

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**



**TRABAJO DE GRADO:**

**CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO DURANTE  
EL PUERPERIO EN MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS USUARIAS  
DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR  
INTERMEDIAS PUERTO EL TRIUNFO, USULUTÁN; MILAGRO DE LA  
PAZ Y SAN JORGE, SAN MIGUEL. AÑO 2018.**

**PRESENTADO POR:  
HENRY GEOVANNI MELARA CERNA  
CRISTIAM FABRICIO MIRANDA GUZMAN  
SILVIA LORENA MORENO COLATO**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE:  
DOCTOR EN MEDICINA.**

**DOCENTE ASESOR:  
DRA. ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO**

**NOVIEMBRE 2018**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO  
RECTOR**

**DOCTOR MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO  
VICERRECTOR ACADÉMICO**

**INGENIERO NELSON BERNABÉ GRANADOS  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**LICENCIADO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ  
SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN  
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
AUTORIDADES**

**INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ  
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ  
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ  
SECRETARIO**

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA  
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE  
DOCTORADO EN MEDICINA**

## **ASESORES**

**DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO.  
DOCENTE ASESOR**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
ASESORA DE METODOLOGÍA**

**LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ  
ASESOR ESTADISTICO**

**JURADO CALIFICADOR**

**DOCTORA. ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO  
DOCENTE ASESOR**

**DOCTOR. MARIO ARTURO CASTRO MELGAR  
JURADO CALIFICADOR**

**DOCTORA. OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ  
JURADO CALIFICADOR**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A DIOS** por el que nos permitió llegar hasta el final de esta larga y difícil carrera porque sin el nada es posible.

**A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:** Por la calidad de sus enseñanzas y exigencias para hacernos mejores profesionales de este país y así poder ayudar a los que más lo necesitan.

**A LA POBLACIÓN EN ESTUDIO:** Por su confianza y colaboración en este proyecto sin la cual no hubiese sido posible llevar a cabo la investigación.

**A NUESTRA ASESORA DRA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO:** Por su profesionalismo y máxima dedicación y apoyo, por guiarnos con paciencia y sabiduría, por su tiempo y esfuerzo para realizar nuestra investigación, por corregirnos y estar ahí cada momento que necesitábamos.

**A LA MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS:** Por su enseñanza, dedicación y esfuerzo en la realización de nuestro trabajo de investigación

**Silvia Moreno, Henry Melara y Cristiam Miranda**

## **DEDICATORIA**

**A DIOS,** Por darme la sabiduría y permitirme alcanzar la finalización de mi carrera y por darme la fortaleza para poder seguir avanzando a pesar de las dificultades y adversidades que se me presentaron en este camino.

**A MIS PADRES,** Por todo el apoyo moral, económico y emocional, porque han estado a mi lado en cada paso que he dado en mi carrera dándome su apoyo incondicional y sus consejos para ser un buen profesional.

**A MI ESPOSA,** Quien ha estado conmigo, en los buenos y malos momentos, quien siempre ha cuidado de mí brindándome su apoyo en cada momento, y por qué me ha sabido entender y aguantar todos mis malos momentos, mis humores, mis cansancios y por qué siempre me apoya para seguir adelante.

**A MI HIJA,** Quien es mi mayor inspiración para nunca darme por vencido, quien siempre me saca una sonrisa sin importar lo cansado que me encuentre con su amor y sus ocurrencias, quien siempre me recibe con un gran abrazo y una enorme sonrisa al llegar al hogar.

**A MI TIO RAFAEL,** quien siempre estuvo y está dispuesto a ayudarme cuando lo necesito.

**A MIS HERMANOS,** Quienes siempre me han apoyado.

**A MIS COMPAÑEROS DE TESIS,** Porque a pesar de las diferencias y discusiones seguimos siendo buenos amigos.

**A MI ASESORA DE TESIS,** Por su apoyo, su tiempo y la comprensión brindada.

**Cristiam Fabricio Miranda Guzmán.**

## **DEDICATORIA**

**A DIOS**, por permitirme llegar a esta etapa de mi carrera, quien me dio la fortaleza, paciencia, sabiduría, inteligencia para continuar cada día, en cada obstáculo que se me presento a lo largo de la carrera. Por poner personas, oportunidades que me hicieron ser mejor.

**A MIS PADRES**, por apoyarme emocional y económicamente, han estado ahí para no dejarme caer cuando las cosas se ponen feas, para darme las palabras de aliento en cada momento de preocupación, cansancio o las veces que quería rendirme. Por comprender que hay ocasiones que no se es perfecto y nos equivocamos. Mis padres que siempre han creído en mí, sé que están orgullosos de verme finalizando mi carrera. Gracias a ellos estoy aquí, firme hasta el final.

**A MIS HERMANOS**, por ser mis ejemplos seguir, a quienes amo tanto, por ser mis cómplices, amigos, y padres en algunas veces. Gracias por su apoyo emocional y económico. Consejos que me impulsaron a hacer las cosas correctas.

**A MAURICIO**, por llegar a mi vida justo en el momento exacto para reconstruirla. Por sus palabras de fortaleza cuando el cansancio no me dejaba ver con claridad, por todas las noches que se desveló acompañándome a estudiar o las llamadas en la madrugada en los turnos, para lograr terminar un día más. Por su apoyo incondicional. por estar ahí siempre para mí. Por creer en mí sin dudarle en un solo momento. Gracias por su tiempo, por su inmenso amor que no tiene límites. A quien amo con todo mi corazón.

**A MI FAMILIA**, por cada consejo lleno de sabiduría. Por estar siempre pendientes de mí. Por su apoyo cada vez que lo necesite.

**A MIS AMIGOS**, que conocí a lo largo de la carrera, por compartir sus conocimientos, algunas veces nos peleamos y otras éramos cómplices de travesuras. Pero siempre apoyándonos unos a otros. Compañeros de carreras amigos los que mejor te comprenden.

**A MIS COMPAÑEROS DE TESIS**, mis amigos, muchas veces tuvimos diferencias, pero nos esforzamos juntos para finalizarla.

**A MI ASESORA DE TESIS**, por su tiempo, consejos, dedicación y accesibilidad para lograr hacer un buen trabajo.

**Silvia Lorena Moreno Colato**

## **DEDICATORIA**

**Gracias a Dios** por cada una de las bendiciones, que día con día recibo de ti, gracias por la sabiduría, inteligencia, amor, por la familia, por la fuerza, los ánimos para enfrentar cada día. El esfuerzo ha sido grande, pero con tu ayuda todo es posible.

**A mis padres** Ricardo Melara y Virginia Cerna, que con su apoyo incondicional, espiritual, económico y su amor me han guiado por el camino del bien.

**A mis abuelos** Rosa Antonia Gómez (QDDG) quien extraño y llevo presente siempre por su amor y enseñanza, Carlos Arturo Melara quien ha sabido dirigirme y enseñar en cada momento.

**A mi compañera de vida e hijo** Cristela Sánchez, por su amor, comprensión y apoyo en cada momento bueno y malo de la vida y sobre todo por la dicha de ser padre de Diego Alejandro Melara a quien amo.

**A mis compañeros de tesis** gracias por formar parte de este proceso, el cual estuvo lleno de sonrisas, enojos, desvelos, pero que gracias a Dios alcanzamos nuestra meta.

**A mi familia y amigos** a los que de alguna u otra forma han contribuido a lograr este propósito. Por esos ángeles que Dios ha puesto en mi camino y animan a seguir adelante en cada momento, SP.

**Henry Giovanni Melara Cerna**

<b>TABLA DE CONTENIDO</b>	<b>PAGINA</b>
LISTA DE TABLAS.....	.XII
LISTA DE GRAFICAS.....	XIV
LISTA DE FIGURAS.....	XVI
LISTA DE ANEXOS.....	XVII
RESUMEN.....	XVIII
1 INTRODUCCIÓN .....	1
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
2.1 Situación problemática .....	3
2.2 Enunciado del problema: .....	6
2.3 Justificación del estudio .....	6
3 OBJETIVOS: .....	7
4 MARCO TEORICO.....	10
5 SISTEMA DE HIPÓTESIS .....	22
6 DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
7 RESULTADOS.....	29
8 DISCUSION .....	66
9 CONCLUSIONES .....	69
10 RECOMENDACIONES .....	70
11 Bibliografía.....	71

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la población en cada ucsf.....	26
Tabla 2: Escala de medición de conocimiento .....	29
Tabla 3: Características sociodemográficas de las embarazadas y puerperas .....	30
Tabla 4 Características gineco-obstetricas: paridad .....	32
Tabla 5 Antecedentes de patologías maternas.....	33
Tabla 6 ¿Ha llevado controles prenatales? .....	34
Tabla 7 ¿Ha llevado control puerperal? .....	35
Tabla 8 ¿Lugar de parto anterior? .....	36
Tabla 9 ¿Quién le atendió el parto?.....	37
Tabla 10 ¿Via de parto anterior? .....	38
Tabla 11 ¿Ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en su embarazo anterior? .....	40
Tabla 12 ¿Cuanto dura el periodo puerperal? .....	42
Tabla 13 ¿Conoce usted algunos signos y síntomas de peligro después del parto? .....	43
Tabla 14 ¿Considera usted que podrían presentarse complicaciones en la salud de la mujer después del parto? .....	44
Tabla 15 ¿Para usted cuales de los siguientes serian factores predisponentes para una complicación después del parto? .....	45
Tabla 16 ¿Que haría usted al presentar un signo o síntoma de peligro después del parto? .....	47
Tabla 17 ¿Considera usted importante recibir evaluación médica después de 7 días del parto? ...	48
Tabla 18 ¿Sigue las indicaciones del médico? .....	49
Tabla 19 ¿Considera usted la fiebre como un signo de peligro?.....	50
Tabla 20 ¿Cuanto tiempo cree usted normal la salida de sangre por la vagina? .....	51
Tabla 21 ¿Cuál de estos síntomas cree usted que corresponde a una infección de herida operatoria o cesárea? .....	52
Tabla 22 ¿Como sabe usted que el sangrado vaginal no es normal? .....	53

Tabla 23 ¿Cuál de los siguientes síntomas gastrointestinales considera son de peligro durante el puerperio?.....	54
Tabla 24 ¿Que estado psicológico cree usted que es síntoma de peligro en una mujer que acaba de dar a luz? .....	55
Tabla 25 ¿Ha recibido información sobre señales de peligro durante el puerperio? .....	56
Tabla 26 ¿A través de quien se informó usted sobre los síntomas y signos de peligro después del parto?.....	57
Tabla 27 Síntomas de peligro más conocidos durante puerperio.....	59
Tabla 28 Signo de peligro durante el puerperio mas conocido .....	60
Tabla 29 Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de peligro en el puerperio vs ucsf .....	62
Tabla 30 Tabla de conocimiento .....	63
Tabla 31 Tabla de conocimiento .....	65

## LISTAS DE GRAFICA

Grafica N° 1 Características gineco-obstetricas: paridad.....	32
Grafica N° 2 Antecedentes de patologías maternas .....	33
Grafica N° 3 ¿Ha llevado controles prenatales?.....	34
Grafica N° 4 ¿Ha llevado control puerperal? .....	36
Grafica N° 5 ¿Lugar de parto anterior?.....	37
Grafica N° 6 ¿Quién le atendió el parto? .....	38
Grafica N° 7 ¿Vía de parto anterior?.....	39
Grafica N° 8 ¿Ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en su embarazo anterior?.....	41
Grafica N° 9 ¿Cómo definiría usted el puerperio? .....	42
Grafica N° 10 ¿Conoce usted algunos signos y síntomas de peligro después del parto? .....	43
Grafica N° 11 ¿Considera usted que podrían presentarse complicaciones en la salud de la mujer después del parto? .....	44
Grafica N° 12 ¿Para usted cuáles de los siguientes serían factores predisponentes para una complicación después del parto?.....	46
Grafica N° 13 ¿Qué haría usted al presentar un signo o síntoma de peligro después del parto? ...	47
Grafica N° 14 ¿Considera usted importante recibir evaluación médica después de 7 días del parto? .....	48
Grafica N° 15 ¿Sigue las indicaciones del médico?.....	49
Grafica N° 16 ¿Considera usted la fiebre como un signo de peligro? .....	50
Grafica N° 17 ¿Cuánto tiempo cree usted normal la salida de sangre por la vagina?.....	51
Grafica N° 18 ¿Cuál de estos síntomas cree usted que corresponde a una infección de herida operatoria o cesárea? .....	53
Grafica N° 19 ¿Cómo sabe usted que el sangrado vaginal no es normal? .....	54
Grafica N° 20 ¿Cuál de los siguientes síntomas gastrointestinales considera son de peligro durante el puerperio? .....	55

Grafica N° 21 ¿Que estado psicológico cree usted que es síntoma de peligro en una mujer que acaba de dar a luz?.....	56
Grafica N° 22 ¿Ha recibido información sobre señales de peligro durante el puerperio? .....	57
Grafica N° 23 ¿A través de quien se informó usted sobre los síntomas y signos de peligro después del parto?.....	58
Grafica N° 24 Síntomas de peligro más conocidos durante puerperio.....	60
Grafica N° 25 Signo de peligro durante el puerperio mas conocido.....	61

## LISTA DE FIGURAS

Figura N° 1 subinvolución uterina en el puerperio .....	72
Figura N° 2 Loquios .....	72
Figura N° 3 cambio en el cuello uterino posparto.....	73
Figura N° 4 Episiotomía.....	73
Figura N° 5 Masaje uterino bimanual .....	74
Figura N° 6 Infección de herida quirúrgica cesárea.....	74
Figura N° 7 Granuloma de herida operatoria .....	75
Figura N° 8 Mastitis aguda con absceso en formación .....	75
Figura N° 9 Validación del instrumento .....	76
Figura N° 10 La compañera Silvia validando instrumento .....	76
Figura N° 11 La compañera Silvia validando instrumento .....	77
Figura N° 12 UCSF Puerto El Puerto.....	77
Figura N° 13 UCSF Puerto El Triunfo.....	78
Figura N° 14 Iglesia católica de Puerto El Triunfo.....	78
Figura N° 15 Alcaldía municipal de Puerto El Triunfo .....	79
Figura N° 16 UCSF Milagro de la Paz.....	79
Figura N° 17 UCSF Milagro de Paz.....	80
Figura N° 18 UCSF San Jorge .....	80
Figura N° 19 UCSF San Jorge .....	81
Figura N° 20 Parroquia de San Jorge .....	81

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Siglas y Abreviaturas.....	82
Anexo 2 Consentimiento informado .....	83
Anexo 3 Instrumento.....	84
Anexo 4 Guía de entrevista .....	89
Anexo 5 Presupuesto .....	90
Anexo 6 Cronograma de actividades a desarrollar en el Proceso de graduacion ciclo I Y II año 2018 carrera doctorado en medicina .....	91
Anexo 7 Glosario .....	92
Anexo 8 Complicaciones del puerperio por etapas.....	99
Anexo 9 Signos de alerta de peligro.....	99
Anexo 10 Clasificación de los desgarros vulvovaginal.....	100
Anexo 11 Etiología de hemorragia posparto.....	100
Anexo 12 Factores de riesgo de endometritis .....	100
Anexo 13 Tratamiento de endometritis.....	101
Anexo 14 Factores de riesgo de infección de infección de sitio quirúrgico.....	102
Anexo 15 Esquema de tratamiento para infección de herida operatoria .....	103
Anexo 16 Manejo de mastitis.....	103
Anexo 17 Tabla de distribución .....	104

## RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud define la defunción materna como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención. **Objetivo** determinar el conocimiento de signos y síntomas de peligro durante el puerperio en mujeres gestantes y puérperas de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias Puerto el Triunfo, Usulután; Milagro de la paz y San Jorge de San Miguel, año 2018. **La Metodología** el estudio realizado fue tipo cuali-cuantitativo prospectivo y transversal. La población estudiada fueron 207 mujeres gestantes y puérperas que asistieron tanto a inscripción prenatal o post partos o que consultaron por morbilidad; se aplicó los criterios de inclusión y exclusión, la unidad de estudio fueron mujeres gestantes y puérperas. La técnica de recolección de datos fue a través de la cédula de entrevista previo a la aceptación por medio del consentimiento informado. Se estableció una escala de variables para la medición de los conocimientos tomando como aceptables entre 75-100%, poco aceptable entre 25-74% y no aceptable de 0- 25%. Para la tabulación y análisis de datos se utilizó el programa SSPS versión 19. **Resultados:** Al realizar la prueba de hipótesis se comprobó que los conocimientos que tienen las mujeres embarazadas y puérperas, sobre los signos y síntomas de peligro en el puerperio no es aceptable **Conclusión:** A partir de los resultados descriptivos y de la prueba de hipótesis podemos decir que según el conocimiento que poseen las madres sobre los signos y síntomas de peligro durante el puerperio, se comprobó que el conocimiento aceptable es muy poco, es decir solo una cuarta parte de la muestra estudiada posee conocimiento aceptable, por tanto se acepta la hipótesis nula que dice que el conocimiento que tienen no es aceptable.

**Palabras clave:** conocimientos, gestantes, puérperas, signos, síntomas de peligro.

# 1 INTRODUCCIÓN

Según la OMS las muertes maternas ocurren de forma súbita e imprevisible. Entre el 11% y 17% se producen durante el parto, y entre el 50% y el 71% durante el puerperio.

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

La falta de conocimientos e identificación de síntomas y signos de peligro en el embarazo, parto y puerperio exponen a un riesgo tanto a la madre como al feto generando un problema grave de salud pública, que la gestante tenga conocimientos correctos sobre los signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio hace que la búsqueda de ayuda sea más rápida y como consecuencia se tomen acciones positivas en beneficio de la salud de la madre y del feto y así disminuir la morbilidad materno perinatal.

La demora en procurar atención es causal de que un gran número de mujeres lleguen a los establecimientos en malas condiciones clínicas. Este puede ser el evento más complejo de resolver en la cadena de cuidados obstétricos ya que incluye el concepto de acceso y el fenómeno conductual. Las barreras más ligadas al comportamiento de búsqueda de atención son las de status económico, distancia del establecimiento, nivel educativo, autonomía de la mujer, reconocimiento de la dolencia, etiología, gravedad de los síntomas y conocimiento y actitudes sobre el uso del sistema de salud.

Las complicaciones del puerperio presentan signos y síntomas como: mamas duras e inflamadas, calientes, hipersensibles y rojizas, se pueden presentar grietas y laceraciones en los pezones, acompañado de fiebre, escalofríos taquicardia y malestar general

La hemorragia postparto es una de las principales causas de muerte materna en países en vías de desarrollo, la hemorragia postparto tiene varias definiciones como la pérdida sanguínea mayor de 500ml después del parto, también la disminución del hematocrito de 10 puntos

El propósito de este estudio es identificar el conocimiento de signos de peligro durante el puerperio para colaborar en la búsqueda temprana de ayuda y como consecuencia reducir las complicaciones.

En vista de esta problemática es que el grupo de investigación se planteó llevar a cabo la investigación que lleva como tema:

**CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO DURANTE EL PUERPERIO EN MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS USUARIAS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIAS PUERTO EL TRIUNFO, USULUTÁN; MILAGRO DE LA PAZ Y SAN JORGE DE SAN MIGUEL, AÑO 2018.**

El desarrollo del presente documento. Se estructuró bajo los siguientes capítulos:

**CAPÍTULO I:** Se presenta el planteamiento del problema, iniciando con la situación problemática, donde se exponen los principales argumentos que fundamentan la investigación sobre el

conocimiento de signos y síntomas de peligro durante el puerperio en mujeres gestantes y puérperas, originado esto el enunciado del problema. Posteriormente se expone la justificación de la investigación, detallando la relevancia e importancia, así como los beneficios del mismo, tomando en cuenta la variable del tema y sirviendo de guía para el desarrollo de la investigación.

**CAPÍTULO II.** Marco referencial de cada una de las unidades de salud que participaron en la investigación, describiendo aspectos geográficos, económicos y oferta de servicio de las misma. Además, se menciona la base teórica sobre el puerperio fisiológico, así como las complicaciones que se pueden presentar durante el mismo y otros aspectos diversos del tema.

**CAPÍTULO III.** Sistema de Hipótesis, describiendo la hipótesis verdadera y la nula que forman parte del trabajo, así como también se detalla al operacionalización de variable.

**CAPITULO IV.** Metodología de la investigación, donde se menciona el tipo de estudio al que pertenece la investigación, técnicas e instrumentos utilizados.

**CAPÍTULO V.** Contiene el análisis e interpretación de los resultados de la investigación representando los datos en tablas y gráficas.

**CAPÍTULO VI.** Se presentan las conclusiones a las que llegó el grupo investigador y las recomendaciones dirigidas al ministerio de salud a las unidades de salud, a las madres y futuros médicos de año social.

## 2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 2.1 Situación problemática

Los factores asociados a las complicaciones puerperales inmediatas, afectan a las mujeres en todas las edades, especialmente a aquellas que tienen inaccesibilidad de servicios de salud. (1)

Alexander Gordon (1752-1799), médico de Aberdeen, fue el primero que demostró la naturaleza contagiosa de la fiebre puerperal vehiculada por las manos de médicos y matronas.

La fiebre puerperal era habitual en los hospitales a mediados del siglo XIX con un desenlace frecuentemente fatal provocando la muerte con un 10-35% de las parturientas.

Dramáticos han sido los esfuerzos para controlar la infección puerperal, la que desde hace más de 200 años y aún hoy después de la era antibiótica, sigue siendo una morbilidad importante causante de mortalidad materna. Desde que Alexander Gordon observó la transmisión de la fiebre puerperal, hasta que Semmelweis 50 años después, sentara las bases de su profilaxis y Pasteur aislara el germen causal, aún hoy en nuestros días la infección originada a partir del aparato genital de la puerpera, representa una de las entidades más temidas a la cual tiene que enfrentarse el obstetra, a pesar del amplio arsenal de antibióticos disponibles para su tratamiento. Su forma más común: “la endometritis”, no significa una rareza aún en las mejores maternidades del mundo (Arulkumaran & Singer, 2013; Buddeberg & Aveling, 2015). (2)

Durante gran parte del siglo XX, la infección puerperal formó parte de la tríada materna mortal, junto con la preeclampsia y la hemorragia obstétrica. Por fortuna, gracias a los antimicrobianos, la muerte materna por infección ya es rara. (3)

Filker y Monif (1979) informaron que sólo en 20% de las mujeres con fiebre durante las primeras 24 h después del parto vaginal se diagnosticaba una infección pélvica. Esta cifra contrasta con la de las pacientes sometidas a cesárea (70%). Es importante subrayar que la fiebre con elevaciones de 39°C o más que aparece en las primeras 24 h después del parto es efecto a menudo de una infección pélvica agresiva por estreptococos del grupo A. Otras causas habituales de fiebre puerperal son ingurgitación mamaria y pielonefritis o, en ocasiones, complicaciones respiratorias después de la cesárea (Maharaj, 2007).

El tipo de parto (vaginal o por cesárea) constituye el factor de riesgo principal para la infección uterina (Burrows et al., 2004; Koroukian, 2004). En la French Confidential Enquiry on Maternal Deaths, Deneux-Tharoux et al. (2006) refirieron un aumento de casi 25 tantos de la tasa de mortalidad relacionada con infecciones en la cesárea, en comparación con el parto vaginal. Las tasas de reinternamiento por complicaciones de la herida quirúrgica y endometritis aumentaron de forma significativa en mujeres sometidas a cesárea primaria planeada, respecto de las que tuvieron un parto vaginal planeado (Declercq, 2007)

La extracción manual de la placenta, incrementó la tasa de metritis puerperal al triple en el estudio de Baksu et al. (2005)

En 1973, Sweet y Ledger publicaron que la frecuencia global de infecciones uterinas era de 13% entre las mujeres con recursos económicos sometidas a cesárea, en comparación con 27% en las mujeres indigentes. Cunningham et al. (1978) describieron una frecuencia global de 50% en las mujeres sometidas a cesárea en el *Parkland Hospital*. Algunos factores de riesgo importantes para la infección tras la operación incluyen trabajo de parto prolongado, rotura de membranas de larga evolución, exploraciones del cuello uterino numerosas y vigilancia fetal interna.

Las mujeres con todos estos factores que no recibieron profilaxis perioperatoria tuvieron una frecuencia de infecciones pélvicas graves de 90% (DePalma et al., 1982). (3)

Sanabria y colaboradores publicaron en el 2011 un estudio que tuvo por objetivo caracterizar el puerperio patológico durante un trienio (enero 2007 a diciembre 2009) en el Hospital gineco-obstétrico provincial "Dr. Julio R. Alfonso Medina", Matanzas, Cuba. En este estudio se determinó la incidencia y causas de las complicaciones en el puerperio. La incidencia de las complicaciones puerperales fue del 3,05 %, las principales complicaciones halladas fueron la mastitis aguda (19,2 %) y endometritis puerperal (15,7 %). Las complicaciones se relacionaron con el parto vaginal en el 64,5 %, se registró una estadía hospitalaria entre 2 y 7 días en el 66,3 %. Los autores concluyeron que las complicaciones tienen baja incidencia, con riesgo significativo en adolescentes y mujeres muy jóvenes y que fueron frecuentes las complicaciones mamarias, con mayor incidencia en pacientes con partos vaginales lo que implica estadías prolongadas (Sanabria Fromherz & Fernández Arenas, 2011).

