a los 7 días en primera instancia, luego entre los 8 y 40 días el segundo control, y finalmente hasta los 41 días o más.

Según datos del ENSANUT un porcentaje mínimo recibió el control de acuerdo a la norma MSP dentro de los primeros 7 días, mientras que las madres que no tuvieron ningún control obtuvieron un porcentaje mucho mayor. (17)

Se considera de vital importancia el manejo de la puérpera con los consiguientes controles realizados por el médico de cabecera a partir del término de la cesárea, es recomendable que toda mujer tenga contacto con su ginecólogo/obstetra especialmente durante las 3 primeras semanas postparto, para tener un inicial asesoramiento que incluya apoyo para su recuperación física , social , psicológico, sexual, anticonceptivo, manejo de enfermedades preexistentes como hipertensión, obesidad, diabetes y las posibles complicaciones de acuerdo a su patología de base. Deben mantenerse en constante contacto de manera que la puérpera sienta que en todo momento apoyo de su médico y acuda inmediatamente si presenta algún síntoma o signo de alarma. (18)

Capítulo 3

Complicaciones durante el puerperio

Las complicaciones post cesáreas pueden darse por un sinnúmero de factores y se asocian a un riesgo tres veces mayor de muerte materna, en comparación con el parto vaginal. Estas complicaciones terminan en una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna (5). Entre aquellas con mayor significancia médica durante el puerperio, se encuentra las siguientes condiciones: hipotonía o atonía uterina, desgarro del cérvix, retención placentaria, preeclampsia, vaginitis, cistitis, endometritis, mastitis, hematoma, sepsis puerperal, y seromas. Por otro lado, las complicaciones que no representan un peligro inminente para la vida de la madre son las condiciones psiquiátricas que también pueden intervenir en el adecuado desenvolvimiento del puerperio materno como son la depresión postparto y psicosis puerperal.

Hipotonía uterina

Según estadísticas, la hipotonía uterina consta como una causa de muerte evitable en embarazadas a nivel mundial con un porcentaje del 70% durante el puerperio inmediato. (19). La hipotonía o llamada también atonía uterina se define como una pérdida de tono en la musculatura uterina que tiene como consecuencia una ausencia de su contracción, lo que conlleva a un prolongamiento de la regresión luego del parto. Esta ausencia de tono uterino implica que la gestante después de expulsar al bebe y a la placenta, sangre

continuamente y pueda ocasionar una hemorragia importante junto con un impetuoso dolor con acumulación de coágulos internos y presencia de hematomas.

La OMS define a la hipotonía uterina como la pérdida hematológica por encima de 1000 ml después de una cesárea y el tratamiento inmediato es vital para salvaguardar la vida de la madre. (20). La hemorragia postparto precoz es una complicación aguda de la hipotonía uterina, la cual es una de las principales causas mundiales de la mortalidad materna. Dicha hemorragia ocurre dentro de las primeras 24 horas y cerca del 75-80 % son causadas por hipotonía uterina, generalmente es catalogada como mortal. (21)

El diagnóstico de hipotonía uterina es clínico y es importante identificar signos de alarma que pueden anunciarnos posibles complicaciones inmediatas como: sangrado excesivo, fiebre, dolor uterino, disuria, problemas en la lactancia, disnea, dolor torácico, abdominal que no calma, estado de ánimo perturbante o cambiante. (22)

Cistitis

La cistitis es una enfermedad inflamatoria crónica de la vejiga. La mayoría de las veces es causada por una infección del tracto urinario. (23) Su etiología es indeterminada, sin embargo, se han determinado una serie de factores de riesgo que podrían contribuir en el desarrollo de la enfermedad tales como: trauma, sobre distensión vesical, disfunción del piso pélvico, desorden autoinmune, infección bacteriana, trauma de médula espinal, sexo femenino, edad entre los 30 y los 40 años, desórdenes crónicos como Síndrome de intestino irritable y fibromialgia. Clínicamente se describe como una afección dolorosa y debilitante, que cursa con dolor pélvico, urgencia miccional, polaquiuria, dispareunia,

molestia o presión en la vejiga el cual puede ser constante o intermitente y puede cambiar de intensidad. La característica del dolor en esta patología es que el dolor se presenta cuando la vejiga está llena y alivia cuando el paciente miccional.