García y Col. (2012) determinaron los signos y síntomas que las mujeres consideran como datos de urgencia obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio, realizaron un estudio descriptivo, comparativo y transversal, de mujeres entre los 18 y 40 años de edad, aplicaron un cuestionario a 150 embarazadas y 150 no embarazadas. 72.2, 54.4 y 46.2 % de las no embarazadas conocieron los datos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio, respectivamente. De las embarazadas, 92.9, 62.7 y 25 % conocieron los datos de alarma durante embarazo, parto y puerperio. Se encontró asociación entre embarazo previo y conocer los datos de alarma y el número de consultas recibidas. El conocimiento de los signos de alarma obstétrica está relacionado con haber tenido partos y la labor del médico familiar durante el control prenatal. (Juan Francisco García-Regalado, Martín Israel Montañez-Vargas. Signos y síntomas de alarma obstétrica acerca del conocimiento que tienen las mujeres. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2012; 50 (6): 651-657). (4)

En un trabajo de investigación realizado en Guayaquil- Ecuador en el año 2013 por Aguirre León Lin Karol; denominado: Complicaciones puerperales inmediatas en pacientes de parto eutócico a realizarse en el hospital Enrique c Sotomayor de Septiembre del 2012 a febrero del 2013, en la cual se llegó a la conclusión que de las complicaciones que se presentan en el puerperio fisiológico inmediato son: con un porcentaje elevado de 21% los hematomas vaginales, seguido de preeclampsia con 20%, el 19 % con retención de restos placentarios, desgarros placentarios con un 18 % otras hemorragias no específicas el 16 % y con un nivel inferior las atonías uterinas con un 7%. (1)

En otra investigación realizada en Nicaragua por Káterin Elena Martínez Angulo y Elton Antonio Brizuela Obando; denominada: Prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco durante el 2014, se encontraron los siguientes resultados: en cuanto a la frecuencia según tipo de

complicaciones se observó la siguiente distribución: congestión mamaria 10.5%, mastitis aguda 19.2%, absceso de mama 5.2%, loquiometría 9.3%, endometritis 15.7%, atonías 4.6%, hematomas 2.3%, desgarros vaginales 0.6%, sepsis de la herida 5.8%, hipertensión arterial grave 3.5%, sepsis urinaria 3.5%, anemia moderada 2.3%, tromboflebitis 1.2%, otros 3.5%. (2)

En una investigación realizada en Guatemala de la Asunción en el año 2015 por: Schirley Gabriela Torres Armas; denominado: Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud; donde la muestra de estudio fueron 65 mujeres en edad fértil. Los resultados encontrados fueron: -El 63.1% de las mujeres entrevistadas refirieron haber recibido información acerca del tema. La principal fuente de información en estas mujeres fue obtenida del puesto de salud con un 60.9% seguido por información brindada por las comadronas en un 29.3 % y por ultimo medios de comunicación con 9.8%. Se determinó que el 49.2% de las mujeres en edad fértil encuestadas tenían un nivel bajo de conocimientos respecto a señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio, el 24.6% obtuvo un nivel medio y el 26.2% tenían un nivel alto. -El conocimiento de las señales de peligro durante el parto presenta asociación con el nivel de educación de las mujeres ( $P=0.0008$ ). A mayor educación mejor es el conocimiento de las señales: un 57.1% de las mujeres con educación diversificada/universitaria posee un buen conocimiento de las señales, le sigue las mujeres con educación básica (29.4%), y luego las que tienen de 4° a 6° primaria (20.0%), quedando con el valor más bajo las que no tienen educación o llegaron a 3° primaria (15.4%). -Las señales de peligro mencionadas con más frecuencia por las pacientes fueron las convulsiones con un 51.6% y la fiebre con 50.1%. (5)

En un trabajo de grado realizado en Perú, por Italy Huansi Torres; denominado: Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en Púerperas atendidas en el Hospital Cesar Garayar García, Julio 2016. Los resultados encontrados fueron: el 67.4% de púerperas encuestadas tienen un nivel de conocimiento regular sobre signos de peligro durante el embarazo; el 67.4% tienen un nivel de conocimiento regular sobre signos de peligro durante el Parto y el 62.9% conocimiento regular sobre signos de peligro durante el Puerperio sin embargo en el estudio de Gonzales el 47% de las gestantes poseen conocimientos de nivel bueno, 42% nivel de conocimiento regular y sólo el 11% tienen nivel malo. Las gestantes con mayor grado de instrucción, mayor edad, controles prenatales y edad gestacional tienen mayor grado de nivel de conocimiento, seguido del estudio de Martínez 14 un 74.1% poseen conocimiento sobre identificar una anomalía en su embarazo, ya que solo el 25.9% refirió no conocer sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo; el 97.4%, tiene una actitud positiva de tomar la decisión de asistir al centro de salud al detectar una complicación en su embarazo, y solo el 2.6% no considera importante tomar la decisión de asistir el médico al detectar una complicación en su embarazo, en el estudio de Ticonal. La mayoría de pacientes consideró a los signos de alarma como peligro; de presentarse algunos de estos signos, todas conocían que deben asistir a un centro de salud inmediatamente y siempre acudirían.

Se requiere estudios cualitativos para determinar las causas por las cuales, a pesar del conocimiento, algunas gestantes no acuden a tiempo y en el estudio de Tiul18 el 29.57% mencionaron conocer las señales de peligro como: Hemorragia vaginal, 21.74% indicaron como dolor tipo parto, 29.57% lo conocen como disminución de movimientos fetales. Mientras el 19.13% desconocen las señales de peligro. (Esteban Tiul Caal. Conocimientos que poseen las mujeres en periodo gestacional en relación a señales de peligro. Tesis para optar el grado de magister en enfermería materno neonatal. Universidad de San Carlos de Guatemala. 2014). (4)

## **2.2 Enunciado del problema:**

¿Cuál es el conocimiento de signos y síntomas de peligro durante el puerperio en mujeres gestantes y puérperas usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias Puerto el Triunfo, Usulután; Milagro de la Paz y San Jorge de San Miguel, año 2018?

## **2.3 Justificación del estudio**

Las complicaciones puerperales inmediatas son unas de las principales causas de morbilidad materna. Casi todas las muertes maternas ocurren en países en vías de desarrollo en donde factores de índole socioeconómico, cultural y tecnológico contribuyen a esta incidencia.

El propósito de este estudio es identificar el conocimiento de signos y síntomas de peligro durante puerperio en las gestante y puérperas atendidas, para colaborar en la búsqueda temprana de ayuda y como consecuencia reducir las complicaciones obstétricas y a su vez la mortalidad materna.

Por lo anterior es muy importante que las mujeres embarazadas y puérperas estén capacitadas para reconocer los signos y síntomas de peligro durante el puerperio que las puedan alertar para buscar ayuda en el tiempo oportuno en el centro de atención en salud más cercano; y como consecuencia se verán beneficiadas porque el profesional de salud tomara acciones positivas que lleven a disminuir el riesgo de complicaciones.

Dentro de los beneficios para el MINSAL están: que el estudio sirva para implementar un Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal; en los siguientes niveles de acción: reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; reducir las posibilidades de muerte entre mujeres que experimentan complicaciones.

Reforzar la educación en salud en el primer nivel de atención por ser el que mayor contacto tiene con las mujeres gestantes en cada control prenatal, respecto a los signos de alarma durante el puerperio para que sepan cuando consultar, así como fomentar en las mismas el parto institucional y asegurar asistencia de la madre a su inscripción y control puerperal para detectar cualquier riesgo.

Todo profesional de la salud debe tener presente que cualquier práctica médica no establecida en mujeres gestantes pone en riesgo su vida y la del producto de la concepción, es necesario tener un mayor control en las primeras 24 horas de puerperio, etapa donde empieza la involución uterina hasta alcanzar un estado pre gravídico.

Los profesionales de la salud deben brindar una atención integral, oportuna y de calidad a las mujeres gestantes y puérperas para que estas colaboren con una buena historia clínica que contribuya a un diagnóstico precoz y un tratamiento correcto con lo cual se reducen las complicaciones maternas; a la vez esta investigación les servirá a los futuros profesionales como base para futuros estudios.

### **3 OBJETIVOS:**

#### **3.1 Objetivo general:**

Determinar el conocimiento de signos y síntomas de peligro durante el puerperio en mujeres gestantes y puérperas usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias Puerto el Triunfo, Usulután; Milagro de la paz y San Jorge de San Miguel, año 2018

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- 2.2.1** Caracterizar por antecedentes gineco-obstétricos y sociodemográficos las muestras de estudio.
- 2.2.2** Medir el conocimiento de signos y síntomas de peligro que tiene la muestra de estudio durante el puerperio.
- 2.2.3** Describir los signos y síntomas de peligro de puerperio más conocido de la población estudiada.
- 2.2.4** Conocer la principal fuente de información sobre los signos y síntomas de peligro de puerperio en la población estudiada.

#### **3.3 CARACTERIZACION DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR EN ESTUDIO.**

##### **3.3.1 Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia San Jorge San Miguel.**

La ciudad de San Jorge está limitada por los siguientes municipios: Al norte y noreste, por el municipio de Chinameca; al este, por el municipio de San Miguel; al sur este, al sur y suroeste por el municipio de San Rafael Oriente y al oeste, por el municipio de Santa Elena; la extensión del Municipio es de 37.72 Kms<sup>2</sup> con una Área rural: 36.76 Km<sup>2</sup>. Aproximadamente y Área Urbana: 0.96 Km<sup>2</sup>. Aproximadamente, está situada a 320 metros sobre el nivel del mar; a 19.5 Km. Al Oeste, de la ciudad de San Miguel; San Jorge está dividido de la siguiente manera: En lo urbano se divide en 3 barrios que son: Barrio Santa Rosa, Barrio Concepción y Barrio Nuevo Paris; En cuanto lo rural se divide 5 cantones que son: Cantón Joya de Ventura, Cantón La Morita, Cantón San Julián, Cantón Candelaria y Cantón la Ceiba, la fuente económica de la Ciudad de San Jorge se basa más que todo a la: agricultura: En este municipio se cultiva: jícama, camote, yuca, maíz, café, frijoles, maicillo, cebolla, etc.; Fruticultura: en este ramo se basa al cultivo de árboles frutales como los que se mencionan a continuación, papaya, aguate, mango, copinol, naranjas, cocos, etc. y la Ganadería: en este campo se da en pequeño la crianza de ganado vacuno, porcino, y aves de corral.

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar San Jorge es una institución dependiente de El Ministerio de Salud, parte de la Región Oriental de Salud y coordinada jerárquicamente por SIBASI San Miguel, se encuentra ubicado en 2da Avenida Norte y 5ta Calle Poniente, municipio

de San Jorge, Departamento de San Miguel con un nivel de complejidad: primer nivel de atención, con jurisdicción del departamento de San Miguel, los servicios de saneamiento que presta son atención escuela saludable, atención de Salud ambiental, visitas domiciliarias, control de zoonosis, control de vectores, brigadas médicas, educación en salud entre otros, la infraestructura de la UCSFI San Jorge cuenta con el área de espera de pacientes, área de archivos, farmacia con sus medicamentos, 2 consultorios para médico, 1 para odontología, cuarto con área de rehidratación, vacunación, área de terapia respiratoria, área de curaciones e inyecciones, preparación de pacientes, bodega de medicamentos, área de digitación, área de archivo, salón de reuniones, área de saneamiento ambiental, área para toma de citología.

### 3.3.2 Unidad Comunitaria de Salud Familiar Milagro de la Paz

Situada en el departamento y ciudad de San Miguel. La UCSF Milagro de la Paz se ubica en la Avenida comunal de la colonia Milagro de la Paz. Históricamente San Miguel ha sido y sigue siendo, por casi 500 años ya, la ciudad más importante de la Zona Oriental del país. Tiene una población estimada de 480,000 habitantes para el año 2018, por lo que representa la tercera ciudad en importancia de la nación salvadoreña.

La ciudad de San Miguel fue fundada en el año 1530, convirtiéndose así en la segunda ciudad colonial española de los territorios hoy salvadoreños, pero se trasladó a su actual ubicación hasta en 1586. Hacia mediados del siglo XX tuvo un importante desarrollo económico debido a la agricultura de algodón y henequén, pero la guerra civil salvadoreña alteró su economía y sociedad. En la actualidad, ya a finales del siglo XX y comienzos del XXI, San Miguel ha ido recuperando de a poco su liderazgo económico y político en gran medida por las remesas familiares de los salvadoreños en los Estados Unidos que han reposicionado a la ciudad como el principal centro de comercio de toda la Zona Oriental de El Salvador. Actualmente, exceptuando a San Salvador -capital de la nación-, San Miguel es la ciudad líder de toda una región en El Salvador. representando la "capital" económica de toda la Zona Oriental Salvadoreña, abarcando cuatro de los 14 departamentos salvadoreños, tres de ellos siendo los más grandes de esta nación.

Por otra parte, otra de las razones por las que la ciudad San Miguel es ampliamente conocida entre la sociedad salvadoreña es porque en esta localidad tiene lugar el Carnaval de San Miguel, la fiesta popular más importante de El Salvador que se desarrolla en el mes de noviembre en el transcurso de las fiestas patronales. Tiene un área de 593,98 km<sup>2</sup>, y una altitud de 110 msnm. Se encuentra asentado en un valle al noreste del volcán Chaparrastique de San Miguel, también conocido como «Chaparrastique». Riegan su territorio numerosos ríos y quebradas, entre los que destaca el río Grande de San Miguel, otros son: Las Cañas, Yamabal, Taisihuat, Las Lajas, El Jute, Miraflores y Zamorán. Su hidrografía también cuenta con las lagunas de Aramuaca, San Juan, El Jocotal, parte de la laguna de Olomega, y laguneta El Coco. se encuentra ubicada en la zona climática salvadoreña de sabana tropical caliente o tierra caliente, y se caracteriza por su clima cálido, propio de la altura a la que se encuentra y por el ecosistema alrededor de la ciudad. Se le considera una de las ciudades más calurosas del istmo centroamericano, alcanzando temperaturas máximas extremas en los

meses de marzo, abril y recientemente mayo se ha convertido en un mes muy caluroso. En cuanto a las precipitaciones, el mayor promedio mensual en milímetros ocurre durante los meses de junio y septiembre.

La UCSF Milagro de la Paz es una institución dependiente del Ministerio de salud, parte de la Región Oriental de Salud y coordinada jerárquicamente por SIBASI San Miguel. Nivel de complejidad: primer nivel de atención. Jurisdicción: San Miguel Servicios de Salud de Primer Nivel en horario no hábil, días festivos, vacaciones y fin de año, y se dan los siguientes servicios: atención de emergencias, consulta médica general, control de niño sano, tamizaje neonatal, atención materna, atención posparto, terapia respiratoria, rehidratación oral, planificación familiar, pequeña cirugía, inyección, vacunación, curaciones, referencias a otro nivel de atención, traslado de emergencia en ambulancia, pruebas rápidas de laboratorio, orina, glucosa en sangre y pruebas de embarazo en orina. atención odontológica, entrega de medicamentos. servicio de saneamiento presta: atención escuela saludable, salud ambiental, visitas domiciliarias, control de zoonosis, control de vectores, brigadas médicas, educación en salud, coordinación con diferentes instituciones locales. Infraestructura: cuenta con área de espera para pacientes, archivo, farmacia, 5 consultorios para médicos, clínica odontológica, cuarto de rehidratación oral, vacunación, terapia respiratoria, área de curación e inyección, preparación de paciente, bodega de insumos, área de digitación, salón de usos múltiples, área de saneamiento ambiental, área de toma de citología, laboratorio clínico, cafetería. Fuente económica de la población: remesas familiares, comercio, pequeñas empresas, ventas ambulantes, múltiples carritos de panes hot dog. Población total de la UCSF: 15054, hombres: 6999, mujeres: 8065. Cubre: Colonia Milagro de la Paz, Cantón Monte Grande, Cantón La Puerta, Cantón Las Lomitas.

### 3.3.3 Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia (UCSFI) Puerto El Triunfo, Usulután.

Institución dependiente del Ministerio de Salud, Región Oriental de Salud y coordinada por SIBASI Usulután. El establecimiento de Salud se encuentra ubicado en Colonia El Pibe, contiguo a Centro Escolar de Puerto El Triunfo, Puerto El Triunfo, Usulután. Nivel de complejidad: primer nivel de atención. Descripción de infraestructura: cuenta con dos consultorios médicos, clínica odontológica, laboratorio clínico, farmacia, área de espera de pacientes, área de archivos, área de curación, área de vacunación, preparación de pacientes, bodega de medicamentos. División territorial: está distribuida en tres zonas, y cada zona está a cargo un Promotor de salud.

Zona A: colonia Rafael Escalón, colonia El Pibe, colonia Ista, Urbanización 77

Zona B: colonia EL Vaticano, colonia El Tercio, colonia Granja Marina, colonia Santa Elena.

Zona Z: colonia El Centro, colonia La Aduana, colonia San Rafael, colonia Campos Mariscos.

Actividad económica de la población Puerto el triunfo posee el 60% de los bosques salados del país, el municipio incluye las islas del Espíritu Santo, Madresal, la península de San Juan del Gozo y la Bahía de Jiquilisco.

La población se dedica principalmente a la pesca y extracción de curiles, agricultura y ganadería.

Cuenta con carretera en buenas condiciones y buen servicio de transporte público.

Puerto El triunfo cuenta con 5 centros escolares, 1 iglesia católica, 32 iglesias evangélicas, 4 canchas de futbol, el malecón para degustar de la gastronomía del lugar.

Población de UCSF Puerto El triunfo: 21362

## **4 MARCO TEÓRICO.**

### **4.1 Conocimiento**

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. Tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujetos, objeto, operación y representación. (6)

#### **4.1.1 Teorías del conocimiento.**

Diversas teorías nos ayudan a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano y tratan de explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades, en el razonamiento y en la adquisición de conceptos. Por ejemplo, la teoría del condicionamiento clásico de Pávlov: explica como los estímulos simultáneos llegan a evocar respuestas semejantes. La teoría del condicionamiento instrumental u operante de Skinner describe cómo los refuerzos forman y mantienen un comportamiento determinado. Albert Bandura describe las condiciones en que se aprende a imitar modelos. La teoría Psicogenética de Piaget aborda la forma en que los sujetos construyen el conocimiento teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo. La teoría del procesamiento de la información se emplea a su vez para comprender cómo se resuelven problemas utilizando analogías y metáforas.

El enfoque de cambio conductual enfatiza la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas. Un incremento en el nivel de conocimientos genera cambios actitudinales, los cuales pueden guiar a cambios en las conductas de las personas en la búsqueda de estilos de vida saludables. Este proceso se basa en las teorías psicológicas del aprendizaje al involucrar los aspectos cognitivo, afectivo y conductual. En el trabajo de Carper dio oportunidad para el conocimiento desde cuatro patrones de conocimientos entrelazados e invisibles, pero que centraron el desarrollo disciplinar de manera definitiva: empírico, estético, personal y ético. (7)

Desde el punto de vista de la Atención Primaria en Salud (APS) y la educación para la salud, se entiende como un instrumento que sirve a los profesionales y a la población para conseguir de esta capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su Salud o enfermedad. Por lo tanto; se debe brindar una buena educación a la mujer embarazada y puerpera sobre los signos y síntomas de peligro que se puedan presentar en el periodo puerperal, ya que una falta de conocimiento de estos puede llevar a un problema de salud serio.

#### 4.1.2 Tipos de conocimientos:

Se distinguen tres tipos de conocimiento: analítico a priori, que es exacto y certero pero no informativo, porque sólo aclara lo que está contenido en las definiciones; sintético a posterior, que transmite información sobre el mundo aprendido a partir de la experiencia, pero está sujeto a los errores de los sentidos, y sintético a priori, que se descubre por la intuición y es a la vez exacto y certero, ya que expresa las condiciones necesarias que la mente impone a todos los objetos de la experiencia. (7)

#### 4.1.3 Características del conocimiento

Según Andreu y Sieber (2000), los fundamentales son básicamente tres:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia.
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos.
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible). (7)

## 4.2 Puerperio

**Definición:** El puerperio es el período que comprende desde el alumbramiento hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, que aproximadamente ocurre a las 6 semanas (42 días).

Es un período de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas, que se desarrolla por un proceso de involución de las mismas, hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad.

#### 4.2.1 Clasificación

- **Puerperio Fisiológico:** Cuando no se encuentran factores de riesgo y su evolución es normal, sin patología concomitante ni complicaciones.
- **Puerperio Patológico:** Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales. Presenta alguna patología aguda o crónica.

#### 4.2.2 Etapas del puerperio

- **Puerperio Inmediato:** comprende las primeras 24 horas y está destinado a lograr la hemostasia uterina.

Después de la expulsión de la placenta, queda en el útero un lecho esponjoso con vasos sangrantes. La capa basal del endometrio tiene una irrigación propia que evita los procesos necrobióticos que experimentan las capas superiores. Para una eficaz hemostasia se ponen en juego 2 mecanismos. La retracción: fenómeno permanente y pasivo que consiste en un acortamiento definitivo de la fibra muscular uterina y la contractilidad: fenómeno intermitente y activo, que consiste en el acortamiento temporario de la fibra muscular uterina.

- **Puerperio Mediato:** abarca del 2° al 7° día, actuando los mecanismos involutivos.
- **Puerperio Tardío:** 7° a los 42 días. (2)

### 4.3 Puerperio fisiológico o normal.

#### 4.3.1 Cambios en genitales y mamas.

##### Útero

Tras el alumbramiento, el útero comienza un proceso involutivo en el que va reduciendo su tamaño y peso gradualmente hasta alcanzar una dimensión y posición similar al de una mujer no gestante. Será al final de la 6ª semana tras el parto, cuando el útero haya completado su involución. (ver figura 1)

La involución tiene lugar como consecuencia de la contracción de las fibras musculares uterinas, siendo la oxitocina la que coordina el proceso. Estas contracciones suelen percibirse como dolorosas por la mujer durante los primeros 2-3 días (entuetos) y tienen como función favorecer la compresión de los vasos sanguíneos uterinos y el control de la hemorragia tras el parto.

##### Loquios

Durante el postparto, la mujer expulsa una secreción vaginal característica (loquios) formada principalmente por sangre, restos deciduales y moco; y cuya composición, color y cantidad se modificará a lo largo de las semanas, terminando hacia la 4-6 semana. Los loquios no tienen mal olor y son variables en cantidad y características a lo largo del puerperio (ver figura 2)

Los primeros tres días contienen una mezcla de sangre fresca y decidua necrótica (loquia rubra), luego disminuye el contenido sanguíneo tornándose más pálido (loquia serosa). Ya en la segunda semana el líquido se aclara transformándose a color blanco amarillento (loquia alba). La pérdida de loquios dura aproximadamente 4 a 6 semanas coincidente con el término de la involución uterina.

La valoración de la involución uterina y de las características de los loquios (inclusive la aparición de mal olor) es fundamental para identificar precozmente la aparición de posibles complicaciones como son la hemorragia postparto o la infección puerperal.

## **Cérvix y vagina**

El cuello uterino y la vagina también sufren modificaciones. Tras el parto ambas estructuras están blandas, flexibles y edematosas; pero en las 24 horas siguientes, el cérvix se acorta recuperando firmeza y grosor. Asimismo, con el paso de las semanas, el orificio cervical reducirá su diámetro y la vagina volverá a su estado inicial. (ver figura 3).

No obstante, el orificio cervical externo deja de ser puntiforme (como ocurre en las nulíparas) y presenta una fisura transversal; y en el himen se producirá una cicatrización especial formando nódulos fibrosos en la mucosa (carúnculas multiformes).

El periné puede haberse desgarrado durante el parto o bien sufrir una incisión quirúrgica (episiotomía), lo que puede producir molestias considerables. (ver figura 4) Los músculos del suelo pélvico, sobredistendidos durante el embarazo, suelen recuperarse al final del puerperio; aunque en ocasiones, esta recuperación no ocurre en su totalidad, dificultando la vuelta a la normalidad y favoreciendo la aparición de prolapsos uterinos.

## **Mamas**

Durante todo el embarazo, las mamas se han ido preparando para iniciar la lactancia, pero no es hasta después de 2-4 días tras el parto cuando tiene lugar la ingurgitación mamaria. Esta puede acompañarse de un aumento fisiológico y transitorio de la temperatura de la mujer durante las primeras 24h que ha de saber diferenciarse del acontecido por un proceso de infección. La primera secreción de la glándula mamaria es el calostro, seguido de la leche de transición hasta la leche madura. Una vez establecida la lactancia, la succión es el estímulo más poderoso para mantener la producción y expulsión de la leche, evitando así su acumulación en los conductos galactóforos y favoreciendo la prevención de la ingurgitación mamaria o la mastitis durante la lactancia.