Endometritis

Se trata de una inflamación o irritación del tejido de revestimiento del útero que es el endometrio.(24) Su etiología involucra al Streptococos del grupo B, Escherichia coli, bacteroides, Staphylococcus aureus, entre otros. Sin embargo, existen múltiples factores de riesgo que la predisponen tales como: Infecciones del tracto genital inferior o ruptura prematura de membranas, desnutrición materna, anemia, obesidad, contaminación bacteriana por vía ascendente, trabajo de parto prolongado, traumatismos, desgarros, hematomas, higiene inadecuada, luego de procedimientos a través del cuello uterino como legrados, biopsia de endometrio, histeroscopia, colocación de un DIU, entre otras.(25). Clínicamente se manifiesta con: hinchazón abdominal, sangrado vaginal anormal o flujo vaginal, estreñimiento y constipación, fiebre, malestar general, inquietud, fatiga, astenia, dolor en la parte baja del abdomen o región pélvica y loquios alterados, ya sea en cantidad, color u olor.

Mastitis

En cuanto a la mastitis, consiste en una inflamación de uno o varios conductos de la glándula mamaria, que puede estar acompañada o no de infección. Su incidencia está alrededor del 10% de las mujeres lactantes. Se presenta con mayor frecuencia en los tres primeros meses, especialmente entre la segunda y la tercera semana posparto.

En la mayor parte de las mujeres se presenta de forma unilateral. Existen varios factores de riesgo que predisponen esta patología siendo la retención de leche y el sobre crecimiento bacteriano los más importantes. Clínicamente, se manifiesta con: dolor mamario y signos inflamatorios (calor, rubor y eritema), abscesos, fiebre, fatiga, dolores articulares, escalofríos, náuseas, lesiones dolorosas en el pezón como grietas.(26)

Depresión Postparto

Es una enfermedad muy frecuente. Afecta a una de cada seis mujeres que dan a luz. Se define como un trastorno que afecta a las mujeres después de dar a luz interviniendo en su estado de ánimo y se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. Clínicamente cursa extrema ansiedad, tristeza y cansancio que provoca una alteración en sus actividades diarias y cuidados de sí mismo y de otras personas. Esto puede llegar a afectar la salud de la madre, puede interferir con su capacidad de relacionarse con la sociedad y con los cuidados de su hijo. Además, puede presentar problemas para conciliar el sueño y trastornos en su conducta alimenticia.(27)

Capítulo 4

Muerte materna en Ecuador

La muerte materna es un grave problema de salud pública que afecta con mayor frecuencia a los países en desarrollo, especialmente a sus zonas rurales y comunidades más pobres, en las cuales se origina un gran impacto individual, familiar, social y económico. Según la Organización Mundial de la Salud, la defunción materna se define como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (28) .En otras palabras, la mortalidad materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto. Según estadísticas del INEC, las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: las hemorragia postparto, las infecciones puerperales, la hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia (29).

Según datos recolectados por la OMS, dichas muertes corresponden aproximadamente a 830 mujeres cada día a nivel mundial. En donde se detectó que el grupo etario con mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo son las adolescentes. De las cuales, la mayoría de dichas muertes pueden ser prevenibles con el diagnóstico y tratamiento oportuno.

En Ecuador, el registro de información de muerte materna no es el adecuado y muchas muertes quedan sin registrarse en poblaciones rurales. Por tanto, no existe un registro general en los diferentes niveles de atención que permitan tener una fuente única de información para ser usada en un análisis más confiable. Sin embargo, con los resultados aproximados que se lograron recolectar en el 2011 se pudo comparar a Ecuador con el Área Andina, la cual está conformada por Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela; y se llegó a la conclusión que Ecuador es el país se encuentra en segundo lugar por debajo de Venezuela con 69.3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Entre las principales causas de muerte materna a nivel nacional se encuentran organizadas en tres grupos: Causas Obstétricas Directas, Indirectas y No Especificadas (30). Las causas de muertes obstétricas directas son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados. Es decir, directamente determinadas por el estado gravídico puerperal, que no podrían ocurrir en una mujer que no estuviera embarazada, o en trabajo de parto, o en un puerperio más bien reciente. Mientras que, las muertes obstétricas indirectas son aquellas que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo (31).

Materiales y métodos

Diseño

Este estudio es de tipo retrospectivo, serie de casos, observacional, descriptivo

Tamaño de la muestra

De una población de 795 personas, se tomó una muestra aleatoria de 100 individuos al azar para estimar los resultados, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales.

Objetivo general

Determinar las complicaciones maternas frecuentes durante el puerperio quirúrgico inmediato en pacientes primigestas de 13 a 38 años en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero de 2017 a enero de 2018.

Objetivos específicos

1. Registrar la cantidad de controles prenatales de cada paciente.
2. Identificar la cantidad de controles prenatales según la edad materna.
3. Detectar la edad materna con mayor número de complicaciones post cesárea.
4. Enumerar las tres complicaciones maternas postquirúrgicas más frecuentes.
5. Establecer los días de estancia hospitalaria materna.

Hipótesis

La complicación materna más frecuente durante el puerperio quirúrgico inmediato es la hipotonía uterina.