### **4.3.2 Otros cambios fisiológicos**

#### **4.3.2.1 Niveles hormonales y retorno del ciclo menstrual**

Después del parto y el alumbramiento, los estrógenos, la progesterona y el lactógeno placentario humano (todos agentes inhibidores de la prolactina) disminuyen con rapidez, lo que provoca un aumento en la secreción de prolactina que promueve la producción de leche. La instauración de la lactancia materna retrasa el retorno de la ovulación (relacionado con los niveles de prolactina) y la menstruación. Sin embargo, es posible la ovulación y, por tanto, que la mujer quede de nuevo embarazada sin desearlo antes de que se establezca la menstruación. En aquellas mujeres que no amamantan la prolactina disminuye y la concentración de estrógenos comienza a elevarse a concentraciones foliculares, permitiendo que la reanudación de la menstruación tenga lugar antes que en aquellas mujeres que amamantan.

#### **4.3.2.2 Sistema muscular-ligamentario**

Con la expulsión de la placenta, además de las hormonas mencionadas anteriormente, también la relaxina va descendiendo hasta permitir la recuperación total del tono muscular y del estado previo de todo el sistema músculo-ligamentario. No obstante, en la musculatura abdominal la recuperación del tono es más lenta y progresiva, pudiendo incluso observarse diástasis de los rectos anteriores.

#### 4.3.2.3 Sistema urinario y gastrointestinal

El tono de la vejiga también está disminuido en el puerperio y tiene una mayor capacidad, lo que unido al incremento de la diuresis tras el parto (en los primeros días se eliminan unos 2 litros de agua, en su mayoría procedente del espacio extracelular), favorece la retención urinaria o un vaciado incompleto; aumentando el riesgo de infecciones del tracto urinario.

Además, por los efectos relajantes residuales de la progesterona existe una reducción del peristaltismo que, junto con la distensión de los músculos abdominales, la inflamación del periné y el miedo al dolor, hacen que el estreñimiento sea un problema frecuente en el postparto.

#### 4.3.2.4 Sistema cardiovascular

El reajuste del volumen sanguíneo tras el parto produce una ligera tendencia a la bradicardia durante los primeros días. En cuanto a la tensión arterial, lo normal será que la mujer se mantenga normotensa. No obstante, es preciso el estrecho control de los valores de tensión arterial, así como la valoración de la diuresis, la presencia de edemas y proteinuria para una precoz identificación de trastornos hipertensivos durante el postparto.

Durante todo el embarazo, se produce un aumento de los factores de la coagulación reduciendo el riesgo de hemorragias en el puerperio. Sin embargo, los niveles de estos factores permanecen elevados hasta 4 semanas tras el parto lo que, junto con una escasa movilización y los traumatismos propios del parto, incrementan el riesgo de complicaciones tromboembólicas durante el puerperio.

#### 4.3.2.5 Cambios psicológicos.

El puerperio supone un periodo importante de adaptación para toda la familia, pero en especial para la mujer, quien ha de hacer frente a los múltiples cambios y molestias físicas de esta etapa (los cuales contribuyen a reacciones negativas), así como adaptarse al recién nacido y a su nuevo rol como madre y cuidadora. (8)

#### 4.3.2.6 Pérdida de peso.

Durante las primeras horas se produce una disminución de peso de 4 a 7 kg como resultado de expulsión del feto, la placenta y el líquido amniótico. Además, se pierden por diuresis aproximadamente 2,5 Kg y hay una pérdida de sangre de 500 ml o más. Dependiendo del cumplimiento de dieta puede llegar a recuperar su peso luego de 6 semanas. A mayor incremento de peso durante el embarazo mayor diferencia entre el peso anterior y posterior al embarazo.

#### 4.3.2.7 Temperatura.

Durante las primeras 24 horas la temperatura puede llegar a 38°C, por el esfuerzo muscular o la deshidratación. Si la temperatura pasa de 38°C durante dos días del puerperio es un signo de infección puerperal.

#### 4.3.2.8 Cambios en la piel.

La piel del abdomen queda flácida y propensa a la aparición de estrías. La hiperpigmentación desaparece rápidamente (línea alba, rostro, genitales exteriores, cicatrices abdominales). A causa de la sudoración abundante, es posible que se den fenómenos de irritación cutánea.

#### 4.3.2.9 Cambios en el Endometrio

Durante los primeros 25 días de puerperio se produce la cicatrización espontánea del endometrio, es espontánea porque la cicatrización es independiente de estímulos hormonales conocidos. Tras esto el endometrio crece discretamente en espesor y esto es dependiente del estímulo estrogénico. El nuevo endometrio está formado a las 2- 3 semanas posparto.

#### 4.3.2.10 Retorno a la menstruación.

La aparición de la menstruación luego del parto es algo variable. La mayoría de las mujeres tienen su primer sangrado posparto luego de 6 – 12 semanas del mismo, pero este tiempo depende de varios factores. El más importante es la lactancia.

Durante la lactancia se libera mayor cantidad de prolactina, la que puede dilatar la aparición del sangrado menstrual mientras se encuentra amamantando.

Esta demora del ciclo también depende de si se encuentra con lactancia exclusiva o algún otro tipo de suplemento o comida. En ocasiones se puede tardar hasta un año luego del parto para tener nuevamente sangrado menstrual.

El hecho de no menstruar o de no hacerlo regularmente, no es sinónimo de falta de ovulación. Es decir que se puede ovular sin que se tenga el sangrado menstrual; esto es frecuente durante la lactancia. Es por este tema que se sugiere que, si no se desea un embarazo prontamente, se tomen las medidas anticonceptivas necesarias para programar el próximo embarazo. (9)

### 4.4 Puerperio patológico.

Las complicaciones más frecuentes en el puerperio son la hemorragia posparto, la infección puerperal, los trastornos hipertensivos, las enfermedades tromboembólicas y la depresión posparto; siendo las tres primeras las patologías con mayor morbimortalidad en el puerperio.

#### 4.4.1 Hemorragia posparto.

La hemorragia posparto se define como la pérdida hemática  $\geq 500\text{ml}$  después de un parto vaginal y  $\geq 1.000\text{ml}$  tras una cesárea. Se trata de la patología con mayor morbimortalidad en el puerperio, estimándose una incidencia del 10% en el total de partos. Según el momento en el que tenga lugar, puede distinguirse entre:

- **Hemorragia posparto precoz o temprana** (primeras 24 horas): más frecuente y generalmente debida a atonía uterina; término que hace referencia a la incapacidad de contracción de las fibras miométriales, que impide que los vasos uterinos puedan cerrarse correctamente y, por lo tanto, sangren libremente. Causa también de la hemorragia

postparto precoz, aunque menos habitual, son las laceraciones del canal blando durante el parto.

- **Hemorragia postparto tardía** (entre 24 horas y 6 semanas después del parto): es más peligrosa ya que puede producirse tras el alta hospitalaria. Suele ser consecuencia de la retención de restos placentarios o la subinvolución uterina, es decir, incapacidad del útero para regresar a su tamaño y localización previa al embarazo. Normalmente la subinvolución está relacionada con retención de restos placentarios, infecciones o cicatrización incompleta del lugar donde se insertó la placenta. (ver anexo #11 tabla de etiología de hpp)

### **Manejo: Tiempo 0 – 30 minutos**

- Mantener monitorización de signos vitales.
- Revisión instrumental y extracción manual de placenta, si corresponde.
- Compresión manual del útero. Masaje uterino externo (ver figura 5).
- Reparación de desgarros y laceraciones
- Iniciar administración de oxitocina en bolo (5 -10 U ev.) y/o infusión continua.
- Mantener infusión de oxitocina (20 U en 500 cc. de Suero fisiológico a 125 ml/ hora).
- Administrar metilergonovina 1 ampolla IM.
- Continuar con administración de cristaloides.

### **Después de 60 minutos**

Una vez agotados los tratamientos médicos, si persiste la hemorragia debe plantearse el tratamiento quirúrgico.

- El tipo de tratamiento quirúrgico va a depender de la paridad, presencia de trastorno de coagulación y experiencia quirúrgica

Alternativas:

- Ligadura de arterias uterinas (Tratamiento conservador)
- Ligadura de arterias hipogástricas (Tratamiento conservador)
- Packing uterino (Tratamiento conservador, controvertido, principalmente en lugares sin acceso a pabellón o experiencia quirúrgica). Se recomienda packing con uso de 5 ó 6 compresas anudadas embebidas con suero o antiséptico, dentro de la cavidad. Balón de Bakri en lugares donde esté disponible. Mantener packing por 6 a 24 horas, mientras se traslada.
- Sutura de B- Lynch, se recomienda uso de sutura de reabsorción lenta (poliglactina - vicryl R)
- Histerectomía obstétrica total o subtotal.

#### **4.4.2 Desgarros vaginales y hematomas**

Durante el parto se pueden ocasionar desgarros y otras lesiones en el canal vaginal, muchas de ellas no diagnosticadas correctamente y que pueden originar problemas durante el puerperio

Factores de riesgo

- Primiparidad.
- Fórceps.
- Preeclampsia.
- Trabajo de parto largo y laborioso.
- Macrosomía fetal.
- Trastornos de la coagulación.

### **Etiopatogenia**

Está en relación directa con la sobredistensión mecánica del periné, sometido a presiones ejercidas por la cabeza u hombros fetales, instrumentos o manos del obstetra. (Ver anexo # 10 de clasificación de los desgarros)

### **Factores condicionantes**

Primíparas, Gestantes tardías, Cicatrices anteriores, Edema, Periné alto de la pelvis en retroversión, Pelvis estrechas con ángulo púbico muy agudo y Variedades occipitosacras,

### **Tratamiento**

Sutura inmediata al alumbramiento, puesto que la herida no está aún contaminada. Es conveniente revisar el cuello y la vagina antes de suturar el periné.

#### 4.4.3 Complicaciones infecciosas.

Pueden distinguirse dos grandes categorías: las infecciones puerperales o del tracto genital, y las que surgen en otros sitios diferentes (mastitis o infecciones del tracto urinario).

Se considera que toda puerpera padece una infección si presenta fiebre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  durante al menos 2 días consecutivos en los primeros 10 días tras el parto, excluyendo las primeras 24h.

De las infecciones puerperales, la endometritis junto con las infecciones de las heridas (laceraciones del canal blando, episiotomías e incisión quirúrgica de cesárea) son las más frecuentes y suelen manifestarse tras el alta hospitalaria.

##### 4.4.3.1 Endometritis puerperal:

La fiebre en el puerperio, puede ser expresión de bacteremia y su incidencia en pacientes obstétricas es de 7,5 a 8%. La fiebre en el puerperio no necesariamente significa enfermedad.

Por ello, existe el concepto de morbilidad febril puerperal: es la fiebre sobre  $38^{\circ}\text{C}$  en 2 tomas separadas por 6 horas, después del parto. Si ocurriera, se debiera considerar como patológica, investigar su causa y tratarla.

- El riesgo relativo de endometritis en la cesárea es de 12,8 respecto al parto.
- La endometritis post cesárea, es la causa más frecuente de fiebre en el puerperio y puede llegar al 56% vs 14% en el parto vaginal. (Ver anexo # 12 de factores de riesgo de endometritis)

### **Criterios diagnósticos**

- El diagnóstico es clínico, hemocultivo y muestra de tejido endometrial no son aplicables: Fiebre > 38° C axilar.
- Loquios turbios y mal olor.
- Dolor y subinvolución uterina. El dolor es muy inespecífico, sobre todo en cesáreas, donde normalmente hay dolor en hemiabdomen inferior. La subinvolución uterina es muy variable de mujer a mujer y también es difícil de evaluar objetivamente.

Complicaciones de endometritis:

**-Precoces:**

- Locales: miometritis, parametritis.
- Regionales: absceso tubo ovárico.
- Generales: sepsis

**-Tardías:** Infertilidad., Salpingitis crónica.; Algia pelviana crónica.

**Tratamiento**

El tratamiento es empírico y debe estar enfocado a una infección polimicrobiana.

- En endometritis leve se puede realizar tratamiento ambulatorio y oral.
- En cuadros severos se aconseja hospitalizar y realizar tratamiento endovenoso. (Ver anexo # 13 de dosis antibiótica)

4.4.3.2 Infección de herida operatoria en el puerperio

Es la salida de pus por algún sitio de la herida operatoria, en el caso de la puérpera puede ocurrir en la cesárea o la episiotomía. En etapas iniciales, no siempre se logra evidenciar material purulento, existe sólo inflamación asociada a una infección bacteriana. Es una de las infecciones más frecuentes en el puerperio. (ver figura 6)

Los microorganismos que invaden el sitio quirúrgico constituyen una flora mixta, aeróbica y anaeróbica que puede venir de una fuente endógena (vagina y periné) o exógena (el equipo quirúrgico o el medio hospitalario).

**Factores de riesgos**

- Rotura prematura de membranas.
- Número de tactos vaginales.
- Tiempo operatorio prolongado.
- Vaginosis vaginal.
- Infección ovular.
- Anemia. (ver anexo # 14 de factores de riesgo de infección de herida operatoria)

## **Diagnóstico**

Lo más importante es el diagnóstico precoz. De ello puede depender un tratamiento en base solamente con antibióticos, hasta la necesidad de un aseo quirúrgico con resutura de la herida, incluso riesgo vital. Para un adecuado y oportuno diagnóstico es necesario:

### **Observar la evolución del dolor post operatorio**

Normalmente el dolor va aumentando progresivamente desde las 24 hasta las 72 horas como máximo y desde ese momento comienza a declinar progresivamente. Puede haber variaciones individuales de la sensación de dolor, según tolerancia de cada persona y el mayor o menor uso de analgésicos. Si el dolor en la herida, habiendo sido menor en este período, comienza a incrementar, así como la necesidad de analgésicos, esto es altamente sospechoso que la herida está expresando signos iniciales de infección, que obliga a inspeccionarla acuciosamente.

### **Retirar precozmente el apósito que cubre la herida**

Al día siguiente o no más allá de las 24 hrs. Esto nos permite pesquisar a tiempo signos inflamatorios locales: edema, enrojecimiento y dolor, característicos de una infección de la herida por streptococcus grupo A, microorganismo que produce infecciones graves, incluso fascitis necrotizante que se comienza a manifestar dentro de las primeras horas de cirugía. El retiro precoz del apósito, dejando la herida descubierta en forma permanente, no implica riesgo de infección, la costra que cubre el sitio de la incisión se hace impermeable a bacterias ya a las 6 horas de la cirugía.

### **Observar signos de infección**

Enrojecimiento con edema en zonas bien definidas. El enrojecimiento en toda la herida, sin edema y alrededor de los puntos es inflamación, no infección. En caso de sospecha de una infección, comprimir y ver si se obtiene material purulento. El enrojecimiento en placas, de borde cercenado, especialmente si se acompaña de dolor importante en esa zona, puede ser el inicio de una fascitis necrotizante. Marcar con un bolígrafo el borde y observarlo en las próximas 6 horas, si aumenta en extensión y en sintomatología, comenzar tratamiento como fascitis necrotizante.

### **Laboratorio**

Vigilar si la paciente tiene fiebre, leucocitosis sobre 15.000, VHS sobre 60 mm o PCR sobre 60 mg/L.

### **Manejo**

Utilizar antibióticos sólo en casos de fiebre y/o compromiso de los bordes, especialmente si hay alteraciones de laboratorio y signos sospechosos de fascitis necrotizante (ver anexo # 15 de tratamiento antibiótico de infección de herida operatoria).

#### **4.4.4 Granuloma de herida operatoria**

### **Definición**

Es una lesión inflamatoria crónica de la herida, como respuesta a la presencia de cuerpo extraño, en este caso material de sutura, secundariamente puede haber invasión bacteriana, que no es lo relevante, ya que el cuadro clínico es netamente dependiente de la presencia de estos elementos.(ver figura 7)

## Diagnóstico

- Se presentan como pequeñas zonas sollevantadas, que en un momento determinado se abren dando salida a material purulento espeso, algo blanquecino.
- Son zonas indoloras de la herida alternadas con zonas ya bien cicatrizadas.
- Esto ocurre temporalmente alejado de la fecha de cirugía, sobre las tres semanas en general, permaneciendo en el tiempo por varios meses.
- Se resuelven en forma espontánea, a veces, después de expulsar un trozo de material de sutura por su centro.

## Manejo Médico

- Explicar a la mujer que: a) No se trata de una infección de herida b) Es un problema de rechazo al material de sutura c) La herida ya no se va a abrir ni infectar d) No necesita curaciones.
- **No administrar antibióticos.**
- No necesita curación, ni en centro de salud ni en casa.
- Sólo indicar ducha, con chorro directo en la herida o con ducha teléfono dos o tres veces en el día.
- Colocar apósito limpio o gasa delgada (no necesariamente estéril) más bien con el fin de evitar mancharse la ropa interior.
- Evitar la humedad, después del baño, secar por palpación, dejar secar al sol o con secador de pelo.
- Puede salir espontáneamente algún trozo de material de sutura a través del granuloma. En este caso, aplicar solución antiséptica en los bordes y extraer el trozo con pinzas.
- Si al cabo de dos meses no hay involución espontánea, debe derivarse a nivel secundario para plantear otra línea de tratamiento.

### 4.4.5 Enfermedades tromboembólicas.

Los cambios fisiológicos producidos durante la gestación a nivel cardiovascular también implican una serie de modificaciones que hacen que la enfermedad tromboembólica sea más frecuente en las puérperas que en las mujeres no gestantes. Esta enfermedad se define como el asentamiento de un coágulo de sangre en la luz venosa que cursa con inflamación de la pared interna del vaso sanguíneo. Puede afectar al tracto venoso superficial (generalmente, venas safenas) o profundo (desde las venas pedias hasta la región ileofemoral). La trombosis venosa superficial suele tener una evolución benigna, raramente dando lugar a émbolos. Sin embargo, la trombosis venosa profunda implica mayor importancia, pues el principal riesgo radica en la aparición de un embolismo pulmonar consecuencia del desprendimiento del coágulo de la pared venosa y su libre circulación a través del torrente sanguíneo.

### 4.4.6 Patología mamaria puerperal

#### 4.4.6.1 Mastitis

Mastitis es un término inespecífico, implica inflamación y fundamentalmente infección de la mama. Ocurre con mayor frecuencia en el puerperio, pero puede afectar la mama de la mujer más allá de este período y también de la mujer no embarazada. La incidencia reportada es muy variable, de un 2 a un 33% de todas las mujeres que están lactando.

## **Factores favorecedores:**

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

## **Clasificación**

### **Mastitis linfangítica;**

- Generalmente no es de manejo hospitalario
- Comienzo agudo
- Celulitis cuya puerta de entrada es una grieta del pezón
- Compromete el tejido interlobulillar con zonas demarcadas por los ligamentos de Cooper
- Piel enrojecida de bordes cercenados
- No se logra obtener secreción purulenta por el pezón
- Fiebre alta hasta 40° C. Discordancia entre fiebre y hallazgos al examen físico

### **Mastitis abscedada**

- Generalmente de manejo hospitalario
- Comienzo insidioso
- Rara vez existe grieta en el pezón
- A veces se inicia como infección intraductal. Puede comprometer varios lóbulos (la puerta de entrada es múltiple)
- Se palpan una o varias zonas de induración, dolorosas, con piel enrojecida y fluctuación
- Se puede obtener pus por el pezón al comprimir la mama
- Sintomatología de acuerdo al compromiso de la mama. Dolor y menos fiebre. (ver fig. 8)

## **Etiología**

El microorganismo que con más frecuencia se aísla es el *Staphylococcus aureus* en más del 50% de los casos, de los cuales en el 70% de ellos existe la bacteria en la mama contra lateral no afectada, lo que sugiere como vía de transmisión al recién nacido. La principal fuente de *Staphylococcus*, son las manos de la mujer y del equipo de salud, teniendo como reservorio el medio hospitalario (camas, ropa y otros), la piel de la aréola mamaria y la nariz del recién nacido (como portador). Para un recién nacido portador de *Staphylococcus aureus*, existe 3 veces más probabilidad que su madre tenga una mastitis. Una mujer con lesiones en el pezón, tiene nueve veces más probabilidad de tener una mastitis que una mujer sin lesiones.

## **Cuadro clínico**

- Fiebre alta (> 38°C)
- Eritema
- Induración y dolor local

- Calosfríos
- Asociado a una reacción sistémica mínima
- Secreción purulenta por el pezón

### **Tratamiento**

- No hospitalizar.
- No suspender lactancia materna. Se recomienda continuar con la lactancia, porque éste impide la ingurgitación de la leche y disminuye la probabilidad de que se formen abscesos
- Amamantar con mayor frecuencia
- Vaciamiento frecuente.
- Ofrecer primero la mama comprometida.
- Manejo de grietas.
- Analgésicos: Paracetamol 1 gramo cada 8 horas, Ketorolaco 10 mg cada 8 horas, Ketoprofeno 50 mg cada 8 horas.
- Antibióticos. (ver anexo # 16 de manejo farmacológico)

### **Mastitis abscedada**

Los leucocitos y bacterias en la leche llegan a niveles muy elevados, formándose pus en los conductos galactóforos. Las enzimas proteolíticas del material purulento que hay en la leche dañan la pared de éstos, penetrando este material contaminado al tejido intersticial que hay entre ellos. En este momento se inicia el absceso mamario. En este caso el cuadro clínico destaca fundamentalmente por dolor intenso e induración de una zona de la mama, con aumento de tamaño de toda la mama y con signos inflamatorios en la piel circundante.

– Si existe duda en cuanto a la existencia de absceso drenable o sospecha de absceso retromamario, realizar ultrasonografía de mama para confirmar el diagnóstico.

– Realizar bajo anestesia general una incisión de la piel, drenaje, debridación y aseo de la cavidad abscedada con suero fisiológico, colocando un drenaje de látex (Penrose) hasta el día siguiente.

Junto con la decisión quirúrgica, iniciar antibióticos:

- Clindamicina 600 mg c/6 hrs IV u oral por 7 a 10 días.
- Ampicilina/Sulbactam 4,5 a 6 grs/día IV administrado en 3 a 4 dosis por 7 a 10 días.
- Amoxicilina 1,5 a 2 grs + Ac. Clavulánico 0,375 a 0,5 grs oral / día en 3 a 4 dosis.

## **5 SISTEMA DE HIPÓTESIS**

### **5.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO**

#### **5.1.1 HIPÓTESIS VERDADERA**

**Hi:** El conocimiento de signos y síntomas durante el puerperio en gestante y puérperas es aceptable.

### 5.1.2 HIPÓTESIS NULA

**H°:** El conocimiento de signos y síntomas durante el puerperio en gestante y puérperas no es aceptable.

### 5.2 UNIDAD DE ANALISIS

Mujeres gestantes y puérperas.

### 5.3 VARIABLE:

**Variable:** conocimiento de signos y síntomas de peligro durante el puerperio

#### 5.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
<b>Hi:</b> El conocimiento de signos y síntomas durante el puerperio en gestante y puérperas es aceptable	<b>V:</b> conocimiento sobre signos de peligro durante el puerperio.	Toda la información que saben las gestantes y puérperas sobre signos y síntomas de peligro durante el puerperio.	I. Características sociodemográficas.	Mediante la cédula de entrevista.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedencia</li> <li>• Edad de la gestante</li> <li>• Escolaridad</li> <li>• Lleva controles prenatales</li> </ul>
			II. Antecedentes gineco- obstétricos.	Cedula de entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paridad</li> <li>• Abortos</li> <li>• Vía del parto anterior</li> <li>• Fiebre después del parto anterior</li> <li>• Anemia en el parto anterior</li> <li>• Sangrado posparto</li> <li>• Infección de vías urinarias en parto anterior</li> <li>• Rotura prematura de membranas</li> <li>• Retención de restos placentarios</li> <li>• Atonía uterina</li> <li>• Infección pélvica</li> <li>• Vaginosis bacteriana</li> </ul>

Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
			III. Conocimientos		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de puerperio</li> <li>• Puede sufrir riesgo la mujer después del parto</li> <li>• Reconoce algún signo de peligro después del parto</li> <li>• Alguien le ha informado sobre los signos de peligro después del parto</li> <li>• Acude a su control postparto</li> <li>• Sigue las recomendaciones médicas</li> </ul>
			IV Conocimientos específicos		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos: fiebre, hemorragia, infección de herida operatoria, mastitis, loquios fétidos, distensión abdominal, estreñimiento, inflamación de periné, edema de miembros inferiores.</li> <li>• Síntomas: depresión, cefalea, irritación, dolor pélvico.</li> </ul>

## 6 DISEÑO METODOLÓGICO

### 6.1 Tipo de investigación

Es un estudio de tipo cuali-cuantitativo porque es un método establecido para estudiar de manera científica una muestra reducida de objetos de investigación.

**Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es: Prospectivo:** ya que se registró la información al momento de la aplicación de la cédula de entrevista para investigar los conocimientos que tienen las gestante y puérperas sobre los signos y síntomas de peligro durante el puerperio.

**Según el período o secuencia del estudio es de corte: Transversal:** porque se estudió la siguiente variable: el conocimiento de signos y síntomas de peligro durante el puerperio que tienen las gestantes y puérperas.