Método de recolección de datos

Se realizará a partir de la revisión de historias clínicas en el área de ginecología en el Hospital General Guasmo Sur correspondiente al periodo de enero 2017 a enero 2018.

Dicho reclutamiento de la población se lo realizará mediante aleatorización de las historias clínicas de gestantes que cumplan con los criterios de inclusión de acuerdo a nuestro estudio, hospitalizadas en el Hospital General Guasmo Sur, se registrarán complicaciones maternas, en una población de 795 partos por cesárea , tomando en cuenta que dicho hospital inició sus servicios de obstetricia en 18 de enero del 2017, la investigación se realizara a partir de esa fecha, del cual se obtendrá una muestra.

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y registradas en un formulario, luego procesados en los programas Microsoft Excel versión 2013 y SPSS en español versión 23. El estudio fue revisado y aprobado por la comisión de investigación científica del Hospital General Guasmo Sur

Criterios de inclusión

- Pacientes primigestas de 13 a 38 años de edad
- Pacientes atendidas en el Hospital General Guasmo Sur
- Pacientes hospitalizadas durante el periodo de enero 2017 a enero 2018

Criterios de exclusión

- Pacientes que requieran otro procedimiento quirúrgico además de cesárea
- Historia clínica incompleta
- Puérperas ingresadas sin haber tenido la cesárea en el Hospital General Guasmo Sur

Descripción de instrumentos de recolección de datos.

1. Se observará las historias clínicas aleatorizadas y variables como: edad de gestacional, antecedentes patológicos personales, complicaciones en el puerperio, consecuencia de complicaciones, diagnósticos de internación.
2. Se analizará cuáles fueron las variables con mayor frecuencia que pudieron afectar el desenvolvimiento normal del puerperio

Análisis estadístico

El análisis estadístico se efectuó utilizando el programa SPSS versión 23. Se presentó los datos como media +/-desviaciones estándares, medianas, porcentaje y frecuencias. Se harán comparaciones pertinentes según la normalidad de distribución de los datos.

Estadísticos descriptivos

Se analizó las estadísticas:

- Edad: Anos cumplidos de la gestante al momento del parto considerando <18 años como menor de edad
- Edad gestacional: semanas de gestación
- Complicaciones presentadas durante el embarazo: anomalías durante la etapa gestacional que intervenga en la salud materna.

Análisis de resultados

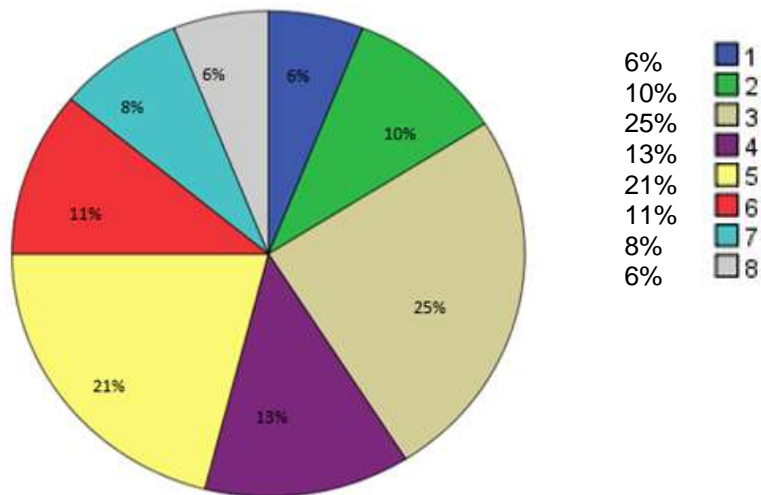
Las complicaciones maternas durante el puerperio quirúrgico inmediato constituyen un problema importante de salud pública para la mujer. A lo largo de nuestro proyecto una variable fundamental encontrada fue el número de controles prenatales que se llevaron a cabo las primigestas, obteniendo un 25 % correspondiente a 3 controles prenatales y un 21 % a 5; arrojándonos una media de 4,28 controles, mediana de 4, moda de 3 y desviación estándar de 1.58 controles prenatales. (Ver *Tabla #1, Grafico #1 y Tabla#2*).

Tabla # 1. Número de controles y cantidad de controles obtenidos

Número de controles	Cantidad de controles obtenidos
1	6%
2	10%
3	25%
4	13%
5	21%
6	11%
7	8%
8	6%

Elaborado Por Aguilar A, Samaniego C.

Gráfico#1. Número de controles y cantidad de controles obtenidos



Elaborado Por Aguilar A, Samaniego C.

Tabla #2. Datos estadísticos - Cantidad de controles prenatales

Datos estadísticos	Controles prenatales
Media	4,28
Mediana	4,00
Moda	3
Desviación estándar	1,865
Mínimo	1
Máximo	8

Elaborado Por Aguilar A, Samaniego C.

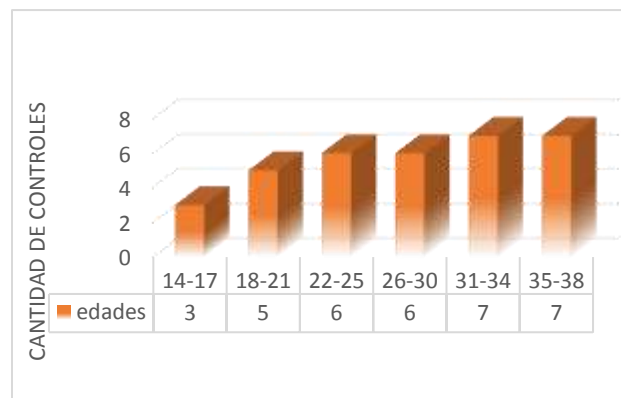
Comparando la edad de la gestante con la cantidad de controles realizados los categorizamos en intervalos de edades y determinamos que las edades entre 13-17 años se obtuvieron el mínimo de controles correspondiente a 3. Mientras que del intervalo de 31-34 años, obtuvimos el máximo de controles correspondientes a 7. (Ver Tabla #3, Grafico#2)

Tabla #3. Número de controles prenatales vs intervalo de edades de las pacientes

INTERVALO DE EDADES	# DE CONTROLES
13-17	3
18-21	5
22-25	6
26-30	6
31-34	7

Elaborado Por Aguilar A, Samaniego C.

Gráfico #2. Número de controles prenatales vs intervalo de edades de las pacientes.



Elaborado Por Aguilar A, Samaniego C.

Por otro lado, una de las principales variables asociadas a las complicaciones maternas que se logró determinar fue la edad, de la cual se encontró, que la edad mínima de la gestante fue de 13 años y la edad máxima fue de 38 años. De todas las primigestas que comprendieron nuestra población, el 15% de las pacientes que presentaron mayor número de complicaciones cursaban los 18 años. En cuantos a datos estadísticos encontramos que la edad media fue de 20 años, la mediana de 19 años, moda de 18 y desviación estándar de 4. (Ver Tabla#4, Grafico#3 y Tabla #5)

Tabla #4. Edad de la paciente Vs. cantidad de pacientes

Edad de la paciente	Cantidad de pacientes
13	1
14	3
15	6
16	5
17	13
18	15
19	12
20	6
21	11
22	3
23	3
24	6
25	6
26	5
27	1
28	2
30	1
38	1

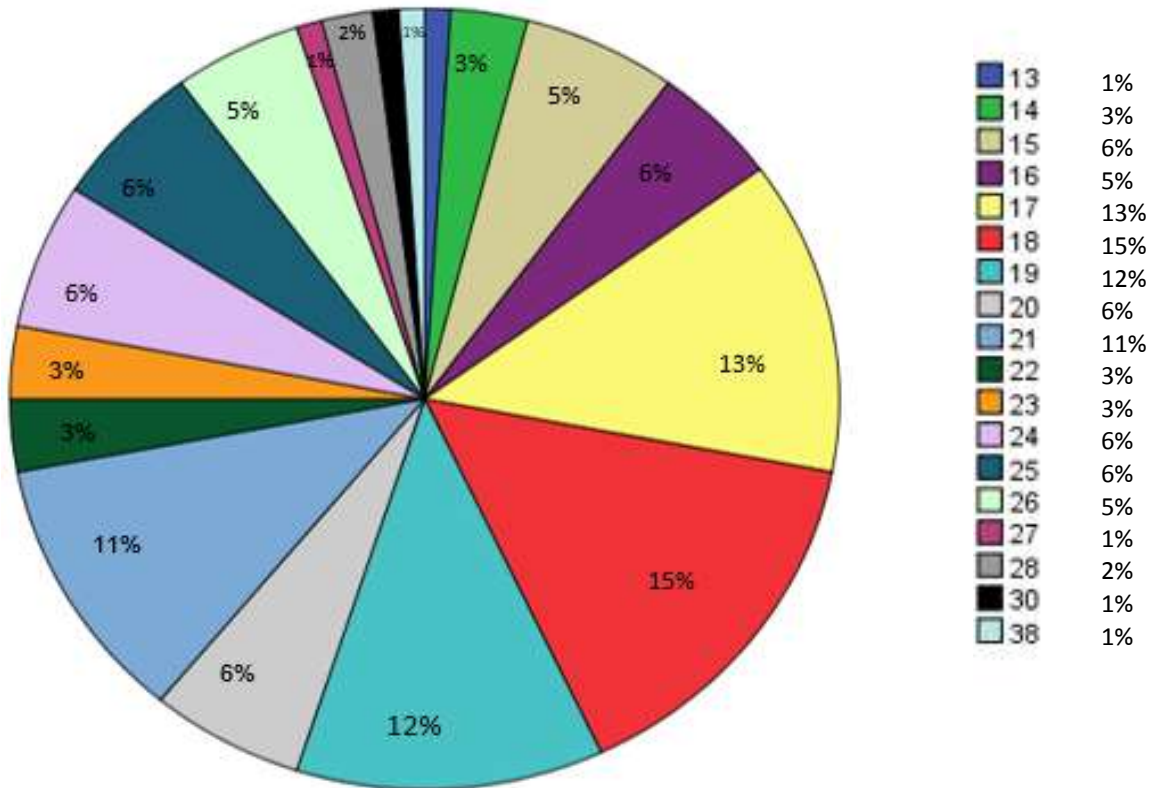
Elaborado Por Aguilar A, Samaniego C.