**Según el análisis y alcance de los resultados la investigación es de tipo: Descriptiva:** porque fue dirigida a integrar e implementar información sobre la temática en estudio, para determinar el tipo de conocimiento que poseen gestantes y puérperas sobre signos y síntomas de peligro durante el puerperio y la influencia de los factores sociodemográficos al respecto.

### 6.2 Población

En las unidades comunitarias de salud donde se realizó el estudio se toma a toda la población de mujer embarazada y puérperas que consultaron por control o por morbilidad durante el periodo de enero a junio de 2018, teniendo una población total de 207 mujeres gestantes y puérperas las cuales se distribuyen de la siguiente manera:

**TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN CADA UCSF**

Unidad Comunitaria de Salud Familiar	Población
Puerto el Triunfo	29
Milagro de la Paz	107
San Jorge.	71
TOTAL	207

**Fuente:** tomado de la Plan Operativo Anual 2018 de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

### 6.3 Tipo de muestreo:

El tipo de muestreo que se realizo es no probabilístico si no de conveniencia ya que se trabajó con censo.

## **6.4 Criterios para establecer la población**

### 6.4.1 Criterios de inclusión:

- Mujeres gestantes en cualquier trimestre
- Mujeres gestantes que asistan a control prenatal
- Mujeres gestantes que asistan por morbilidad
- Puérperas que asistan a su control post parto
- Mujeres puérperas que asistan a inscripción infantil y post parto
- Mujeres puérperas que asistan por morbilidad

### 6.4.2 Criterios de exclusión

- Gestantes que presentan emergencia obstétrica al momento de la consulta.
- Mujer gestante o puérpera con trastorno psiquiátrico.
- Mujer gestante o puérpera sordomuda.

### 6.4.3 Unidad de análisis: Mujeres en periodo puerperal y gestantes.

## **6.5 Técnicas de obtención de información.**

### 6.5.1 Documental bibliográfico.

Esta permite obtención de información de libros, artículos y diccionarios especializados y de normativas establecidos por la OMS-OPS.

### 6.5.2 Documental hemerográfico.

Esta facilita la obtención de información de tesis, páginas electrónicas y artículos de revistas médicas.

## **6.6 Técnicas de trabajo de campo**

### 6.6.1 La encuesta

Por medio de la cual se recopiló información sobre la población estudiada.

## **6.7 El instrumento**

Se utilizó una cédula de entrevista, que consta de 30 preguntas, de las cuales 7 son de características sociodemográficas, 8 de características ginecobstetricias, 7 sobre conocimientos generales, 6 de conocimientos específicos y 2 en otros (Anexo N° 3)

## **6.8 Procedimiento.**

### 6.8.1 Planificación.

En el departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, se reunieron los estudiantes egresados de la carrera de doctorado en medicina y los coordinadores del proceso de graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó el docente asesor a cada grupo de estudiantes con quien se seleccionó el tema a investigar y el lugar en que se realizara la investigación para posteriormente enviar la propuesta a junta directiva además se inició la búsqueda de información confiable y segura sobre el tema propuesto y posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo y fue presentado de forma escrita, en el cual se realizaron correcciones señaladas por asesor y coordinador. Luego se realizó y presentó el protocolo de investigación contando con asesoría metodológica, el cual fue avalado para terminar con el informe final del trabajo.

### 6.8.2 Ejecución

La población estudiada fueron todas las mujeres gestante y puérperas que se presentaron a su control ya sea prenatal o puerperal o que consultaron por morbilidad prenatal o puerperal, en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedias Puerto el Triunfo, Usulután; Milagro de la Paz y San Jorge de San Miguel.

Se procedió a encuestar a las madres que cumplían los criterios de inclusión, previa firma del consentimiento informado. Luego se leía cada una de las preguntas contenidas en el cuestionario elaborado y a la vez se llenaba con la respuesta emitida por la madre a cada una de las interrogantes.

### 6.8.3 Validación del instrumento

Previo a la ejecución de la investigación se llevó a cabo la validación del instrumento en la unidad de comunitaria de salud familiar San Miguel durante el mes de mayo del año 2018, donde se pasaron 10 encuestas a las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión, con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas y de evitar sesgos. (ver fig. 9)

### 6.8.4 Recolección de datos

La población estudiada fue de las mujeres gestantes y puérperas que cumplían los criterios de inclusión, usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias Puerto el Triunfo, Usulután; Milagro de la paz y San Jorge de San Miguel, que se llevó a cabo de junio a julio de 2018.

## **6.9 Plan de análisis:**

Una vez recolectada la información se procedió a la codificación de los datos utilizando el programa SPSS versión 19. De esta manera se realizaron tablas y graficas que permitieron el análisis y la interpretación de los resultados de cada una de las respuestas, a través de los métodos de frecuencia y porcentaje.

**TABLA 2: ESCALA DE MEDICIÓN DE CONOCIMIENTO**

<b>TÉRMINO</b>	<b>%</b>	<b>NÚMERO</b>
ACEPTABLE	75-100	23-30
POCO ACEPTABLE	25-74	8-22
NO ACEPTABLE	0-24	0-7
<b>TOTAL</b>	100	30

**Fuente:** tabla elaborada por grupo investigador

## **7 RESULTADOS**

### **7.1 TABULACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS**

Este apartado se divide en 6 partes, la primera trata sobre las características sociodemográficas de las mujeres, la segunda sobre los antecedentes gineco-obstétricos, la tercera sobre los conocimientos generales, la cuarta sobre los conocimientos específicos, la quinta sobre otros y además de una sexta que incluye sobre los signos y síntomas más conocidos y el conocimiento de los signos y síntomas de peligro del puerperio.

#### **7.1.1 Características sociodemográficas de los sujetos de estudio.**

Esta sección incluye datos generales de las mujeres entrevistadas tales como: procedencia, edad, estado familiar, profesión u oficio y nivel de escolaridad.

#### **7.1.2 Antecedentes gineco-obstétricos.**

En esta sección se incluyen los siguientes datos: Paridad, antecedentes sobre patología materna, controles prenatales y puerperales, lugar de parto, atención al parto y la vía del parto.

#### **7.1.3 Conocimientos generales.**

Este apartado de conocimientos generales incluye datos sobre la definición del puerperio, el conocimiento de signos y síntomas y factores de riesgo para desarrollar alguna complicación durante el puerperio.

#### **7.1.4 Conocimientos específicos.**

En esta sección encontramos datos sobre el conocimiento de los loquios, infección de herida operatoria, síntomas y signos gastrointestinales y psicológicos.

#### **7.1.5 Conocimiento de signos y síntomas**

Esta sección contiene datos de los signos y síntomas del puerperio en mujeres gestantes y puérperas más conocidos y el conocimiento totalizado de las diferentes UCSF.

**TABLA 3: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LAS EMBARAZADAS Y PUERPERAS**

Variables		Frecuencia	%
Procedencia	Urbano	130	62.8
	Rural	77	37.2
	Total	207	100.0
Grupo etarios	13-15 años	7	3.4
	16-19 años	47	22.7
	20-35 años	150	72.5
	36-40 años	3	1.4
	Total	207	100.0
Estado familiar	Casado	34	16.4
	Soltera	41	19.8
	Viuda	1	0.5
	Unión estable	131	63.3
	Total	207	100
Profesión u oficio	Ama de casa	147	71.0
	Comerciante	18	8.7
	Domestica	6	2.9
	Estudiante	29	14.0
	Panificadora	4	1.9
	Secretaria	1	0.5
	Tortillera	1	0.5
	Trabajadora sexual	1	0.5
	Total	207	100.0
Grado de estudio	Ninguno	7	3.4
	Básica	116	56.0
	Bachillerato	73	35.3
	Estudio superior	11	5.3
	Total	207	100.0

**Fuente:** Cédula de entrevista

**ANÁLISIS:** se puede observar según datos en tabla que la procedencia de la población estudiada; el 62.8% proviene del área urbana y solo el 37.2% del área rural.

En cuanto a la edad se observa que la mayor proporción es dada por el grupo en edades de 20 a 35 años con un 72.5%, seguido del grupo de 16 a 19 años con un 22.7%; en tanto que el 3.4% corresponde al grupo entre 13 y 15 años y solo el 1.4% corresponde al grupo de edades de 36 a 40 años.

Del estado familiar se nota que el 63.3% de la población estudiada mantienen unión estable, el 19.8% son madres solteras, seguido por las casadas con un 16.4%; y tan solo el 0.5% eran viudas.

Respecto a la profesión u oficio se observa que el 71% son amas de casa, seguida de madres estudiantes con un 14%, luego siguen las madres comerciantes, con un 8.7%, el 2.9% manifestaron realizar oficios domésticos; el 1.9% se dedica a la elaboración de pan, el 0.5% son secretarias, otro 0.5% refirió ser tortilleras y solo el 0.5% se dedica al trabajo sexual.

El grado de estudio que tiene la mayoría de la población fue educación básica con un 56%, seguido de bachillerato en un 35.3%, estudio superior solo el 5.3% y el resto de la población que es el 3.4% no tienen ningún grado de estudio.

**INTERPRETACIÓN:** La mayor parte de la población en este estudio provienen del área urbana esto se explica porque las unidades de salud Milagro de la Paz y el Triunfo están ubicadas en el área urbana por lo que abarcan un área geográfica urbana mayor, no así la UCSF de San Jorge que abarca más zona rural, dicha situación beneficia una parte de la población pero genera un difícil acceso a las madres del área rural por la distancia y el escaso transporte público hacia las unidades de salud; lo cual también ocasiona más gasto económico y eso las obliga a no acudir a consulta o controles médicos.

Las mujeres que más consultaron están en edades de 20 a 35 años, seguida de las madres adolescentes que poca o nada experiencia son primíparas y eso las hace consultar ante la menor sospecha o malestar todo por el bienestar de su bebe; las que menos consultan son las madres multíparas de mayor edad porque tienen más experiencia adquirida de los embarazos anteriores lo que les da más conocimiento sobre algunos malestares, y al hecho de que tienen muchos hijos y son amas de casa les dificulta acudir al médico con más frecuencia.

La mayor parte de la población estudiada manejan una relación no legalizada o bien dicho unión estable en la mayoría de los casos por falta de recursos económicos, por costumbres familiares o porque no les interesa formalizar la relación, solo un 16.4% han formalizado su relación con matrimonio, en tanto que 19.8% son las madres solteras que son las jefas del hogar.

Se evidencia que la mayoría de madres son amas de casa dedicadas al cuidado del hogar y sus hijos, probablemente porque la mayoría tiene muy bajo nivel académicos lo que les limita el acceso a un trabajo formal y mejor remunerados por lo que optan por cuidar de sus hijos, por la falta de oportunidades de superación; también podría explicarse por costumbres familiares machista que no les permite superarse; solo un pequeño porcentaje de madres son las que han logrado continuar sus estudios a pesar de tener hijos pero a nivel bachillerato talvez porque cuentan con apoyo económico familiar y desean superarse para optar a un trabajo mejor y ofrecerle un futuro mejor a sus hijos; y menos es el porcentaje de madres que han logrado estudio superior porque el acceso universitario les genera mayor distancia por lo que tienen que trasladarse y vivir cerca del área de estudio y ello les implica muchas veces dejar sus hijos al cuidado de un familiar para poder estudiar una carrera y también porque ello genera más gasto económico para ellas.

Se observó un pequeño porcentaje que no alcanzo ningún grado de estudio, algunas manifestaron que sus padres tenían bajos recursos económicos y que desde pequeñas le enseñaron trabajo de campo para colaborar con los gastos familiares del hogar.

**TABLA 4 CARACTERISTICAS GINECO-OBSTETRICAS: PARIDAD**

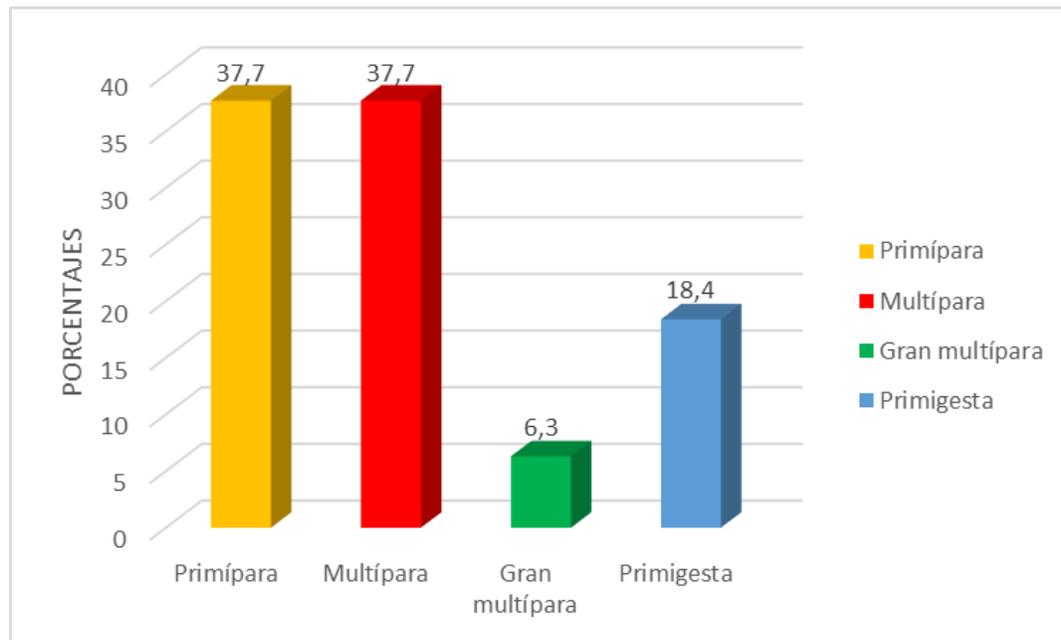
Variable	Frecuencia	%
Primíparas	78	37.7
Múltiparas	78	37.7
Gran múltiparas	13	6.3
Primigestas	38	18.4
Total	207	100.0

**Fuente:** Cédula de entrevista.

**ANÁLISIS:** en esta tabla se puede observar en porcentajes iguales de 37.7% de las madres entrevistadas fueron primíparas y múltiparas, mientras que el 18.4% de ellas fueron primigestas y el 6.3% resultaron gran múltiparas.

**INTERPRETACIÓN:** en cuanto a la paridad se pudo constatar que la mayoría mujeres que consultaron son las primíparas y las múltiparas; solo un pequeño porcentaje de madres resulto ser grandes múltiparas, lo que les da más experiencia con cada embarazo por lo que acuden con menos frecuencia al médico y no por ello sufren complicaciones.

**GRAFICA N° 1 CARACTERISTICAS GINECO-OBSTETRICAS: PARIDAD**



**Fuente:** Tabla N° 4

**TABLA 5 ANTECEDENTES DE PATOLOGIAS MATERNAS**

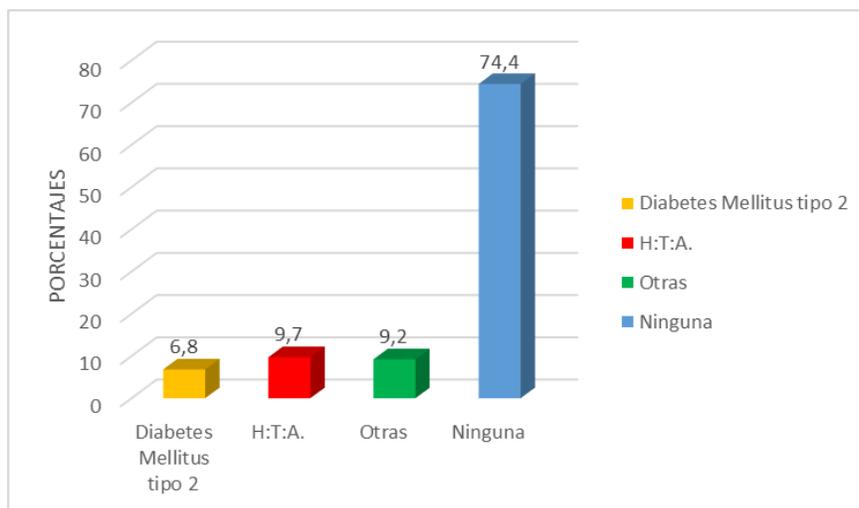
Variable	Frecuencia	%
Diabetes Mellitus tipo 2	14	6.8
H:T:A.	20	9.7
Otras	19	9.2
Ninguna	154	74.4
Total	207	100.0

Fuente: Cedula de entrevista

**ANÁLISIS:** se observa que la patología más frecuente en las madres entrevistadas fue la H.T.A. con un 9.7%, seguido de otras enfermedades entre ellas madres convulsivas, obesidad, el 6.8% tenían antecedente de diabetes mellitus; mientras que el 74.4% no presentó ninguna patología materna.

**INTERPRETACIÓN:** el antecedente mórbido más presentado en la población estudiada fue la H.T.A. lo que las hace susceptible a complicaciones en presente o futuros embarazos así como en su puerperio, lo cual las obliga a llevar control estricto de su patología de base con médico especialista, para disminuir los riesgos en su embarazo y puerperio para detectar cualquier complicación de manera oportuna y brindarle el manejo adecuado; por ello la importancia de conocer las enfermedades de las madres para una brindarle atención integral por especialista; otras enfermedades mencionadas y que se pudo corroborar con sus expedientes clínicos y los medicamentos utilizados fueron las convulsiones, obesidad; que también requiere que estén bajo control médico porque muchos anticonvulsivantes están contraindicados durante el embarazo además del riesgo de sufrir eclampsia post parto siendo necesario un control integral por múltiples especialistas. También se pudo notar que un alto porcentaje de madres gozan de aparente buen estado de salud porque no padecen de ninguna enfermedad que pueda complicar su embarazo lo que conlleva a mejores términos en el momento del parto.

**GRAFICA N° 2 ANTECEDENTES DE PATOLOGIAS MATERNAS**



Fuente: Tabla N° 5

**TABLA 6 ¿HA LLEVADO CONTROLES PRENATALES?**

Variable	Frecuencia	%
1 a 3 controles	71	34.3
4 a 5 controles	59	28.5
Más de 5 controles	39	18.8
Inscripción	38	18.4
Total	207	100.0

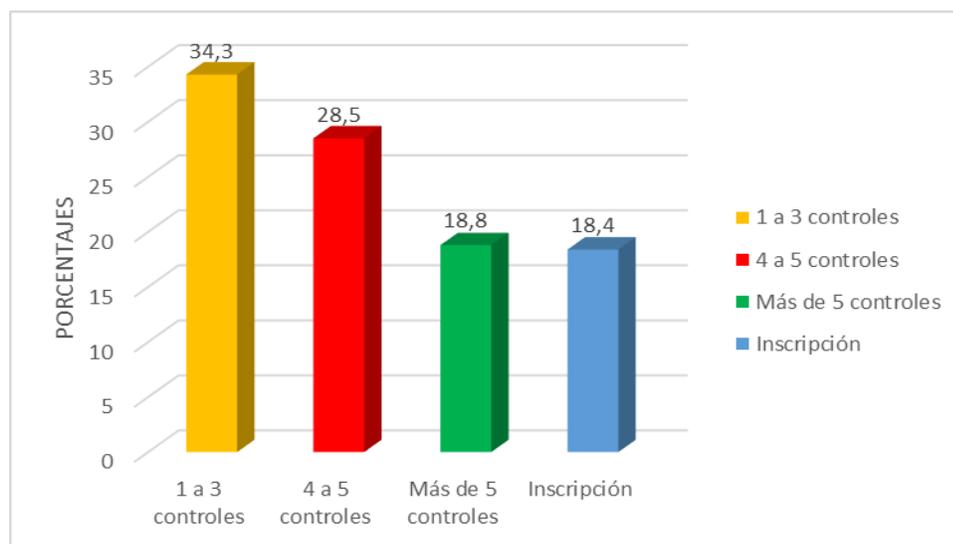
**Fuente:** Cedula de entrevista

**ANÁLISIS:** en esta tabla se puede observar que el 34.3% de las madres entrevistadas han llevado 1 a 3 controles, seguido por un 28.5% que corresponde a las madres que han llevado 4 a 5 controles, un 18.8% ha llevado más de 5 controles, en tanto que el otro 18.4% fueron capturadas desde su inscripción prenatal.

**INTERPRETACIÓN:** se puede decir que la mayoría de madres están asistiendo a sus controles prenatales, lo que demuestra el interés de ellas por la salud de su producto; pocas son las madres que llevaron solo 1 a 3 controles algunas de ellas porque les faltaban controles debido a olvidos de las fechas de sus controles y otras porque no ven la necesidad de asistir puntual a sus cinco controles establecidos por la normativa del MINSAL porque son madres multíparas y creen que tienen experiencia y conocimiento, también por el factor tiempo porque tienen más quehaceres domésticos que les acorta su tiempo y disponibilidad para asistir y cumplir con todos sus controles.

Se observa que un pequeño porcentaje de madres al momento de la entrevista se encontraban en el inicio de su gestación y por lo tanto era su primer control, por tanto, a dichas madres se les brinda asesoría sobre signos y síntomas de peligro para que puedan identificarlos y consultar de inmediato para que puedan recibir evaluación médica oportuna para reducir los riesgos en la salud de ambos madre e hijo.

**GRAFICA N° 3 ¿HA LLEVADO CONTROLES PRENATALES?**



**Fuente:** Tabla N° 6

**TABLA 7 ¿HA LLEVADO CONTROL PUERPERAL?**

Variable	Frecuencia	%
Uno	45	21.7
Dos	50	24.2
Ninguno	70	33.8
No corresponde	42	20.3
Total	207	100.0

**Fuente:** Cedula de entrevista

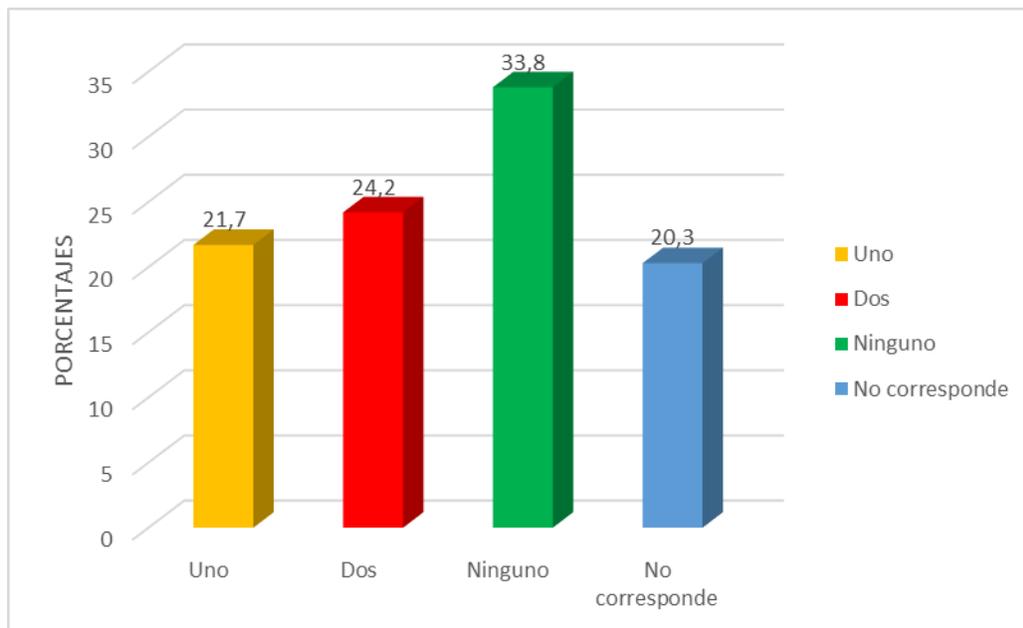
**ANÁLISIS:** en esta tabla se muestra que el 33.8% de las madres entrevistadas no llevo ningún control puerperal, seguido por un 24.2% que si llevó los dos controles; mientras que el 21.7% solo llevó un control puerperal; y en el caso del 20.3% restante no responde a ningún control puerperal porque es su primer embarazo.

**INTERPRETACIÓN:** Se puede ver que la mayor parte de las madres no asisten a sus controles puerperal a pesar que en los controles prenatales se les enfatiza la importancia de recibir dicha evaluación post parto, esto se explica por el hecho que la mayoría son multíparas que han adquirido experiencia de sus partos anteriores y no sienten la necesidad de consultar al médico porque asimilan que no hay ningún motivo de riesgo por el cual consultar.

Por otro lado, se puede ver otro buen porcentaje de madres que si está siguiendo las indicaciones médicas y ha asistido a los dos controles puerperal establecidos por el ministerio de salud nacional, lo que demuestra en ellas el interés por su salud; mientras que otra parte de madres solo han acudido a un control puerperal porque en el momento de que se realizó la entrevista era fecha de su primer control faltándole así el segundo, y en el caso de otras que solo asisten al segundo control y se toma solo como un control, porque no lo consideran de mayor importancia y también pueden estar entre las madres que son multíparas quienes no ven la necesidad de ir a los dos controles porque salieron bien en los previos y ya no asisten al segundo son en la mayoría algunas de las costumbres de muchas madres el decir salí bien en el primero para que ir al segundo.