Tabla #5. Datos estadísticos: Edad de la paciente Vs. cantidad de pacientes

Datos estadísticos	Edad
Media	20,05
Mediana	19,00
Moda	18
Desviación estándar	4,086
Mínimo	13
Máximo	38

Elaborado Por Aguilar A, Samaniego C.

Gráfico #3. Edad de la paciente Vs. cantidad de pacientes



Elaborado Por Aguilar A, Samaniego C.

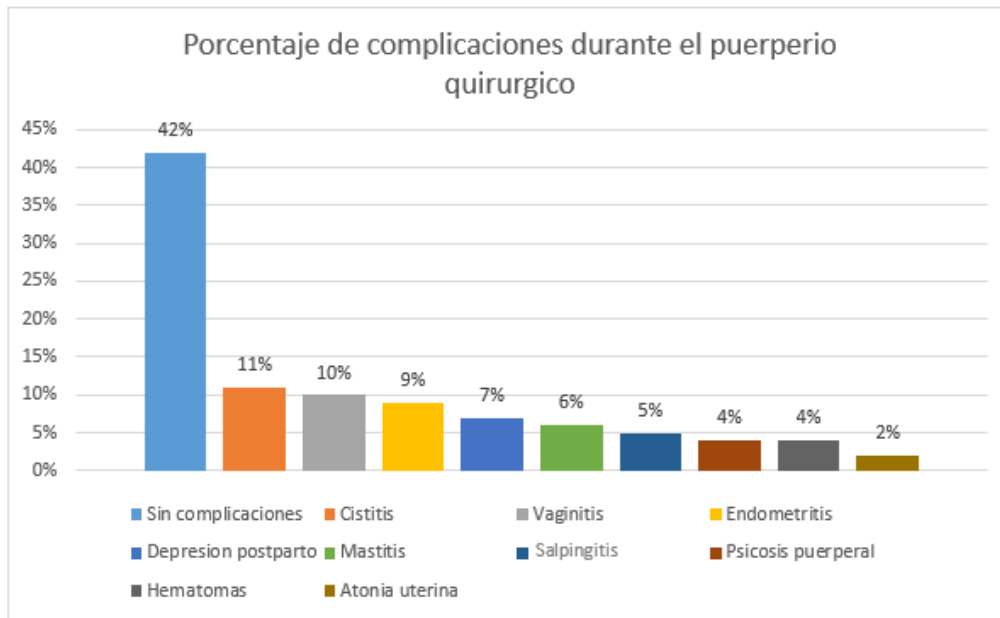
Según los resultados de nuestro estudio realizado en el Hospital General Guasmo Sur, dentro del periodo enero 2017 a enero 2018, el 42% de las pacientes no presentaron complicaciones. Por otro lado, dentro del grupo de pacientes que presentaron complicaciones, obtuvimos que las tres más frecuentes fueron cistitis, vaginitis y endometritis; ocupando un 11%, 10%, y 9 % respectivamente. Otras complicaciones que se presentaron con menor frecuencia fueron depresión post parto (7%), mastitis (6%), salpingitis (5%), psicosis puerperal (4%), hematomas (4%), y por último atonía uterina (2%). (Ver Tabla #6, Grafico#4)

Tabla#6. Complicaciones más frecuentes durante el puerperio quirúrgico materno

Complicación	Porcentaje
Cistitis	11%
Vaginitis	10%
Endometritis	9%
Depresión postparto	7%
Mastitis	6%
Salpingitis	5%
Psicosis puerperal	4%
Hematomas	4%
Atonía uterina	2%

Elaborado Por Aguilar A, Samaniego C.

Gráfico #4. Complicaciones más frecuentes durante el puerperio quirúrgico



Elaborado Por Aguilar A, Samaniego C.

Por último, pero no menos importante, con este proceso investigativo logramos establecer los días de estancia hospitalaria obteniendo un mínimo de 1 día de estadía en las pacientes que no presentaron complicación o en aquellas pacientes con complicaciones mínimas, y un máximo de 25 días correspondientes a las pacientes con complicaciones más severas. Teniendo como media 3.13 días de estancia hospitalaria, mediana de 2 días, moda de 1 y una desviación estándar de 4.338. (Ver Tabla #7, Grafico# 5)

Tabla #7. Cantidad de días de estancia hospitalaria

Días de estadía	Cantidad de pacientes
1	37
2	27
3	15
4	10
5	1
6	2
7	2
8	1
10	1
13	1
25	3

Elaborado Por Aguilar A, Samaniego C.

Tabla#8 Datos estadísticos. Días de estancia hospitalaria

Datos estadísticos	Días de estadía
Media	3,13
Mediana	2,00
Moda	1
Desviación estándar	4,338
Mínimo	1

Elaborado Por Aguilar A, Samaniego C

Gráfico #5. Número de días de estadía Vs. cantidad de pacientes



Elaborado Por Aguilar A, Samaniego C

Discusión

Los controles prenatales óptimos durante la etapa gestacional según la Organización Mundial de la Salud junto a la Guía de Control prenatal del Ecuador aseguran que los controles prenatales deben ser mínimo 5, los cuales son de vital importancia para mantener una adecuada evolución del embarazo. En nuestro estudio obtuvimos una media de 4 controles durante todo el embarazo, lo cual se califica como deficiente cantidad de chequeos, ya que están por debajo del mínimo requerido para considerar el embarazo como correctamente manejado.(32)

De acuerdo a la edad materna según el artículo de la Revista Médica Chilena *La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil*, un embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, puede asociarse a un mayor riesgo materno de desarrollar patologías durante el puerperio sea este quirúrgico o fisiológico, tomando en cuenta nuestros datos recaudados encontramos que la edad media de embarazo durante el periodo establecido era de 18 años de edad, este considerándose un embarazo adolescente, cabe recalcar que la edad materna es aún un asunto controversial , en el cual varios artículos debaten en cuál es el rango de edad adecuado para la instauración de un embarazo . (33)

Así mismo las complicaciones más frecuentes encontradas durante el embarazo en nuestro estudio fueron cistitis, vaginitis y endometritis, lo cual se opone a la investigación del año 2015, *Factores de riesgo y complicaciones más frecuentes del puerperio : estudio realizado en el hospital materno infantil*, el cual advierte que las complicaciones más frecuentes documentadas en orden de prevalencia fueron hemorragia postparto,

atonía uterina y retención de restos placentarios, las cuales no predominaron actualmente en nuestro estudio entre 2017 y 2018 (34).

Los días de estancia hospitalaria de acuerdo a la Guía Práctica Clínica del embarazo en nuestro país, indica fundamental la observación post quirúrgica de dos días dentro de la unidad hospitalaria, con el fin de asegurar la evolución adecuada del puerperio inmediato, en nuestros datos la media de estancia hospitalaria que obtuvimos fue de 3 días de estadía lo que nos indica que se está cumpliendo lo establecido en las guías en este apartado.(8)

Conclusión

Con nuestra investigación, podemos concluir que la mayoría de pacientes tuvo solamente 4 controles prenatales durante todo el embarazo, misma cifra que está por debajo del mínimo de controles prenatales requeridos en una gestante, para un buen desarrollo gestacional. Por lo que llegamos a la conclusión que existe un déficit de control prenatal en las pacientes primigestas. Además, podemos confirmar que el número de controles realizados tiene relación directamente proporcional con la edad de la gestante. Es decir, a mayor edad, mayor número de controles prenatales realizados.

Según los datos obtenidos, podemos inferir que la edad en la cual se presentaron mayor número de complicaciones oscila alrededor de los 18 años que son consideradas como etapas juveniles. Podemos concluir que las complicaciones con mayor incidencia durante dicho periodo fueron la cistitis, vaginitis y endometritis. Por otro lado, pudimos detectar que los días de estancia hospitalaria se encuentra dentro del rango normal con un promedio de dos días aproximadamente.

Para terminar, de acuerdo a la estadística obtenida en nuestro estudio, podemos aseverar que en Ecuador las complicaciones maternas durante el puerperio quirúrgico inmediato son muy frecuentes puesto que afectaron más del 50% de nuestra población.

Finalmente, determinamos que nuestra hipótesis resultó nula ya que se comprobó que por el periodo de tiempo analizado y aleatorizado que la atonía uterina no fue la principal causa de complicación materna durante puerperio quirúrgico inmediato.