En cuanto al porcentaje de madres que se evaluó como no corresponde a control puerperal es por el hecho de que son primigestas, por lo tanto, no tienen ningún control puerperal anterior hasta que le llegue la hora del parto.

#### GRAFICA N° 4 ¿HA LLEVADO CONTROL PUERPERAL?



Fuente: Tabla N° 7

#### TABLA 8 ¿LUGAR DE PARTO ANTERIOR?

Parto anterior	Frecuencia	%
Hospital nacional	161	77.8
Unidad de salud	0	.0
Clínica privada	6	2.9
Comunidad	1	.5
No corresponde	39	18.8
Total	207	100.0

Fuente: cédula de entrevista

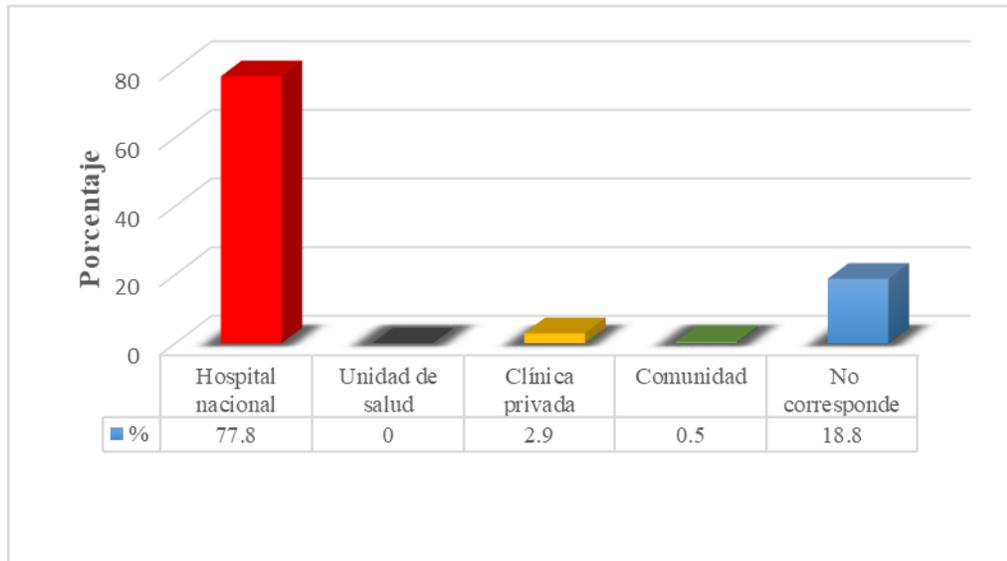
**ANÁLISIS:** de esta tabla se puede observar que el 77.8% de las mujeres entrevistadas que tuvieron parto anterior lo hicieron dentro de instalaciones hospitalarias, seguido de un 18.8% que aún no han culminado con su primer parto por lo que caen en la opción no corresponde; en tanto que un 2.9% de mujeres han hecho uso de hospital privado, tan solo el 0.5% de la población han verificado partos comunitarios y se observa que hasta el momento ninguna mujer ha verificado parto en unidad de salud.

#### INTERPRETACIÓN:

Según lo muestra la tabla anterior la mayoría de mujeres están usando los servicios hospitalarios para dar a luz a sus hijos por lo que como personal de salud nos conforta por la razón que estas madre están siguiendo las indicaciones que se les dan en cada control prenatal y también demuestra el interés de estas madres por disminuir los riesgos en la salud de ellas así como el de su hijo ya que serán atendidas por personal capacitado para detectar cualquier anomalía durante y después del parto y darán el manejo adecuado, pocas mujeres aún siguen en la costumbre de tener partos

comunitarios poniendo en peligro la vida de ambos ya que una partera no tiene los conocimientos científicos para actuar ante una situación de peligro, lo que puede causar mortalidad ya sea de la madre o del bebe o de ambos si no buscan atención médica oportuna.

### GRAFICA N° 5 ¿LUGAR DE PARTO ANTERIOR?



Fuente: Tabla N°8

### TABLA 9 ¿QUIEN LE ATENDIO EL PARTO?

VARIABLE	FRECUENCIA	%
Medico	167	80.7
Enfermera	0	0.0
Partera	1	0.5
No corresponde	39	18.8
Total	207	100

Fuente: Cedula de entrevista

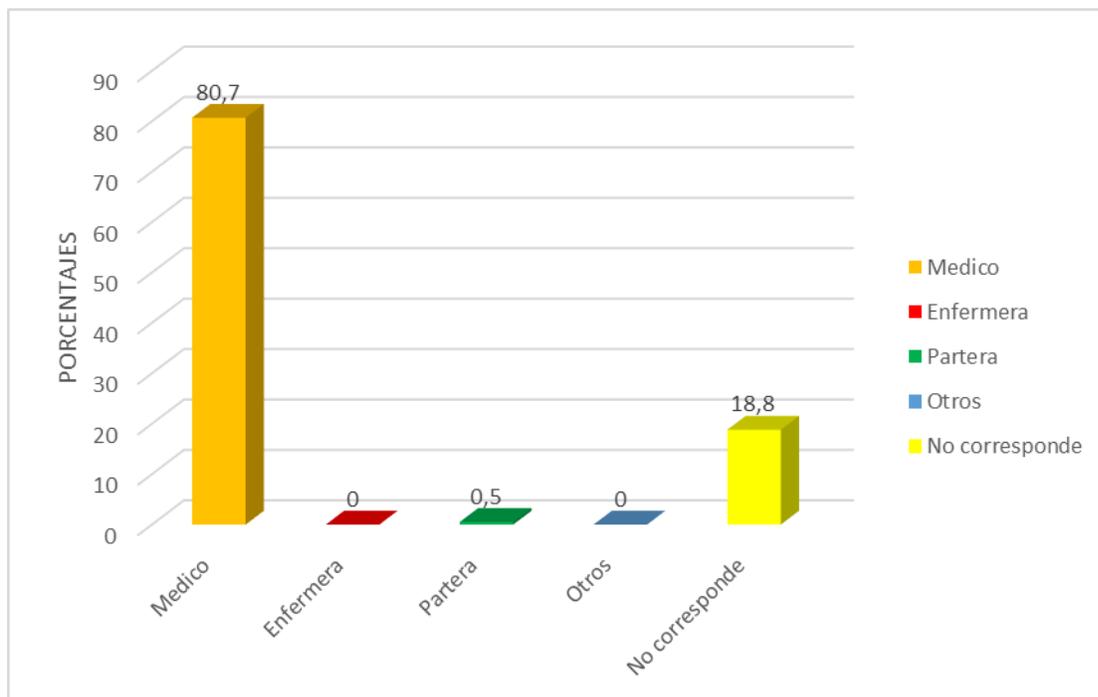
**ANÁLISIS:** En esta tabla se muestra que el 80.7% de la población entrevistada fueron atendidas por medico en sus partos anteriores; solo un 0.5% de mujeres fueron atendidas por partera, nadie fue atendida por enfermera, y un 18.8% no corresponde a partos anteriores porque son primigestas.

**INTERPRETACIÓN:** Se evidencia según datos obtenidos que la gran mayoría de gestantes acudían por asistencia médica al momento del parto a pesar que la gran mayoría son multíparas y con estudios básicos se ve que prefieren al médico antes que a la partera lo que demuestra que están eliminando viejos mitos y costumbres familiares que las hacían quedarse en casa, lo que es excelente porque serán atendidas por personal capacitado y así ellas tendrán menos complicaciones después del parto.

Es muy mínima la población que aun prefiere asistir a las parteras siendo estas las mujeres del área rural que por la lejanía tienen difícil acceso a un establecimiento de salud las 24 horas del día y concluimos que ese factor las aliente a buscar otras opciones.

Otro pequeño porcentaje de madres fueron capturadas al momento de su inscripción prenatal y algunas eran madres primigestas por ello caen en la opción no corresponde a parto anterior porque es su primera experiencia y aun les falta para llegar al momento del parto y por lo tanto a ellas se les debe hacer énfasis en buscar atención médica a la hora del parto para que no sufran de complicaciones relacionadas con la pobre salubridad e higiene de las practicas por parteras y no pongan en peligro sus vidas.

### GRAFICA N° 6 ¿QUIEN LE ATENDIO EL PARTO?



Fuente: Tabla N° 9

### TABLA 10 ¿VIA DE PARTO ANTERIOR?

Variable	Frecuencia	%
Vaginal	138	66.7
Cesárea	30	14.5
No corresponde	39	18.8
Total	207	100.0

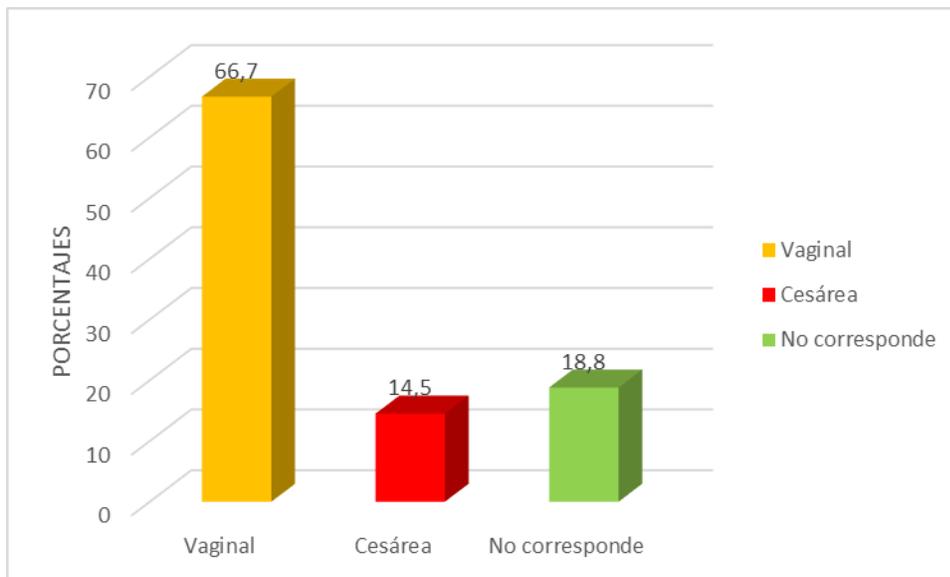
FUENTE: Cedula De Entrevista

**ANÁLISIS:** la gran mayoría de la población entrevistada verifico parto anterior vía vaginal con un porcentaje de 66.7%, mientras que un 14.5% se les realizo cesárea; otro 18.8% cae en la opción no corresponde porque nunca han tenido un parto.

**INTERPRETACIÓN:** la mayoría de madres no tuvieron ninguna dificultad en sus partos anteriores culminado con parto vaginal, en tanto que un pequeño porcentaje de madres tuvieron que requerir de intervención quirúrgica para extraer el producto debido a complicaciones mórbidas crónicas padecidas por ellas y por complicaciones propias del embarazo como RCIU, preeclampsia entre otras; ya que se pudo constatar que algunas madres tienen patologías de base como diabetes e hipertensión que en ocasiones complica la salud de la madre durante la gestación y otras que presentaron complicaciones propias del embarazo por lo que no queda otra opción que intervenir lo más pronto posible para salvaguardar la vida materna.

Otro pequeño porcentaje de madres caen en la opción no corresponde a vía de parto anterior porque capturadas como primigesta durante la entrevista por lo que no se sabe cómo culminara su parto.

### GRAFICA N° 7 ¿VIA DE PARTO ANTERIOR?



**Fuente:** Tabla N° 10

**TABLA 11 ¿HA PRESENTADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES EN SU EMBARAZO ANTERIOR?**

Variable	Frecuencia	%
Aborto	14	6.8
Fiebre	1	0.5
Anemia	26	12.6
hemorragia post parto	3	1.4
Infección de vías urinarias postparto	15	7.2
RPM	4	1.9
Retención de restos placentarios	1	0.5
Desgarros vulvo vaginales	9	4.3
Atonía uterina	2	1.0
Preeclampsia	11	5.3
Infección pélvica	1	0.5
Mastitis	2	1.0
Dehiscencia de episiorrafia	5	2.4
Herida infectada	10	4.8
Ninguno	85	41.1
No corresponde	38	18.4

**Fuente:** Cedula De Entrevista

**ANÁLISIS:** La tabla anterior demuestra que un 41.1% de madres no presentó ninguna complicación en su parto anterior, con 18.4% caen las madres primigesta que no corresponden a complicaciones en partos anteriores porque aún no han llegado a término del embarazo, a la vez un 12.6% refirió haber sufrido anemia posparto, el 7.2% presento infección de vías urinarias, un 6.8% de la población sufrió algún aborto anterior ; el 5.3% se complicó con preeclampsia, el 4.8% presentaron herida infectada, un 4.3% de madres tuvo desgarros vulvovaginales, el 2.4% presentaron dehiscencia de episiorrafia, mientras que el 1.9% sufrió ruptura prematura de membrana, el 1.4% presentaron hemorragias posparto, seguidas en igual porcentaje de 1.0% las madres que sufrieron de atonía uterina y mastitis; el resto de madres entrevistadas presentaron fiebre, retención de restos placentarios e infección pélvica en porcentaje iguales 0.5% cada una.

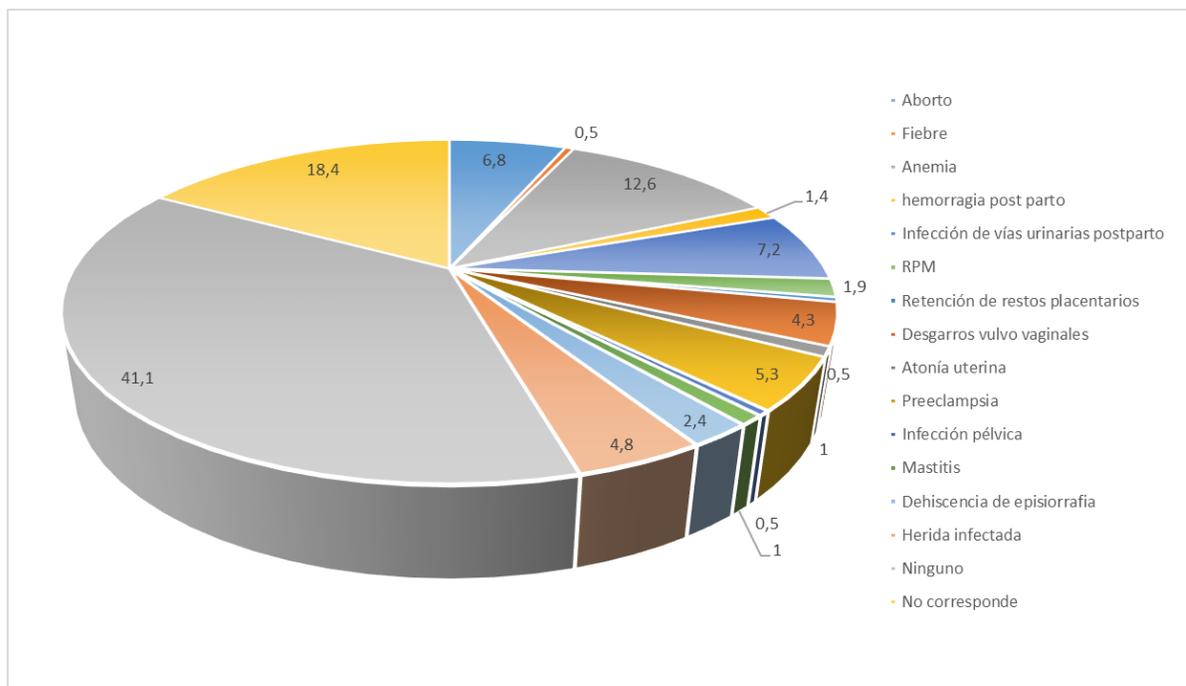
**INTERPRETACIÓN:** Casi la mitad de las madres entrevistadas refirieron no sufrir ninguna complicación después del parto, podría decirse que han seguido las indicaciones del médico y han sido atendidas en centros de salud, lo que les permite recobrar su salud en más corto tiempo a diferencia de todas las madres que de alguna manera se complicaron con diferentes patologías después del parto, la patología más padecida fue la anemia probablemente porque han perdido más sangre de lo normal o porque talvez no tuvieron una dieta rica en hierro o no tomaron los suplementos vitamínicos que se les dio en cada control prenatal, algunas de ellas suelen ser las madres que no asisten con frecuencia al médico, otras madres terminaron su gestación con un aborto la mayoría de estos son inevitables por lo que en esto casos es de suma importancia aconsejar a la madre a optar por un método de planificación familiar a fin de prevenir un nuevo embarazo precoz que podría llegar al mismo término porque su cuerpo no se ha regenerado.

Se observa que otro pequeño porcentaje de madres se complicó con preeclampsia, la cual si no se trata a tiempo puede causar hasta la muerte materna, es por ellos que en cada evaluación prenatal y puerperal, se evalúan los riesgos maternos para darles la atención que necesitan según la presencia de riesgos, entre ellos la obesidad y la hipertensión crónica son los factores de riesgo más asociados a esta complicación por lo que dichas madres diagnosticadas con esta patología durante su embarazo deben ser estrictamente evaluadas por medico ginecólogo quién será el encargado de evaluar la salud de madre e hijo y decidir su condición y cuanto intervenir.

Otro pequeño porcentaje de madres presentó herida infectada es decir las madres que fueron intervenidas quirúrgicamente para extraer el producto, a veces puede resultar por una asepsia y antisepsia deficientes en el quirófano y otra causa suele ser la forma de curar la herida donde algunas madres no asisten a curación en un centro de salud, sino que prefieren curarse por sus propios medios con remedios caseros indicados por sus familiares.

Otro problema que sucede en el momento del parto son los desgarros vulvovaginales, causados por un sobre estiramiento del mismo al momento de la expulsión del bebe, también se da en casos de un bebe macrosómico o cuando la estructura anatómica de la mujer es pequeña.

**GRAFICA N° 8 ¿HA PRESENTADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES EN SU EMBARAZO ANTERIOR?**



Fuente: Tabla N° 11

**TABLA 12 ¿CUANTO DURA EL PERIODO PUERPERAL?**

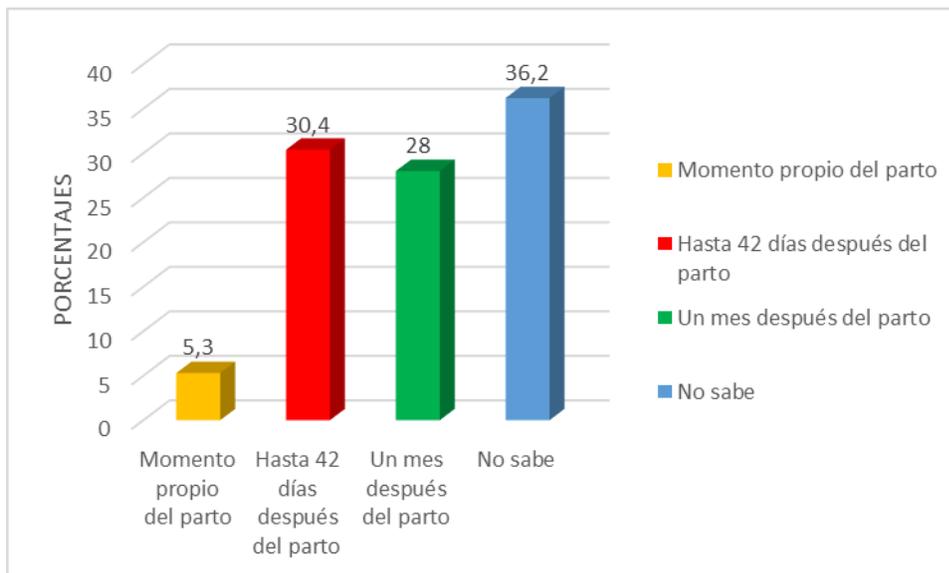
Variable	Frecuencia	%
Momento propio del parto	11	5.3
Hasta 42 días después del parto	63	30.4
Un mes después del parto	58	28.0
No sabe	75	36.2
Total	207	100.0

**Fuente:** Cedula De Entrevista

**ANALISIS:** de un total de 207 mujeres, el 36.2% respondió “no conocer” el periodo, el 30.4% que se extiende hasta los 42 días; mientras que el 28% dijo que hasta un mes después del parto y solo el 5.3% aseguro que era el momento propio del parto.

**INTERPRETACION:** El puerperio es el período que comprende desde el alumbramiento hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, que aproximadamente ocurre a las 6 semanas (42 días). Es preocupante ya que la mayoría de mujeres entrevistadas eran multíparas quienes por experiencia deberían tener más conocimiento que el resto de la población que fueron primigestas en quienes resultaría aceptable una respuesta desorientada debido a la falta de información brindada a estas mujeres en sus partos anteriores en parte porque la mayoría son mujeres que asisten poco a sus controles.

**GRAFICA N° 9 ¿CÓMO DEFINIRÍA USTED EL PUERPERIO?**



**Fuente:** Tabla N° 11

**TABLA 13 ¿CONOCE USTED ALGUNOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO?**

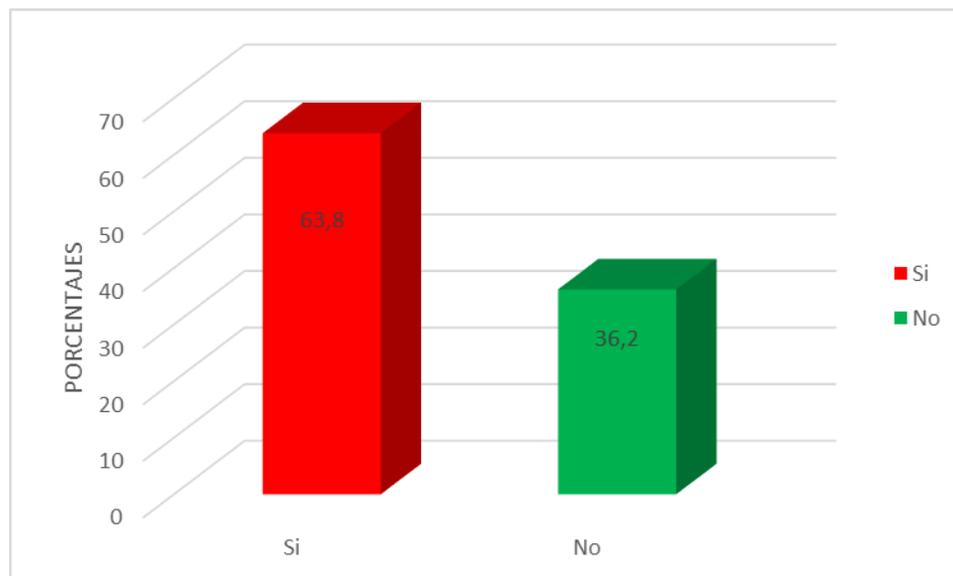
Variable	Frecuencia	%
Si	132	63.8
No	75	36.2
Total	207	100.0

**Fuente:** Cedula De Entrevista

**ANALISIS:** En la tabla anterior se muestra que el 63.8% si conoce algunos signo y síntoma de peligro mientras que el resto que es un 36.2% dijo no conocer signos y síntomas de peligro.

**INTERPRETACION:** se puede asimilar que el porcentaje de mujeres que si conoce de signos y síntomas de peligro durante el puerperio son aquellas que son multíparas y que han recibido más información al respecto con cada parto y que también adquieren conocimiento a través de sus familiares lo que nos indica que sabrán cuando consultar en caso de presentar algún signo de peligro y podrán recibir la atención en el momento oportuno; mientras las que dicen no conocer sobre signos de peligro es porque nunca han experimentado un parto ni complicación posterior a él pero deberían saber por lo menos la mitad por información brindada en cada control prenatal por lo que si estas mujeres dicen no saber es porque son el porcentaje de mujeres que asisten con poca frecuencia a sus controles lo que las pone en riesgo al no saber identificar signos y síntomas de peligro.

**GRAFICA N° 10 ¿CONOCE USTED ALGUNOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO?**



**Fuente:** Tabla N° 13

**TABLA 14 ¿CONSIDERA USTED QUE PODRÍAN PRESENTARSE COMPLICACIONES EN LA SALUD DE LA MUJER DESPUÉS DEL PARTO?**

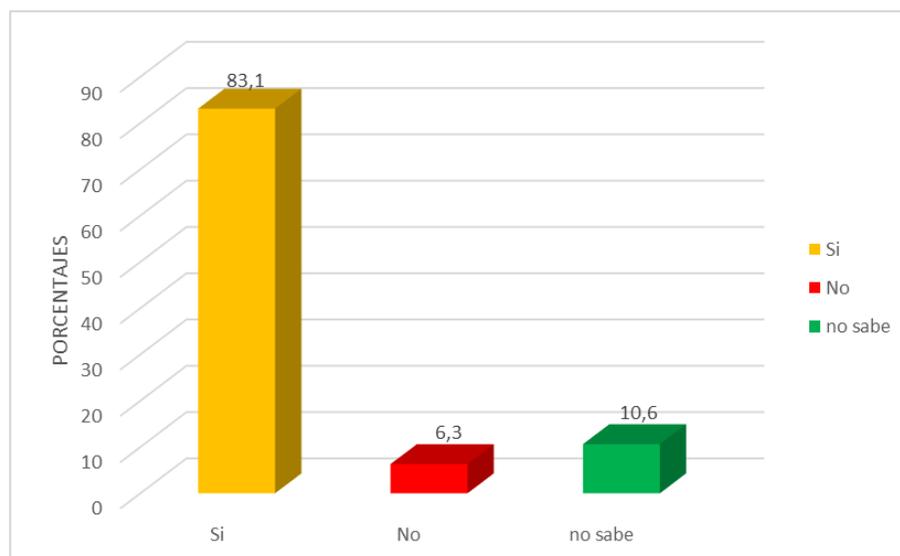
Variable	Frecuencia	%
Si	172	83.1
No	13	6.3
no sabe	22	10.6
Total	207	100.0

Fuente: Cedula de entrevista

**ANALISIS:** esta tabla demuestra que el 83.1% de mujeres consideraron que, si se presentan complicaciones después del parto, seguido de un 10.6% de mujeres que no saben si se dan complicaciones posteriores al parto; mientras que solo un 6.3% piensa que no suceden complicaciones.

**INTERPRETACION:** se puede decir que la mayoría de mujeres de alguna manera están informadas porque respondieron que si se pueden presentar complicaciones después del parto, esto lo podemos deducir de aquellas madres que han pasado por alguna complicación después del parto dado que ya han experimentado partos anteriores o porque adquieren el conocimiento a través de las experiencias de otras mujeres que han pasado por alguna complicación, mientras las que no saben es porque están en su primera gestación y además algunas de ellas son madres menores de edad y con bajo nivel educativo; lo que las hace susceptibles de presentar alguna complicación sino buscan atención medica ante cualquier sospecha de peligro.

**GRAFICA N° 11 ¿CONSIDERA USTED QUE PODRÍAN PRESENTARSE COMPLICACIONES EN LA SALUD DE LA MUJER DESPUÉS DEL PARTO?**



Fuente: Tabla N° 14

**TABLA 15 ¿PARA USTED CUALES DE LOS SIGUIENTES SERIAN FACTORES PREDISPONENTES PARA UNA COMPLICACIÓN DESPUÉS DEL PARTO?**

Variable		Frecuencia	%
Edad	Si	125	60.4
	No	82	39.6
	Total	207	100.0
Procedencia	Si	71	34.3
	No	136	65.7
	Total	207	100.0
Enfermedad materna	Si	130	62.8
	No	77	37.2
	Total	207	100.0
Paridad	Si	96	46.4
	No	111	53.6
	Total	207	100.0
Episiotomía	Si	106	51.2
	No	101	48.8
	Total	207	100.0
Parto domiciliario	Si	132	63.8
	No	75	36.2
	Total	207	100.0
Múltiples tactos vaginales	Si	120	58.0
	No	87	42.0
	Total	207	100.0
Infección de vía urinarias y vaginosis mal tratadas	Si	157	75.8
	No	50	24.2
	Total	207	100.0

**Fuente:** Cedula De Entrevista

**ANÁLISIS:** En la tabla anterior se demuestra según conocimiento de las mujeres entrevistadas que la edad si es un factor predisponente para una complicación después del parto con un 60.4 %, para el 39.6% la edad no es factor de riesgo.

Con respecto a la procedencia el 65.7 % consideraron que no es un factor predisponente, solo para el 34.3% la procedencia si resulta un actor de riesgo.

Para las mujeres entrevistadas la enfermedad materna si representa riesgo en un 62.8% y en el 37.2% no representa riesgo.

En cuanto a la paridad consideraron que no es un factor predisponente un 53.6 %, mientras que el 46.4% si consideraron la paridad como factor de riesgo.

De la episiotomía se observa que un 51.2 % de mujeres si lo consideraron como factor predisponente, mientras que el 48.8% no.

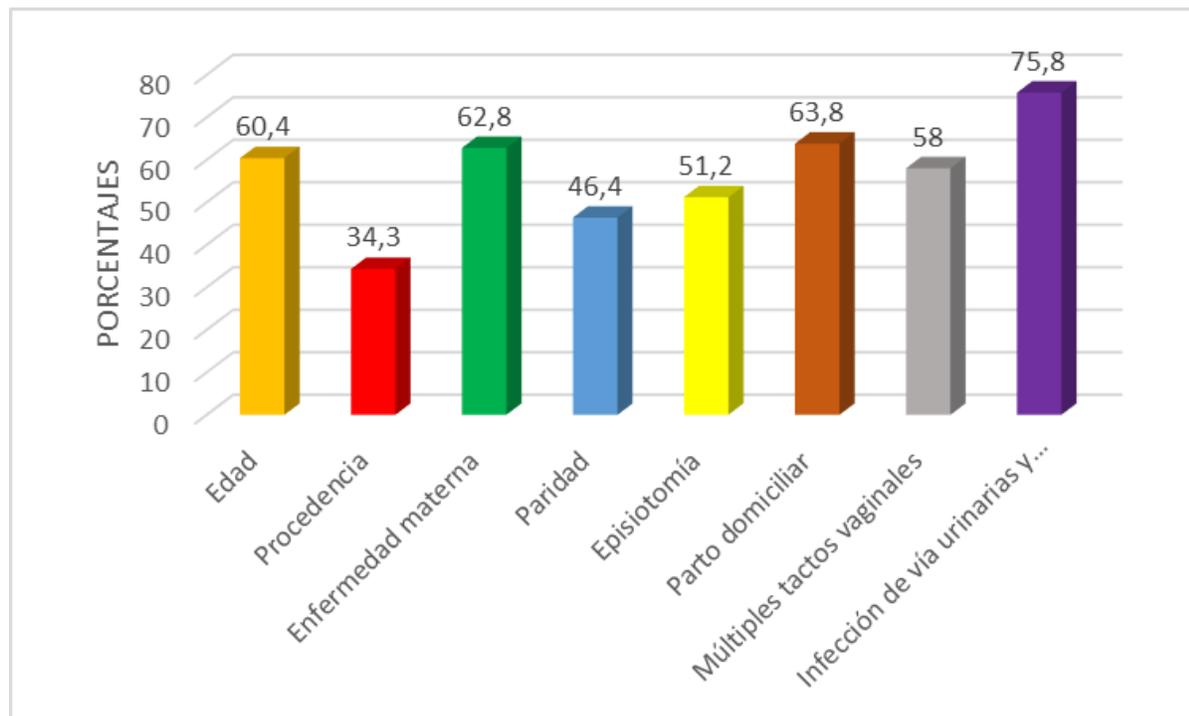
Las mujeres consideraron que el parto domiciliario si es un factor predisponente para una complicación con un porcentaje de 63.8%, mientras que el resto 36.2% no.

Con respecto a los múltiples tactos vaginales un 58 % de mujeres consideraron que, si es un factor predisponente, en tanto que el resto 42% no.

De la opción infección de vías urinarias y vaginosis mal tratadas las madres consideraron que si predisponen a complicación posparto con un porcentaje de 75.8, mientras que el 24.2 no lo consideraron.

**INTERPRETACIÓN:** A pesar de que la mayoría de población entrevistada son mujeres con un nivel académico básico y que en su mayoría son amas de casa, entre ellas también mujeres primigestas que no tienen experiencia se observa según las respuestas acertadas que si conocen los factores predisponentes para una complicación después del parto; considerando ellas que la edad es un factor de riesgo ya sean mujeres adolescentes menores de 15 años y mayores de 35 años, la enfermedad materna, episiotomía, parto domiciliario, múltiples tactos vaginales, infección de vía urinarias y vaginosis mal tratadas son los factores de riesgo más predisponentes para una complicación después del parto.

**GRAFICA N° 12 ¿PARA USTED CUALES DE LOS SIGUIENTES SERIAN FACTORES PREDISPONENTES PARA UNA COMPLICACIÓN DESPUÉS DEL PARTO?**



Fuente: Tabla N° 15

**TABLA 16 ¿QUE HARÍA USTED AL PRESENTAR UN SIGNO O SÍNTOMA DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO?**

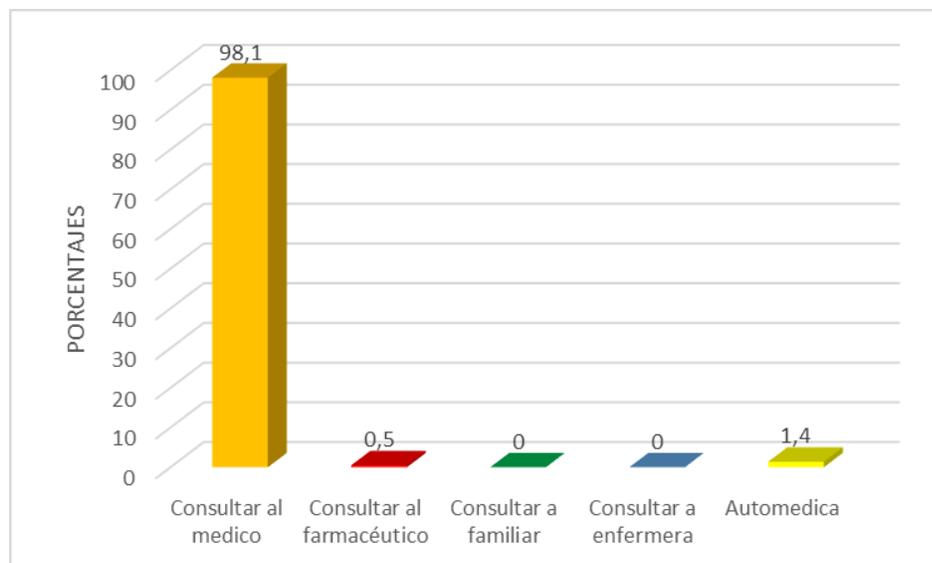
Variable	Frecuencia	%
Consultar al medico	203	98.1
Consultar al farmacéutico	1	0.5
Consultar a familiar	0	0.0
Consultar a enfermera	0	0.0
Automédica	3	1.4
Total	207	100.0

Fuente: Cedula De Entrevista

**ANÁLISIS:** esta tabla muestra casi en su totalidad con un 98.1 % que la población entrevistada está consciente de que en caso de presentar un signo o síntoma de peligro debe de consultar al médico, una pequeña parte es decir el 1.4 % se automédica y solo el 0.5 % consulta al farmacéutico.

**INTERPRETACIÓN:** la mayoría de madres entrevistadas están conscientes que ante cualquier signo o síntoma de peligro lo mejor es buscar ayuda médica ya que son ellos los que están capacitados para evaluar diagnosticar y tratar las complicaciones que se presenten durante el embarazo y después del parto para evitar riesgos en la salud de dichas mujeres, pero también se observa que aún persiste la mala costumbre y prácticas de automedicación y la consulta al farmacéutico que no está certificado para diagnosticar una enfermedad y menos para prescribir medicamentos lo que por ahorrarse la visita al médico ya sea por diferentes factores como la distancia, tiempo y dinero pueden generarle un riesgo en su salud.

**GRAFICA N° 13 ¿QUE HARÍA USTED AL PRESENTAR UN SIGNO O SÍNTOMA DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO?**



Fuente: Tabla N° 16

**TABLA 17 ¿CONSIDERA USTED IMPORTANTE RECIBIR EVALUACIÓN MÉDICA DESPUÉS DE 7 DÍAS DEL PARTO?**

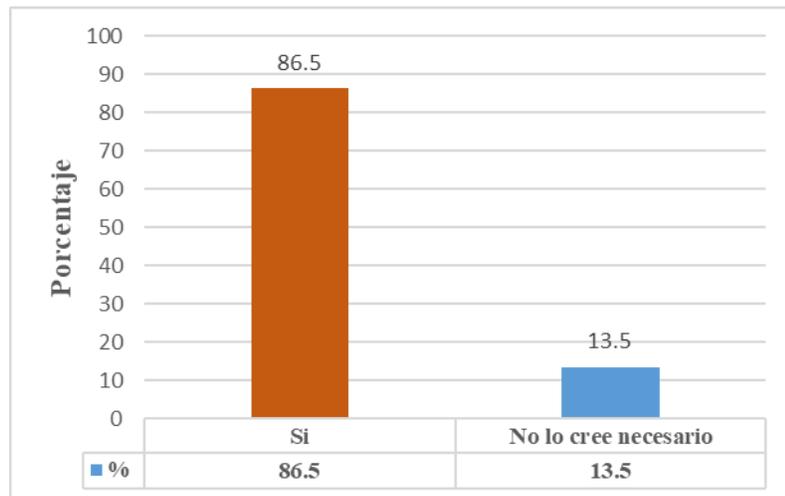
Variable	Frecuencia	%
Si	179	86.5
No lo cree necesario	12	13.5
Total	207	100.0

Fuente: Cedula De Entrevista

**ANÁLISIS:** en la tabla anterior se observa que para el 86.5 % de madres si es importante recibir evaluación médica después de 7 días mientras un 13.5 % no lo considera necesario.

**INTERPRETACIÓN:** la mayoría de la población consideraron importante recibir evaluación médica después de 7 días ya que se les brinda educación en cada control prenatal para que sepan consultar después del parto especialmente en los primeros 7 días así como al segundo control posparto a los 40 días para evaluar si su salud no pelagra por motivos relacionados al parto, para darle el manejo adecuado y oportuno para que no ocurran complicaciones; también es importante hacer conciencia al resto de la población que considera que no es necesario ser evaluadas por personal médico después del parto solo porque no tienen ningún signo o síntoma de peligro no quieren asistir a evaluación médica sino que siguen con sus creencias y costumbres familiares y prefieren curarse en casa solas, unas porque ya tienen experiencia con sus partos anteriores.

**GRAFICA N° 14¿CONSIDERA USTED IMPORTANTE RECIBIR EVALUACIÓN MÉDICA DESPUÉS DE 7 DÍAS DEL PARTO?**



Fuente: Tabla N° 17

**Tabla 18 ¿SIGUE LAS INDICACIONES DEL MÉDICO?**

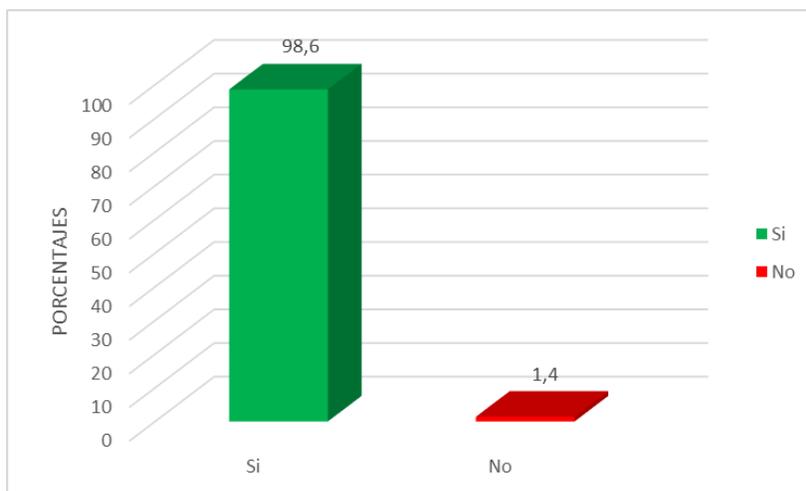
Variable	Frecuencia	%
Si	204	98.6
No	3	1.4
Total	207	100.0%

**Fuente:** Cedula De Entrevista

**ANÁLISIS:** en esta tabla se observa que el 98.6 % de las mujeres entrevistadas siguen las indicaciones del médico y solo el 1.4 % no lo hace.

**INTERPRETACIÓN:** la mayoría de madres de este estudio siguen las indicaciones del médico lo que indica que consultan ante cualquier sospecha de peligro porque temen por su salud y reconocen que el medico es la persona que está capacitado para solucionarles sus problemas de salud; mientras que una pequeña parte de población no acata las indicaciones del médico, estas son de las pocas mujeres que se automedican o buscan ayuda de parteras o farmacéuticos que no están certificados para ayudarles lo que las pone en riesgo de sufrir alguna complicación por su mala costumbres y creencias.

**GRAFICA N° 15 ¿SIGUE LAS INDICACIONES DEL MÉDICO?**



**Fuente:** Tabla N° 18

**Tabla 19 ¿CONSIDERA USTED LA FIEBRE COMO UN SIGNO DE PELIGRO?**

Variable	Frecuencia	%
Si	188	90.8
No	19	9.2
TOTAL	207	100.0

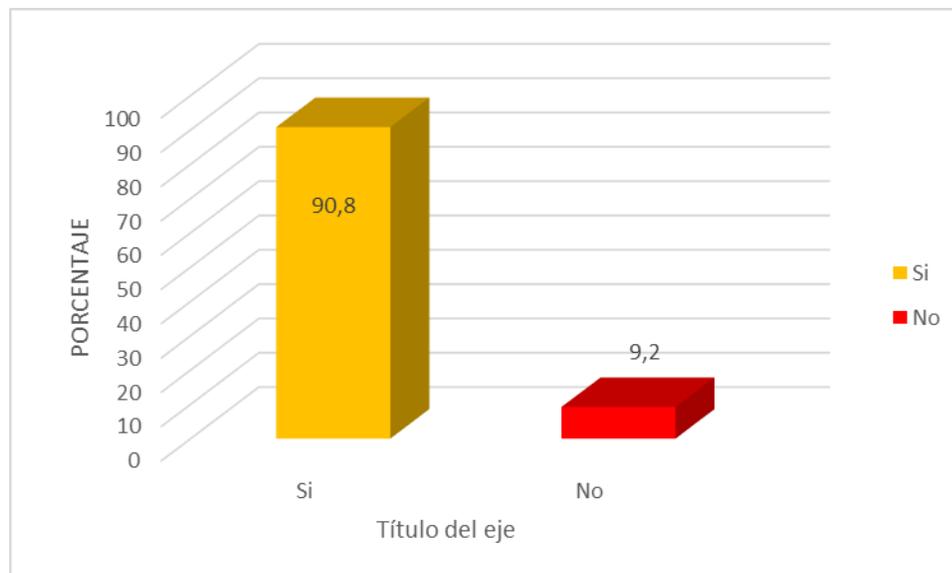
**Fuente:** Cedula De Entrevista

**ANÁLISIS:** la tabla anterior muestra que el 90.8% de las madres considera la fiebre como signo de peligro; mientras que solo en 9.2% no lo considera.

**INTERPRETACIÓN:** la mayoría de madres considera la fiebre como un signo de peligro después del parto porque la mayoría asocian la fiebre a un proceso infeccioso por lo cual tienden a acudir de inmediato a un centro de salud para ser evaluadas si realmente presentan una infección, cuando están en su etapa puerperal que es cuando más les preocupa enfermarse sobre todo aquellas madres adolescentes primíparas que no tiene mucho conocimiento ni experiencia, además porque en sus controles prenatales fueron preparadas recibiendo consejería sobre los signos y síntomas de peligro que podrían presentar después del parto para que ellas estén orientadas de cuándo deben consultar.

Las madres que no consideran la fiebre como signo de peligro son aquellas múltiparas que no asisten a sus controles prenatales y que no reciben la consejería medica que se les brinda, también porque ellas por tener más experiencia con partos anteriores saben que la bajada de la leche les produce fiebre por lo no consideraron como signo de peligro, es por ello que prefieren esperar a tener otro síntoma antes de consultar al médico.

**GRAFICA N° 16 ¿CONSIDERA USTED LA FIEBRE COMO UN SIGNO DE PELIGRO?**



**Fuente:** Tabla N° 19

**TABLA 20 ¿CUANTO TIEMPO CREE USTED NORMAL LA SALIDA DE SANGRE POR LA VAGINA?**

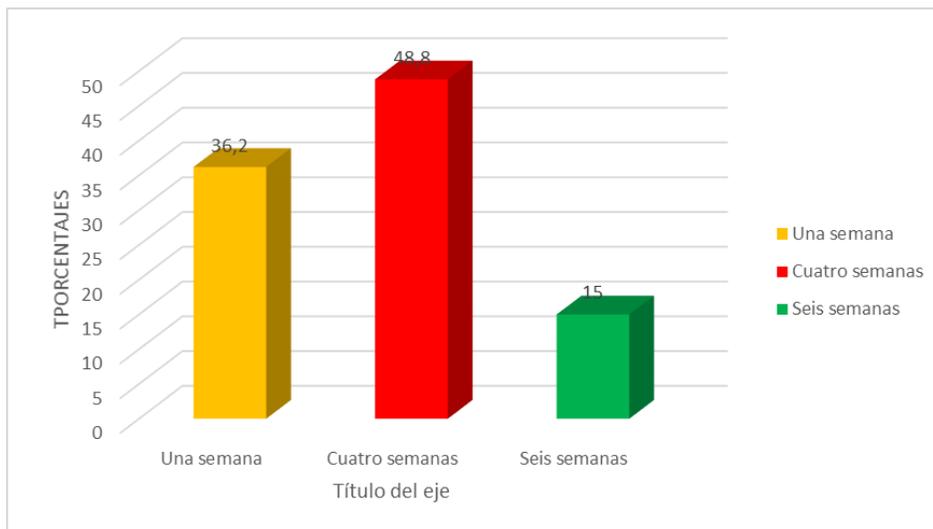
Variable	Frecuencia	%
Una semana	75	36.2
Cuatro semanas	101	48.8
Seis semanas	31	15.0
Total	207	100.0

**Fuente:** Cedula de entrevista

**ANÁLISIS:** el 48.8% de madres considera que la duración normal del sangrado son 4 semanas, mientras que un 36.2% creen que dura solo una semana y solo el 15% consideran un rango mayor de 6 semanas.

**INTERPRETACION:** después del parto se presenta sangrado vaginal el cual es un proceso fisiológico normal, abundante al principio y luego va disminuyendo en cantidad el cual debe durar aproximadamente cuatro semanas, se observa que la mayoría de madres acertó en su respuesta lo que puede deducirse porque en su mayoría son multíparas y tienen más conocimiento al respecto; también se demuestra que más o menos una tercera parte de las mujeres de este estudio consideraron que el sangrado dura solo una semana esto lo podemos atribuir a mujeres con poca experiencia es decir las mujeres primigestas. Otras pocas mujeres consideran que el sangrado puede extenderse hasta 6 semanas en cuyo caso podrían tener un poco de razón porque no hay un límite exacto de duración, sino que se plantean rangos de duración que en algunos casos puede durar hasta 6 semanas, pero en un menor porcentaje; pero en el caso de este estudio se tomó como límite normal de sangrado posparto hasta 4 semanas.

**GRAFICA N° 17 ¿CUANTO TIEMPO CREE USTED NORMAL LA SALIDA DE SANGRE POR LA VAGINA?**



**Fuente:** Tabla N° 20

**TABLA 21 ¿CUÁL DE ESTOS SÍNTOMAS CREE USTED QUE CORRESPONDE A UNA INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA O CESÁREA?**

Variable	Frecuencia	%
Enrojecimiento de la herida	88	42.5
Dolor al tocar la herida	71	34.3
Salida de secreción amarillenta	137	66.2
Pérdida de puntos de sutura	57	27.5
Mal olor de la herida	127	61.4
*Total	480	231.4

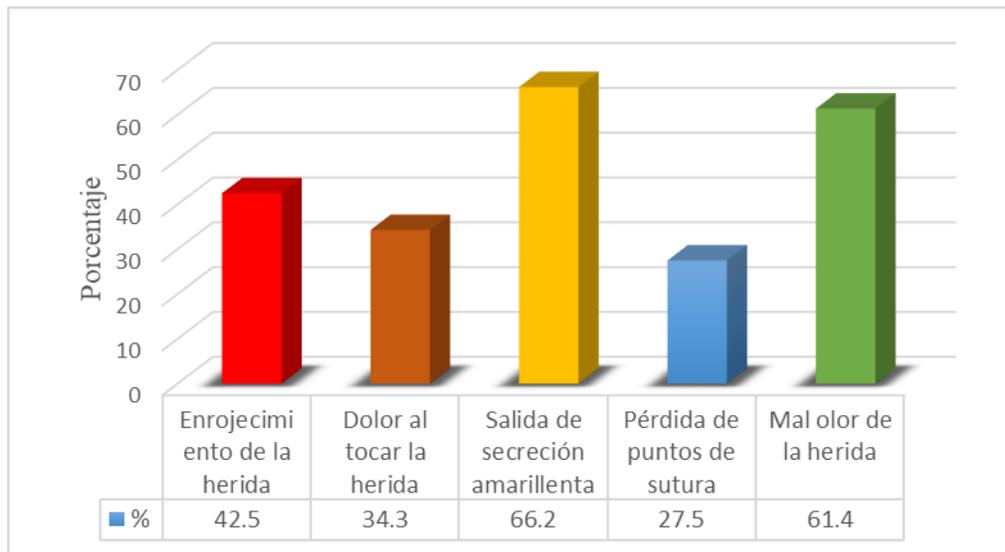
**Fuente:** Cedula de entrevista

**\*nota:** los totales exceden del 100% porque esta pregunta era de múltiple escoge en la cual se tenía que seleccionar varios literales para validar como buena la respuesta.