Recomendaciones

1. Toda gestante deberá realizarse un mínimo de 5 controles prenatales con el fin de identificar tempranamente factores de riesgo para prevención, diagnóstico y tratamiento de manera oportuna, y así poder evitar la aparición de enfermedades y complicaciones durante la etapa de puerperio.
2. Realizar campañas de planificación familiar para orientar a las mujeres sobre el embarazo en el ámbito social, económico y de salud.
3. Tomando en cuenta que la edad promedio de aparición de embarazos es en adolescente se sugiere impartir educación de prevención de embarazos no deseados, así también de control prenatal desde etapas escolares.
4. Crear talleres o cursos para gestantes jóvenes o adultas primigestas con el fin de capacitarlas sobre cómo llevar un adecuado control de su embarazo y periodo post parto
5. Aplicar mejoras en el llenado correcto y completo de la historia clínica, además de instauración de nuevos CIE 10 ginecológicos que se apeguen a las patologías más frecuentes encontradas en el estudio que ayuden al personal médico a categorizarlas de mejor manera.
6. Difundir este estudio de investigación a unidades ginecológicas especializadas en el cuidado de embarazos para informar y evitar mayores complicaciones.

Referencias

1. Clinica GDEP, Practica GDE, Cesarea C. Versión: 2. 2014;1(1):1–9. Available from: <http://www.clinicadelamujer.com.co/files/cesarea.pdf>
2. Dr. Lugones Botell M. La cesárea en la historia. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2001;27(1):6. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100009
3. Materno-fetal SDM. PROTOCOLO : CESÁREA. :1–9.
4. Puma, Javier; Díaz , Jorge y Caparó C. Revista Medica Herediana - Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. Rev Médica Hered [Internet]. 2015;vol.26:17–23. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2015000100004
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasa de cesárea. Abril [Internet]. 2015;8. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
6. INEC. Boletín Nacimientos por cesárea. Inec [Internet]. 2015;24. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/BOLETÍN-CESAREAS.pdf>
7. Nacional E. No Title. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/BOLET%3%8DN-CESAREAS.pdf>
8. Ecuador M de salud P. Atención del parto por cesárea. Guia Pract Clin [Internet].

- 2015;1–39. Available from: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Part_o_por_cesarea.pdf
9. García-Alix Pérez A. Estado fetal no tranquilizador, asfixia perinatal y encefalopatía neonatal. *An Pediatr.* 2005;63(1):1–4.
 10. Vargas Garcia C. Manejo de la mala posición fetal con Medicina Tradicional China. 2016;29. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/52809/>
 11. Subsecretar S, Direcci S, Reproductiva S. Cesárea segura.
 12. Balestena Sánchez JM, Pereda Serrano Y, Milán Soler JR. La Edad Materna Avanzada Como El Elemento Favorecedor De Complicaciones Obstétricas Y Del Nacimiento. *Rev Ciencias Médicas [Internet]*. 2015;19(5):789–802. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 13. Vilar Sánchez Á, Fernández Alba JJ, González Macías M del C, Paublete Herrera M del C, Carnicer Fuentes C, Carral San Laureano F, et al. Infrapeso materno y resultados perinatales: Estudio de cohortes retrospectivo. *Nutr Hosp.* 2017;34(3):647–53.
 14. Ruilova M, Jessenia C. Unidad Académica De Ciencias Químicas Y De La Salud Carrera De Bioquímica Y Farmacia [Internet]. 2016. Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/7751/1/Muñoz.pdf>
 15. Lozano Romero AN, Hernández Molina LM. Significado de la primera gestación en mujeres mayores de 35 años. *Av en Enfermería [Internet]*. 2016;34(1):8–18. Available from: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37302/56819>

16. Hammad IA, Chauhan SP, Magann EF, Abuhamad AZ. Peripartum complications with cesarean delivery: a review of Maternal-Fetal Medicine Units Network publications. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 2014 Mar 11 [cited 2018 Aug 30];27(5):463–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24007280>
17. Idoate a., Idioppe Á, Carrera AC, Template IC, Studies C, Principal I. Organización Mundial de la Salud (OMS) Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI). *Organ Mund la Salud*. 2013;Tomo I(2):325–62.
18. ACOG. Optimizing Postpartum Care. *Am Coll Obstet Gynecol*. 2018;131(5):140–50.
19. Puesta M. Mastitis. Puesta al día. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66925/WHO_FCH_CAH_00.13_spa.pdf;jsessionid=0D8C2160AA18884A74892FF707764862?sequence=1
20. Mastitis Causas y manejo. Available from: http://www.aeped.es/sites/default/files/mastitis_puesta_al_dia.pdf
21. Noya RA, Parada BH. Cistitis aguda , eficacia clínica del tratamiento con fosfomicina. 2012;274–6.
22. Silvia BS, Arroyo C, Ugarte S. Endometritis post-cesárea : factores de riesgo . 10(3):105–10.
23. Angélica V, Teevin V, Lourdes M, Noriega F. E ndometritis posparto : experiencia en un hospital general. 2013;
24. Boccardo J, Manzur A, Duarte N, Yanzon C, Mazzanti A, Paparotti L, et al. Endometritis puerperal en nuestro medio. 2013;48–52.