**ANÁLISIS:** en esta tabla se muestra que un 66.2% de las madres refirió la salida de secreción amarillenta como un síntoma de infección de herida operatoria, otro 61.4% refirió también que el mal olor es otro síntoma de infección; el 42.5% eligió la opción enrojecimiento de la herida, seguido de un 34.3% que escogió el literal de dolor al tocar la herida; solo un pequeño porcentaje con 27.5% eligió la opción pérdida de puntos de sutura.

**INTERPRETACIÓN:** la infección de herida operatoria es la salida de pus por algún sitio, en el caso de la púerpera puede ocurrir en la cesárea o la episiotomía. En este caso se preguntó específicamente de la cesárea. Es evidente que la mayoría de mujeres asocio la presencia de infección con la salida de secreción amarillenta y fétida lo cual es verdadero ya que así se presentan las infecciones relacionadas a contaminación bacteriana ya sea por mala asepsia y antisepsia del quirófano e instrumental médico o después del procedimiento y mala técnica de la mujer al realizar la curación de la herida. El enrojecimiento en toda la herida, sin edema y alrededor de los puntos es inflamación, no necesariamente infección, que podría asociarse a procesos alérgicos secundarios al hilo de sutura utilizado. Se le dio menos importancia a la pérdida de puntos de la sutura, ya que las mayorías de paciente lo asocia a sobreesfuerzo físico y no a una infección. Podemos asegurar que estas mujeres tienen un concepto de infección de herida operatoria acertada.

**GRAFICA N° 18 ¿CUÁL DE ESTOS SÍNTOMAS CREE USTED QUE CORRESPONDE A UNA INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA O CESÁREA?**



Fuente: Tabla N° 21

**Tabla 22 ¿COMO SABE USTED QUE EL SANGRADO VAGINAL NO ES NORMAL?**

Variable	Frecuencia	%
Mal olor	177	85.5
Abundante	75	36.2
Rojo oscuro	37	17.9
Salida de restos	67	32.4
Coágulos	54	26.1
Total	410	198.1

Fuente: Cedula de entrevista

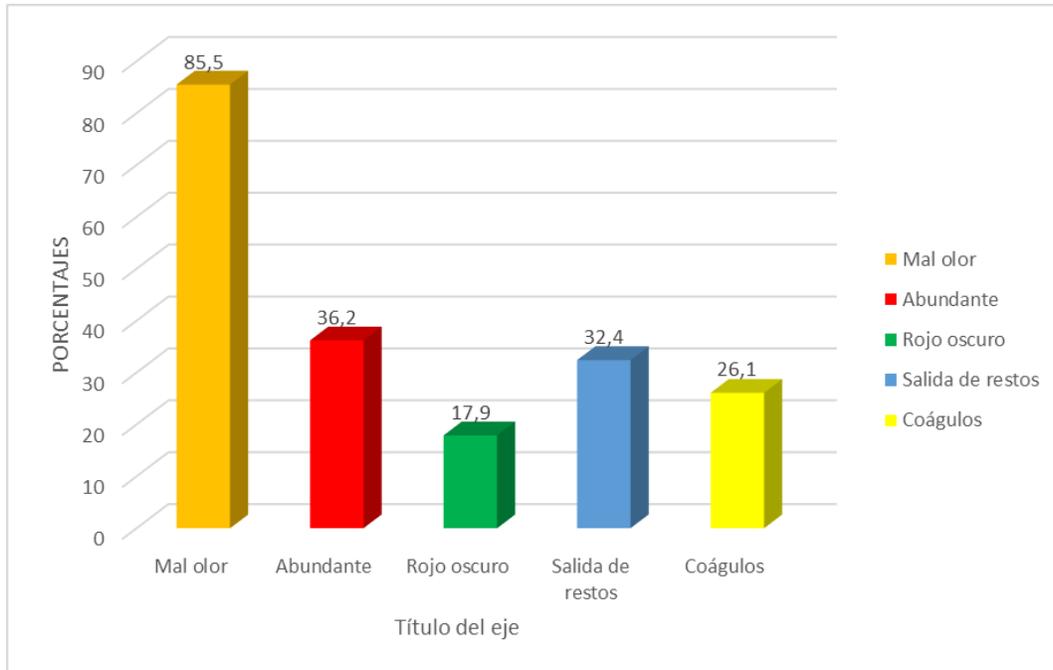
**\*nota:** lo totales exceden del 100% porque esta pregunta era de múltiple escoge en la cual se tenía que seleccionar varios literales para validar como buena la respuesta.

**ANÁLISIS:** la tabla anterior muestra que el 85.5% de madres entrevistadas consideraron que el mal olor del sangrado vaginal no es normal, mientras que el 36.2% señalaron que si el sangrado es abundante no es normal, un 32.4% afirmo que la salida de restos en el sangrado vaginal no es normal; y solo el 17.9% ve como anormal el color rojo oscuro del sangrado.

**INTERPRETACION:** Durante el postparto, la mujer expulsa una secreción vaginal característica (loquios) formada principalmente por sangre, restos deciduales y moco; y cuya composición, color y cantidad se modificará a lo largo de las semanas. El mal olor junto con flujo abundante o salida de restos con el sangrado vaginal salen del patrón normal y podemos notar la mayoría de mujeres acertaron en la respuesta por lo que asumimos que saben identificar un sangrado anormal y por lo tanto buscar asistencia médica oportuna. En los servicios de puerperio de los hospitales se realiza

el tacto vaginal donde evalúan el olor, color y consistencia de los loquios para asegurar que la mujer no tiene infección y poder darlas de alta con seguridad.

**GRAFICA N° 19 ¿COMO SABE USTED QUE EL SANGRADO VAGINAL NO ES NORMAL?**



Fuente: Tabla N° 22

**Tabla 23 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES CONSIDERA SON DE PELIGRO DURANTE EL PUERPERIO?**

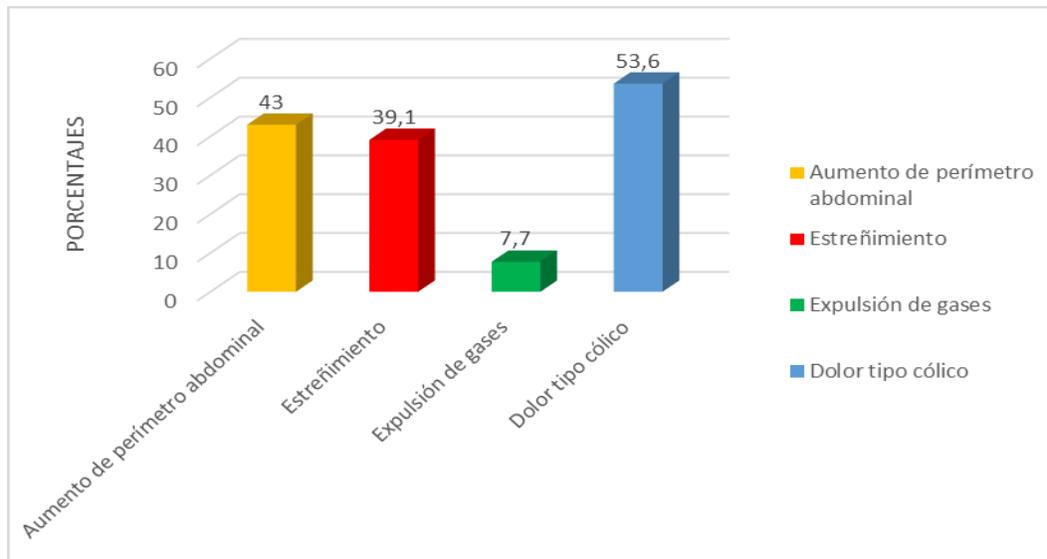
Variable	Frecuencia	%
Aumento de perímetro abdominal	89	43.0
Estreñimiento	81	39.1
Expulsión de gases	16	7.7
Dolor tipo cólico	111	53.6
TOTAL	297	143.4

Fuente: Cedula de entrevista\*nota: lo totales exceden del 100% porque esta pregunta era de múltiple escoge en la cual se tenía que seleccionar varios literales para validar como buena la respuesta.

**ANÁLISIS:** La tabla anterior muestra que el 53.6% de las mujeres encuestadas consideraron el dolor tipo cólico un síntoma gastrointestinal de peligro, un 43.0% considera que el aumento del perímetro abdominal es un síntoma de peligro; mientras que otras en un 39.1% pensaron que el estreñimiento es de peligro y para el 7.7% de mujeres, la expulsión de gases fue considerado de peligro.

**INTERPRETACIÓN:** durante el puerperio algunas mujeres presentan signos y síntomas gastrointestinales entre los que hay que tener en consideración son el dolor tipo cólico, el aumento de perímetro abdominal; máxime si el parto es vía cesárea, se puede asumir que las madres encuestadas tienen conocimiento al respecto ya que algunas de ellas son multíparas y ya han tenido partos vía cesárea lo que les da experiencia.

**GRAFICA N° 20 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES CONSIDERA SON DE PELIGRO DURANTE EL PUERPERIO?**



**Fuente:** Tabla N° 23

**TABLA 24 ¿QUE ESTADO PSICOLÓGICO CREE USTED QUE ES SÍNTOMA DE PELIGRO EN UNA MUJER QUE ACABA DE DAR A LUZ?**

Variable	Frecuencia	%
Depresión	158	76.3
Ansiedad	40	19.3
Desanimo	58	28.0
Perdida del deseo sexual	19	9.2
TOTAL	275	132.8

**Fuente:** Cedula de entrevista\***nota:** lo totales exceden del 100% porque esta pregunta era de múltiple escoge en la cual se tenía que seleccionar varios literales para validar como buena la respuesta.

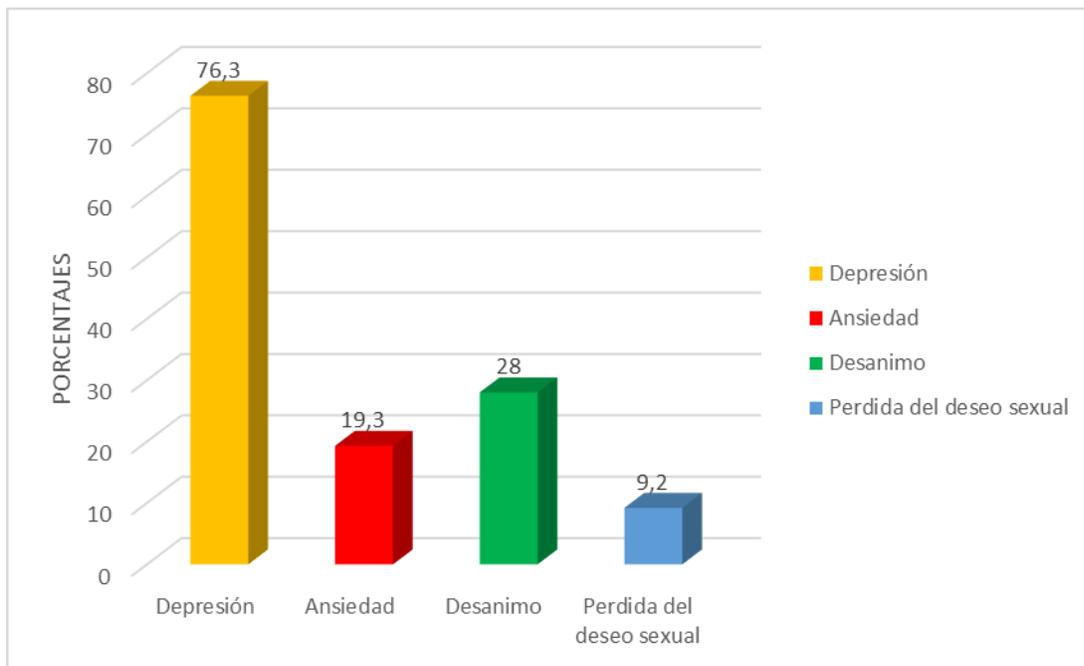
**ANÁLISIS:** en la tabla anterior se muestra que un 76.3% consideraron la depresión como síntoma de peligro. El desánimo lo consideraron un 28.0% de mujeres, mientras que la ansiedad aparece en 19.3% de consideración; y en menos porcentaje 9.2% queda para la pérdida del deseo sexual.

**INTERPRETACION:** La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades

diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas. Este trastorno puede afectar más a mujeres adolescentes y madres solteras que asumirán el cargo de la paternidad a la vez ya que están conscientes que su vida tendrá muchos cambios especialmente en el estilo de vida que tenían antes de ser madres sumado a ello situaciones como la falta de preparación académica, un empleo formal, cambios en su cuerpo, inseguridad en cuanto a la capacidad para cuidar bien a sus hijos puede llevarlas al caos emocional y al no saber identificar los signos antes mencionados pueden caer en depresión severa incluso hasta con pérdida del deseo de vivir es por ello que deben recibir atención psicológica durante sus controles prenatales para irse preparando para lo que viene ya que no serán ni la primera ni la última adolescente mamá.

Se puede decir que las mujeres encuestadas eligieron acertadamente la opción depresión con mayor porcentaje ya sea porque han adquirido conocimientos por personal médico o a través de familiares por lo que sabrán cuando consultar y recibir atención médica oportunamente.

**GRAFICA N° 21 ¿QUE ESTADO PSICOLÓGICO CREE USTED QUE ES SÍNTOMA DE PELIGRO EN UNA MUJER QUE ACABA DE DAR A LUZ?**



Fuente: Tabla N° 24

**TABLA 25 ¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL PUERPERIO?**

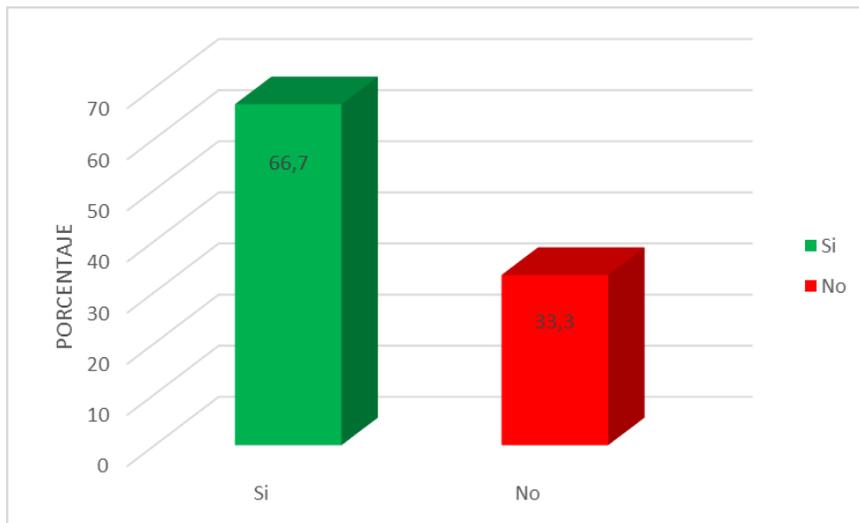
Variable	Frecuencia	%
Si	138	66.7
No	69	33.3
Total	207	100.0

Fuente: Cedula de entrevista

**ANÁLISIS:** la mayor parte de la población estudiada ha recibido información sobre señales de peligro con un 66.7 % mientras que solo el 33.3% no recibieron información al respecto.

**INTERPRETACIÓN:** La población manifiesta que por algún medio ella ha recibido información sobre señales de peligro ya que se ha capacitado a todo el personal médico para brindar asesoría a todas las embarazadas en cada control reciben una consejería donde se les orienta sobre signos y síntomas de peligro que pueden acontecer en cada trimestre de gestación así como las posibles complicaciones después de esta para que sepan identificarlos y consultar de inmediato todo con el propósito de disminuir la morbilidad materna fetal a nivel nacional.

**GRAFICA N° 22 ¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL PUERPERIO?**



Fuente: Tabla N° 25

**Tabla 26 ¿A TRAVÉS DE QUIEN SE INFORMÓ USTED SOBRE LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO?**

Variable	Frecuencia	%
Medico	75	36.2
Enfermera	33	15.9
Medios de comunicación o redes sociales	2	1.0
Familiar	6	2.9
Promotor de salud	22	10.6
Ninguno	69	33.3
Total	207	100.0

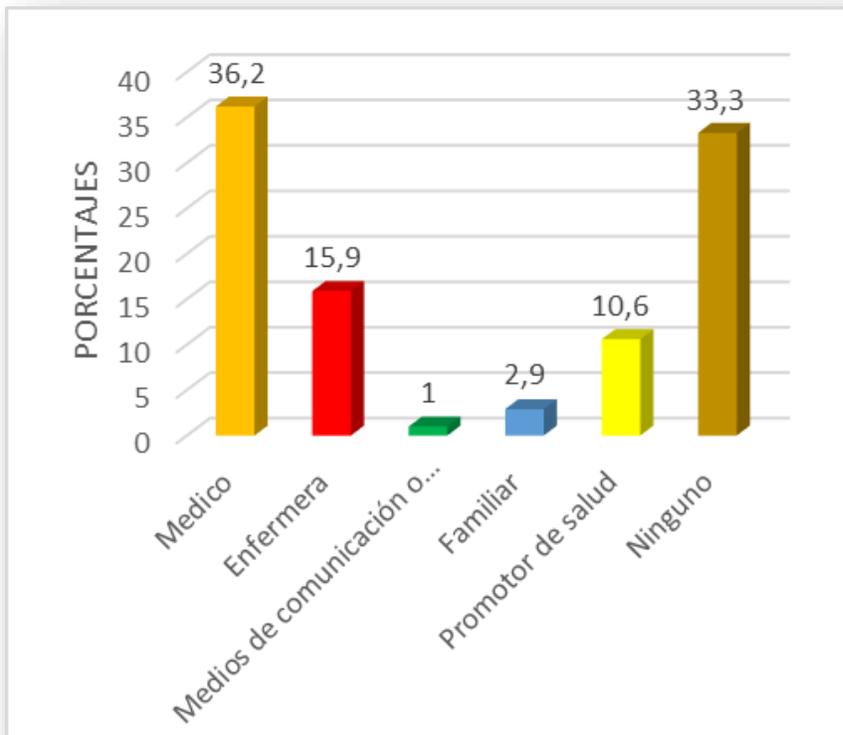
Fuente: Cedula de entrevista

**ANÁLISIS:** la tabla anterior expone lo siguiente: que quien informo a la población sobre síntomas de peligro en su mayoría fue el médico con un 36.2 %, aunque el 33.3% manifiesta que no recibió información al respecto; mientras que el personal de enfermería ha informado a un 15.9 % de la población, los promotores de salud han informado a un 10.6 %, en tanto que el 2.% refiere haber recibido información a través de familiar y solo el 1 % se informó a través de medios de comunicación o redes sociales.

**INTERPRETACIÓN:** según las madres entrevistadas es el medico quien más cumple su labor de orientarlas e informarlas sobre signos y síntomas de peligro, sin embargo, el resto del personal también lo hace, pero en menos medida que los médicos ya que son los médicos los que tienen mayor nivel de conocimiento al respecto.

Mientras la parte de la población que menciona no haber recibido información son aquellas madres multíparas faltistas a sus controles que por motivos diversos no pueden asistir a su consulta por lo cual no están capacitadas para reconocer signos de peligro, aunque también cabe mencionar que muchas madres multíparas adquieren conocimiento por experiencia propia de sus partos anteriores por lo que aseguran que no fueron informadas por ningún miembro del personal médico; pero no necesariamente es que no tengan conocimiento del tema.

### **GRAFICA N° 23 ¿A TRAVÉS DE QUIEN SE INFORMÓ USTED SOBRE LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS DE PELIGRO DESPUÉS DEL PARTO?**



**Fuente:** Tabla N° 26

**TABLA 27 SÍNTOMAS DE PELIGRO MÁS CONOCIDOS DURANTE PUERPERIO.**

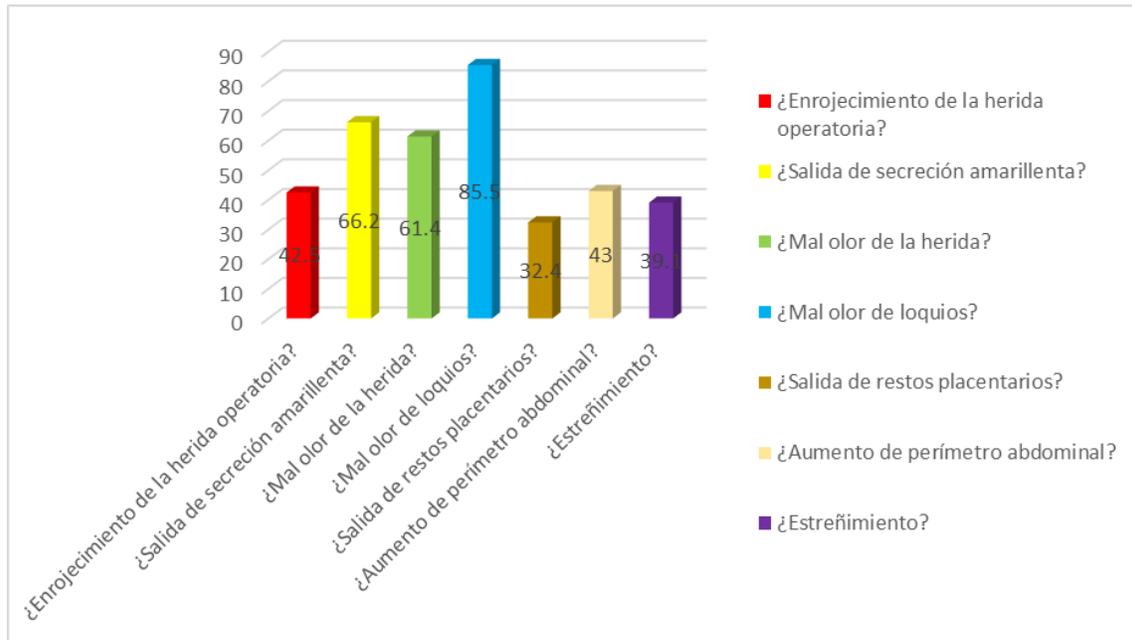
Variable	Si	
	Frecuencia	%
¿Considera síntoma de peligro?		
¿La fiebre?	188	90.8
¿Dolor al tocar la herida?	71	34.3
¿Salida de sangre Abundante?	75	36.2
¿Estreñimiento?	81	39.1
¿Dolor tipo cólico?	111	53.6
¿Depresión?	158	76.3
¿Desanimó?	58	28.0

**Fuente:** Cedula de entrevista.

**ANÁLISIS:** Observamos que el síntoma de peligro durante el puerperio más conocido por la mujeres embarazadas y puérperas es la fiebre con un 90.8%, En segundo lugar, se menciona la depresión con 76.3%, siguiendo en orden de frecuencia tenemos el dolor tipo cólico con un 53.6% el cual es el tercer síntoma más mencionado, el estreñimiento se menciona en un 39.1%, la salida abundantes de sangre transvaginal 36.2%, el dolor al tocar la herida operatoria se muestra un porcentaje de 34.3%, El último de los síntomas más mencionados es el desánimo con 28%.

**INTERPRETACION:** Según las mujeres embarazadas y puérperas entrevistadas el síntoma de peligro durante el puerperio es la fiebre podremos decir que este síntoma es la primera manifestación de múltiples patologías razón por la que la mayoría de mujeres en el periodo puerperal consultan al presentarla, observando que la mayoría de estas consultas son en las pacientes primigestas debido a su inexperiencia el cual las mujeres multíparas la relacionan con la bajada de leche, por lo cual consultan en menor frecuencia al presentar fiebre, observamos hoy que el estado psicológico de las pacientes es conocida la depresión como un síntoma de peligro que se puede presentar, esto puede deberse a las consejerías brindadas por el personal de salud durante el embarazo y posterior de dar a luz en el cual se les explican los síntomas de peligro de la depresión post parto.