25. Vera E, Ernesto V. Obstetric complications in the first pregnancy of adolescents compared with the first pregnancy of adult women attended at hospital nacional hipólito unanue, from january to december 2017. 2018;1–37.
26. Teresa De la Torre-León D, Alejandro De la Torre-León M, Raúl Carrillo-Esper A, Arturo Nava-López J, Ibarra Ibarra G. www.medigraphic.org.mx Guías de práctica para el manejo de la hemorragia obstétrica. 2017;40(2):420–1. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cmas172h.pdf>
27. Práctica G De, Gpc C. y tratamiento de la Hemorragia Posparto. 2013;1–29.
28. Choby B, El-Sayed YY. ACOG COMMITTEE OPINION Number 742 Committee on Obstetric Practice Postpartum Pain Management. 2018;132(742):35–43. Available from: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/CO742.pdf?dmc=1&ts=20180626T0142117736>
29. Agrio L, Latacunga C, Triunfo E, Oro E. Muertes Maternas por zona , provincia y cantón de fallecimiento SE 1 a la SE 11 Ecuador 2018 Muertes Maternas por provincia de fallecimiento SE 1 a la SE 11 Ecuador 2018 Porcentaje de Muertes Maternas por zona de fallecimiento SE 1 a la SE 11 Ecuador 2018. 2018;
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). Mortalidad materna. 2018.
31. Rivera P. SAC, Alexander. Informe Mortalidad en la Maternidad. Minist Salud Pública. 2014;15.
32. Organización Mundial de la Salud. CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Oms. 2012;1–66.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Samaniego Barahona Cristina Elizabeth**, con C.C: # 030204527-3, autor/a del trabajo de titulación: “Complicaciones maternas en primigestas de 13 a 38 años durante el puerperio quirúrgico inmediato en el hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero 2017 – enero 2018” previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de abril de 2019**

f. _____

Nombre: **Samaniego Barahona Cristina Elizabeth**

C.C: **0302045273**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Aguilar Avilés Andrea Carolina**, con C.C: # **092564807-3**, autor/a del trabajo de titulación: “Complicaciones maternas en primigestas de 13 a 38 años durante el puerperio quirúrgico inmediato en el hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero 2017 – enero 2018”, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de abril del 2019**

f. _____

Nombre: **Aguilar Avilés Andrea Carolina**

C.C: **092564807-3**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Complicaciones maternas en primigestas de 13 a 38 años durante el puerperio quirúrgico inmediato en el hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero 2017 – enero 2018.		
AUTOR(ES)	Samaniego Barahona Cristina Elizabeth, Aguilar Avilés Andrea Carolina		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Vera Landívar Gloria		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de abril del 2019	No. DE PÁGINAS:	36
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología, Obstetricia, Epidemiología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cesárea, Periodo Post-parto, Complicaciones Maternas Postoperatorias, Primigestas		
Resumen:			
<p>La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas realizadas con mayor frecuencia a nivel mundial. En Ecuador, un 49% de los partos son llevados a cabo por este medio. Es un procedimiento que consiste en la extracción del feto a través de una incisión uterina. Como todo proceso quirúrgico existe la posibilidad de desarrollar complicaciones. Entre ellas se encuentran: hemorragias, hipotonía o atonía uterina, trastornos de la coagulación, retención placentaria, globo vesical, desgarro del canal de parto, trombosis de los miembros inferiores, infecciones y muerte. El objetivo de nuestro estudio fue determinar las complicaciones maternas frecuentes durante el puerperio quirúrgico inmediato en pacientes primigestas de 13 a 38 años en el Hospital General Guasmo Sur en el periodo de enero de 2017 a enero de 2018. De una población de 795 personas, se tomó una muestra aleatoria de 100 individuos para estimar los resultados. Con los datos recolectados, pudimos establecer que el 42% de las pacientes, no presentó ninguna complicación. Sin embargo, del 58% de las pacientes que, si presentaron complicaciones, las tres más frecuentes fueron cistitis, vaginitis y endometritis; ocupando un 11%, 10%, y 9 % respectivamente. Otras complicaciones que se presentaron en menos del 7% fueron depresión post parta, mastitis, salpingitis, psicosis puerperal, hematomas, y por último, atonía uterina. Por lo que pudimos concluir, que, aunque la estadística a nivel de nuestro país señala a la atonía uterina como la principal complicación durante el puerperio quirúrgico inmediato, en nuestra investigación la cistitis post parto ocupó el primer lugar.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0997572784		E-mail: crissamaniegob@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Ayon Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593-4-0997572784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			