**GRAFICA N° 24 SÍNTOMAS DE PELIGRO MÁS CONOCIDOS DURANTE PUERPERIO.**



Fuente: Tabla N° 27

**TABLA 28 SIGNO DE PELIGRO DURANTE EL PUERPERIO MAS CONOCIDO**

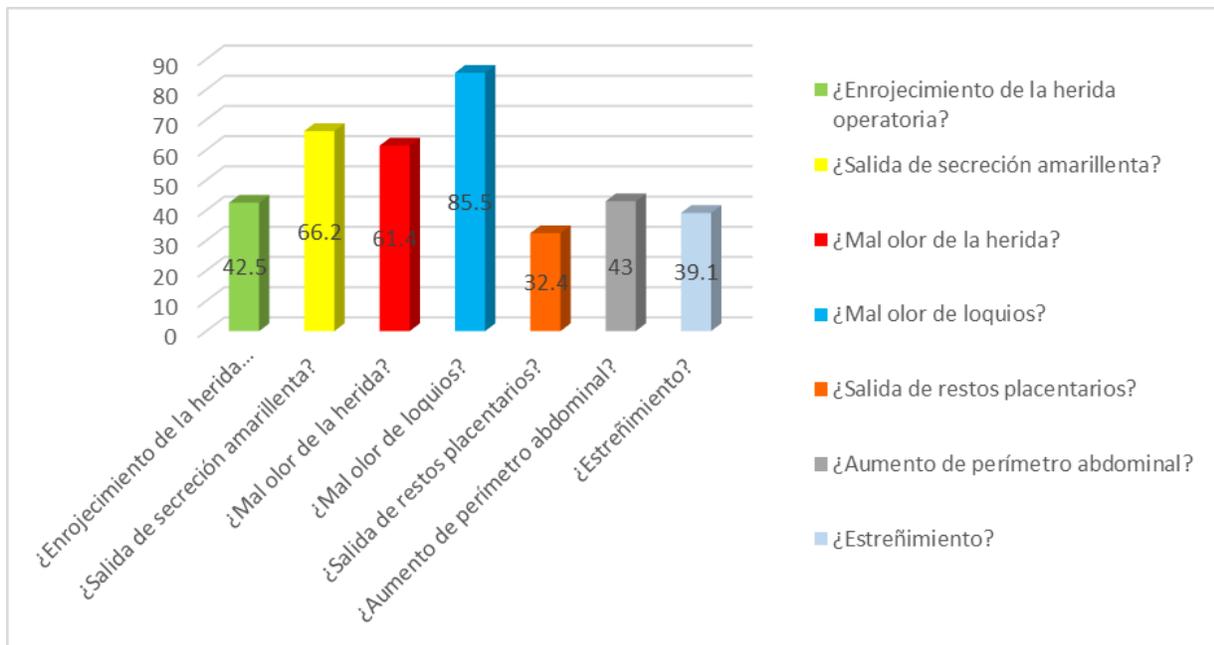
Variable	Si	
	Frecuencia	%
¿Considera alguno signo de peligro?		
¿Enrojecimiento de la herida operatoria?	88	42.5
¿Salida de secreción amarillenta?	137	66.2
¿Mal olor de la herida?	127	61.4
¿Mal olor de loquios?	177	85.5
¿Salida de restos placentarios?	67	32.4
¿Aumento de perímetro abdominal?	89	43.0
¿Estreñimiento?	81	39.1

Fuente cédula de entrevista

**ANÁLISIS:** Entre los signos más conocidos de peligro durante el puerperio consideraron que el mal olor de los loquios con un 85.5%, refirieron la secreción amarillenta de la herida operatoria en casos de cesáreas con un 66.2%, y el mal olor de la herida operatoria con un 61.4%, la distensión o aumento del perímetro abdominal lo consideraron en un 43%, el enrojecimiento de la herida operatoria en un 42.5%, el estreñimiento en un 39.1% y el ultimo signo más considerado es la salida de restos placentarios con un 32.4%.

**INTERPRETACION:** Podemos observar que el mal olor de los loquios o fetidez, es el signo más considerado debido a que las mujeres relacionan los malos olores como signo de infección tanto en partos vaginal como operatorios, en los partos operatorios lo más conocido por las mujeres son la salida de secreción amarillenta de la herida operatoria y el mal olor en estas, aquí en gran parte de este conocimiento son por las recomendación dadas en el momento de ser dadas de alta de los centros hospitalarios y de la labor de educación y consejería que se imparten a las mujeres embarazadas por parte del personal de salud, entre los síntomas gastrointestinales tenemos que son poco conocidos por las mujeres esto debido por la poca frecuencia en que estos se pueden presentar siendo investigados sobre todo en el momento de sus controles puerperales por el personal médico de las UCSF, El signo menos conocido es la salida de los restos placentarios podemos mencionar que esto es debido por la inexperiencia o el poco conocimiento de las mujeres que comúnmente pueden asociarlos con coágulos sanguíneos, relacionándolo como algo normal.

**GRAFICA N° 25 SIGNO DE PELIGRO DURANTE EL PUERPERIO MAS CONOCIDO**



**Fuente:** Tabla N° 28

**TABLA 29 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO EN EL PUERPERIO VS UCSF**

Tipo de conocimiento		UCSF		
		El Triunfo	Milagro de la Paz	San Jorge
		%	%	%
Conocimiento general	No aceptable	0.0	1.4	0.0
	Poco aceptable	0.5	18.8	5.8
	Aceptable	13.5	31.4	28.5
Conocimiento específico	No aceptable	0.0	23.7	1.9
	Poco aceptable	4.3	23.2	20.8
	Aceptable	9.7	4.8	11.6

**Fuente:** cédula de entrevista

**ANÁLISIS:** Esta tabla muestra que el conocimiento general y específico de los signos y síntomas de peligro durante el puerperio en las diferentes unidades comunitarias de salud familiar, observándose que el conocimiento general en los tres establecimientos es aceptable, con un 13.5% en la UCSF del triunfo, un 31.4% en la UCSF milagro de la paz y un 28.5% en la UCSF san Jorge, con respecto al conocimiento específico observamos que en la UCSF el triunfo el conocimiento es aceptable con un 9.7%, en cambio en las UCSF milagro de la paz y San Jorge se observa que el conocimiento específico es poco aceptable teniendo un 23.2% y un 20.8% respectivamente.

**INTERPRETACION:** el conocimiento específico sobre los síntomas y signos podemos decir que son pocos aceptables contrarios a los generales que son aceptables esto se debe a que la mayoría de mujeres han adquirido este conocimiento a través de las experiencias en partos anteriores.

## 7.2 COMPROBACION DE HIPOTESIS DE TRABAJO

Dado que la variable conocimiento de signos y síntomas de peligro durante el puerperio en mujeres gestantes y puérperas se midió de forma frecuencial y porcentual, además el tamaño de la muestra es mayor que 30, en este caso  $N=207$  y a pesar de que el muestreo es no probabilístico si no por conveniencia se realiza la prueba mediante proporción por aproximación a una distribución normal, haciendo para ello los siguientes pasos.

Paso 1: ESTABLECIMIENTO DE HIPÓTESIS.

Según el enunciado de la hipótesis su planteamiento queda así (donde P es donde, el conocimiento de signos y síntomas de peligro durante el puerperio en gestante y puérperas es aceptable.):

$H_1: P > 50\%$

$H_0: P \leq 50\%$

Paso 2: NIVEL DE CONFIANZA.

Para la prueba se utiliza el nivel de confianza del 95% lo cual genera un valor estándar (crítico) o de decisión de 1.65 por la razón de que la hipótesis de trabajo es unilateral derecha. Este valor es encontrado en la tabla de distribución normal, este es llamado valor Z de tabla,  $Z_t$ .

### Paso 3: CALCULOS DEL VALOR DE Z

Para calcular el valor de Z ( $Z_c$ ) se hace el uso de la siguiente ecuación:

$$Z_c = \frac{\hat{p} - P}{\sqrt{P(1-p)/N}}$$

Significado:

$\hat{p}$ : Porcentaje de mujeres con conocimiento aceptable sobre los signos y síntomas de peligro durante el puerperio en mujeres gestantes y puérperas en la muestra de estudio.

P: Es el porcentaje de mujeres con conocimiento aceptable sobre los signos y síntomas de peligro durante el puerperio en mujeres gestantes y puérperas establecida en la hipótesis.

N: es el tamaño de muestra de este estudio.

Con  $P=0.50$ ,  $N= 207$  y  $\hat{p}= 0,256$

Tabla 30 TABLA DE CONOCIMIENTO

Presencia de conocimiento		Frecuencia	%
Conocimiento total	No aceptable	40	19.3
	Poco aceptable	114	55.1
	Aceptable	53	25.6
	Total	207	100.0

Entonces sustituyendo tenemos que:

$$Z_c = \frac{0.256 - 0.50}{\sqrt{0.50(1-0.50)/207}} = \frac{-0.244}{\sqrt{0.00121}} = \frac{-0.244}{0.034} = -7.17$$

Así que  $Z_c = -7.17$

### Paso 4: REGLAS DE DECISION.

Si  $Z_c$  es mayor que  $Z_t$ , entonces se acepta  $H_i$ .

Si  $Z_c$  es menor que  $Z_t$ , entonces se acepta  $H_o$ .

### Paso 5: DECISION ESTADISTICA.

Teniendo que  $Z_c = -7.17$  el cual es menor a  $Z_t$  que es igual a 1.65 entonces se acepta la  $H_0$  la cual dice que el conocimiento de signos y síntomas durante el puerperio en gestante y puérperas no es aceptable.

Conclusión general de la prueba de hipótesis.

A partir de los resultados descriptivos y de la prueba de hipótesis podemos decir que hay clasificación de mujeres según el conocimiento que poseen sobre los signos y síntomas de peligro durante el puerperio y en donde se tiene que la de conocimiento aceptable son muy pocos, esto es una cuarta parte de la muestra estudiada.

#### PRUEBA DE HIPOTESIS NULA.

Para ello se realizaron los siguientes pasos.

##### Paso 1: ESTABLECIMIENTO DE HIPÓTESIS.

Según el enunciado de la hipótesis su planteamiento queda así (donde P es donde, el conocimiento de signos y síntomas de peligro durante el puerperio en gestante y puérperas es aceptable.):

$H_1: P > 50\%$

$H_0: P \leq 50\%$

##### Paso 2: NIVEL DE CONFIANZA.

Para la prueba se utiliza el nivel de confianza del 95% lo cual genera un valor estándar (crítico) o de decisión de 1.65 por la razón de que la hipótesis de trabajo es unilateral derecha. Este valor es encontrado en la tabla de distribución normal, este es llamado valor Z de tabla,  $Z_t$ .

##### Paso 3: CALCULOS DEL VALOR DE Z

Para calcular el valor de Z ( $Z_c$ ) se hace el uso de la siguiente ecuación:

$$Z_c = \frac{\hat{p} - P}{\sqrt{P(1-p)/N}}$$

Significado:

$\hat{p}$ : Porcentaje de mujeres con conocimiento aceptable sobre los signos y síntomas de peligro durante el puerperio en mujeres gestantes y puérperas en la muestra de estudio.

P: Es el porcentaje de mujeres con conocimiento aceptable sobre los signos y síntomas de peligro durante el puerperio en mujeres gestantes y puérperas establecida en la hipótesis.

N: es el tamaño de muestra de este estudio.

Con  $P=0.50$ ,  $N= 207$  y  $\hat{p}= 0,256$

Tabla 31 TABLA DE CONOCIMIENTO

Presencia de conocimiento		frecuencia	%
Conocimiento total	No aceptable	40	19.3
	Poco aceptable	114	55.1
	Aceptable	53	25.6
Total		207	100.0

Entonces sustituyendo tenemos que:

$$Z_c = \frac{0.256 - 0.50}{\sqrt{0.50(1 - 0.50)/207}} = \frac{-0.244}{\sqrt{0.00121}} = \frac{-0.244}{0.034} = -7.17$$

Así que  $Z_c = -7.17$

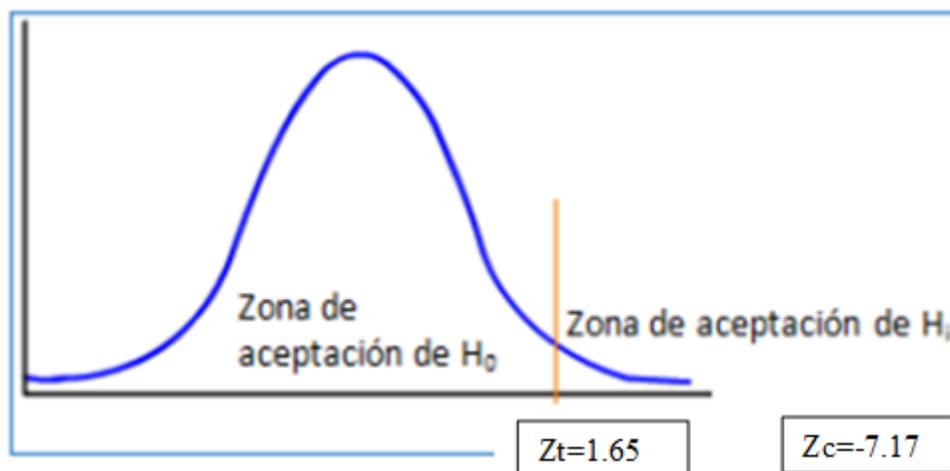
Paso 4: REGLAS DE DECISION.

Si  $Z_c$  es mayor que  $Z_t$ , entonces se acepta  $H_1$ .

Si  $Z_c$  es menor que  $Z_t$ , entonces se acepta  $H_0$ .

Paso 5: DECISION ESTADISTICA.

Teniendo que  $Z_c = -7.17$  el cual es menor a  $Z_t$  que es igual a 1.65 entonces se acepta la  $H_0$  la cual dice que el conocimiento de signos y síntomas durante el puerperio en gestante y puérperas no es aceptable.



## 8 DISCUSION

En el presente trabajo se investigó el conocimiento de signos y síntomas de peligro durante el puerperio en mujeres gestantes y puérperas usuarias de las unidades comunitarias de salud en estudio; para lo cual se empleó una cédula de entrevista a las madres; donde se identificó que el conocimiento que poseen no es aceptable porque el porcentaje de aceptación de este solo es de 25.6%, en tanto se acepta según el porcentaje de 74.4% que el conocimiento que la mayoría de madres tiene es no aceptable.

Se demuestra que el conocimiento que tienen población derivada de este estudio no es aceptable lo que podría deducirse por el bajo nivel educativo de ellas ya que la mayoría de mujeres se ven obligadas a abandonar sus estudios por embarazos a temprana edad y falta de apoyo de sus parejas por lo que tienen que dedicarse a los trabajos del hogar, por lo que se ven afectadas en asistir a sus controles, estas mujeres no tienen buena asesoría médica al respecto, a pesar de todo según resultados se mostró que saben reconocer algunos signos y síntomas de peligro durante el puerperio y buscan ayuda médica ante cualquier molestia.

Al comparar nuestros resultados con una investigación realizada en Guayaquil- Ecuador en el año 2013 por Aguirre León Lin Karol; denominado: Complicaciones puerperales inmediatas en pacientes de parto eutócico a realizarse en el hospital Enrique c Sotomayor de Septiembre del 2012 a febrero del 2013, en la cual se llegó a las conclusiones: respecto a la paridad el 56% eran multíparas, del nivel educativo la mayoría alcanzo nivel secundario, con 58%, profesional que atendió el parto fue el medico en 69%; las complicaciones puerperales inmediatas en este estudio fueron: el 21% de las pacientes presentaron Hematomas, el 20% preeclampsia, el 19% retención de resto placentarios, el 18% desgarro obstétricos, el 16% hemorragias post-parto y el 7% atonía uterina.

En el presente estudio se encontró que un pequeño porcentaje es decir el 3.4% de pacientes no alcanzó ningún grado de estudio, seguido por un 56% que alcanzó algún grado del nivel básica lo cual es atribuido según la población a bajos recursos económicos lo que les obliga a aprender a trabajar desde temprana edad en el campo para colaborar con los gastos familiares del hogar; otras optan por acompañarse a temprana edad por el mismo bajo nivel educativo e idiosincrasia de las mismas, así mismo el bajo nivel educativo se relaciona con el número de gestas, es decir que a menos nivel de educación más gestas poseen las mujeres. También se observó en esta población que a pesar que la mayoría llevo controles prenatales irregulares fue el medico el profesional que atendió sus partos anteriores en un 80.7%.

Se corroboró que el 98.6% de esta población siguen las indicaciones médicas, lo que denota en ellas el interés por su salud ya que el hecho que falten a sus controles no se puede ligar del todo a la irresponsabilidad sino a múltiples factores que influyen y les dificultan el acceso; entre ellos la lejanía del centro de atención o el exceso de trabajo en el hogar. Además, se pudo constatar según datos obtenidos que el 63.8% reconoce signos de peligro durante el puerperio y que el 98.1% acuden al médico ante cualquier signo o síntoma de peligro.

Entre las complicaciones puerperales presentadas en esta población en sus partos anteriores fueron: la anemia con 12.6%; seguido por IVU en 7.2%, luego abortos con 6.8%, preeclampsia en 5.3%, herida infectada 4,8% entre otras.

Otro trabajo con el cual podemos hacer uso comparativo es con una tesis de grado realizada por por Káterin Elena Martínez Angulo y Elton Antonio Brizuela Obando; denominada: Prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital José Nieborowski de la Ciudad de Boaco, Nicaragua durante el 2014, se encontraron los siguientes resultados: 60% de las pacientes procedía de la zona urbana y un 40% de la zona rural. El 50.9% tenía educación secundaria y el 29.1% tenía educación primaria. Solo un 3.6% de las pacientes era analfabeta. El 40.9% de las pacientes refiere que era ama de casa. Con relación a la prevalencia de factores preconcepcionales en las mujeres con complicaciones puerperales en estudio, se observó la siguiente distribución: el 19.1% eran nulíparas, el 17.3% eran primíparas, el 3.6% tenía antecedente de embarazo previo con atonía, el 4.5% tenía antecedente de heridas y desgarros del canal del parto, el 30.2% era de baja edad materna y el 5.9% eran madres añosas, el 32.7% tenía baja escolaridad.

En cuanto a la frecuencia según tipo de complicaciones se observó la siguiente distribución: congestión mamaria 10.5%, mastitis aguda 19.2%, absceso de mama 5.2%, loquimetría 9.3%, endometritis 15.7%, atonías 4.6%, hematomas 2.3%, desgarros vaginales 0.6%, sepsis de la herida 5.8%, hipertensión arterial grave 3.5%, sepsis urinaria 3.5%, anemia moderada 2.3%, tromboflebitis 1.2%, otros 3.5%.

En el presente estudio se encontró que la mayor parte de la población es decir el 62.8% provienen del área urbana ya que las unidades de salud en estudio se ubican en esa área por lo cual abarcan mas zona urbana , lo que deja con más difícil acceso a las pacientes de área rural, en cuanto al nivel educativo alcanzado fue el básico con 56%, analfabetas 3.4% lo cual se relaciona con la profesión prevalente de esta población que fue ama de casa con 71.0% , ya que a menos grado de estudio menos acceso a un trabajo formal digno y la opción que es queda es la de oficios domésticos; lo que a su vez también se liga al nivel de paridad alcanzado, ya que el 44% son madres multíparas es decir tienen más de dos hijos ya que a menos nivel educativo menos orientación en salud sexual y reproductiva reciben, sumado además al machismo y costumbres familiares en que viven, no pueden optar por ningún método anticonceptivo.

Los antecedentes maternos prevalentes en este estudio fueron H.T.A. 9.7% seguido por 9.2% de otras enfermedades como la obesidad y la enfermedad renal, cardiopatías mientras que el 74.4% son mujeres sin antecedentes mórbidos actuales.

Las complicaciones puerperales presentadas en parto anterior fueron la anemia con 12.6%; seguido por IVU en 7.2%, preeclampsia en 5.3%, herida infectada 4,8% entre otras.

Otra investigación con la que se compara el presente estudio fue una realizada en Guatemala de la Asunción en el año 2015 por: Schirley Gabriela Torres Armas; denominado: Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud; donde la muestra de estudio fueron 65 mujeres en edad fértil. Los resultados encontrados fueron: que la cantidad de gestas está relacionada con el nivel educativo de las mujeres ( $P < 0.0001$ ). El 71.4% de mujeres con la educación más alta encontrada (diversificado o universitario) no ha tenido gestas, y el resto de ellas (28.6%) es primigesta. Contrario a las anteriores, un 84.6% de mujeres sin educación o hasta primero primaria son multigestas.

El no tener gestas también se encuentra relacionado con el nivel educativo de las mujeres ( $P=0.0002$ ). Tan solo un 3.8% de mujeres sin educación o hasta 3° primaria no ha tenido gestas, le siguen las mujeres de 3° a 6° primaria con 6.7%, y luego las de nivel básico con 23.5%, siendo las de mayor porcentaje (71.4%) las que tienen un nivel educativo de diversificado/universitario. Esto puede estar relacionado a las charlas de educación sexual que son brindadas por parte de los maestros y personal del puesto de salud, donde mensualmente se les habla de planificación familiar

Tener control prenatal está asociado con la cantidad de gestas ( $P=0.0097$ ). Un 94.1% de las mujeres primigestas mencionaron haber tenido control prenatal, a ellas les siguen las mujeres con 2 hasta 5 gestas, con un 72%, y de último están las mujeres con 6 o más gestas, con un 28.6%

El haber recibido información sobre señales de peligro está asociado con la edad de las mujeres ( $P=0.0343$ ). Las mujeres con edad comprendida entre 21 a 30 años posee el mayor porcentaje de mujeres que ha recibido información (80.8%), le sigue el grupo más joven (14 a 20 años) con 60%, y luego el de 31 a 40 años con 50%, quedando de último el grupo de mayor edad (41 a 50 años) con 20%. El haber recibido información sobre señales de peligro también está asociado con la cantidad de gestas ( $P=0.02037$ ). Un 28.6% de las mujeres con 6 o más gestas ha recibido información, mientras que el porcentaje de mujeres con menos de 6 gestas que ha recibido información es del 63.9%

Un 70.8% de las mujeres que no recibieron información poseen un nivel de conocimiento malo con respecto a señales de peligro en el embarazo, mientras que el porcentaje en mujeres que recibieron información es de 31.7%.

El reconocimiento de los signos de peligro no se vio influenciado por el haber tenido más gestas, el nivel de conocimientos fue similar entre las mujeres que nunca han estado embarazadas y las mujeres que ya han tenido embarazos.

En el presente estudio se encontró lo siguiente: el nivel de gestas también se ve influenciado por el grado de estudio ya que se mostró que la mayoría apenas logro cierto grado de nivel básica es decir hasta 6° o 9° y que de ellas el 44% son multíparas con más de dos hijos; de las cuales solo el 28.5% ha llevado de 4 a 5 controles prenatales, algunas talvez porque fueron captadas en su primer trimestre al momento de la encuesta, mientras que un 34% solo asistió de 1 a 3 controles prenatales previos; de las madres que asistieron a sus controles solo el 66.7% recibió información sobre signos y síntomas de peligro durante el puerperio, así mismo el 63.8% afirmo conocer signos y síntomas de peligro durante el puerperio, ya que en cada control las madres reciben asesoría sobre signos y síntomas de peligro en el puerperio para que sepan identificarlos y consultar oportunamente después del parto para evitar complicaciones.

## 9 CONCLUSIONES

1. De las características sociodemográficas se demostró que el 62.8% de la población estudiada eran de procedencia urbana, entre los grupos etarios prevalente fue el de 20 a 35 años con 72.5%. El estado familiar predominante fue la “unión estable” en un 63.3%. En cuanto la profesión revela que 71% eran “ama de casa”. De las cuales el nivel educativo mayor es básico en un 56%.
2. Entre las características ginecológicas y obstétricas se ve representada en partes iguales con 37.7% las primíparas y multíparas, formando 75.4% de toda la población estudiada, mientras que el resto 18.4% eran primigestas y solo el 6.3% eran grandes multíparas.
3. Al realizar la prueba de hipótesis se comprobó que los conocimientos que tienen las mujeres embarazadas y puérperas, sobre los signos y síntomas de peligro en el puerperio no es aceptable.
4. El signo de peligro durante el puerperio más conocido por la población estudiada fue la fiebre con 90.8%, mientras que el síntoma de peligro más conocido fue el mal olor de loquios, con un 85.5%.
5. De la población estudiada el 66.7% recibió información sobre signos y síntomas de peligro durante el puerperio; de las cuales, el 36.2% afirmó que su fuente de información principal fue el médico, seguido de la enfermera en un 15.2% luego promotor de salud en 10.6%.
6. De un total de 207 mujeres encuestadas solo 30.4% acertaron con el tiempo exacto de duración del puerperio, mientras que el 36.2% mujeres “no lo sabe”.
7. A pesar que solo el 30.4% sabe cuánto dura el puerperio, el 63.8% respondió que si conocen algún signo y síntoma de peligro durante este periodo. Mas sin embargo el 83.1% considera que si puede haber complicaciones de salud postparto. Solo el 16.9% considera que no existen complicaciones posparto.
8. Del total de madres entrevistadas, el 34.3% de ellas llevaron controles prenatales irregulares, mientras que un 33.8% de ellas no llevo ningún control puerperal, pero pese al bajo nivel educativo el 98.1% de las madres afirman que al presentar cualquier signo o síntoma de peligro buscan atención médica.
9. Para la población encuestada los factores predisponentes para una complicación después del parto fueron las IVUS con un 75.8%, seguido de parto domiciliario con 63.8%, luego la enfermedad materna con un 62.8% y por ultimo consideran que la edad también influye, con un porcentaje de 60.4%.
10. A pesar de que la mayoría de la población asisten con irregularidad a sus controles ya sea prenatales o puerperales, el 98.6% de las mujeres afirma que sigue las indicaciones médicas.

## **10 RECOMENDACIONES**

### **Al ministerio de salud**

1. Reforzar las actividades educativas y de concientización a todas las gestantes sobre los signos y síntomas de peligro en el puerperio durante cada control prenatal para que busquen atención médica y no comunitaria.
2. Fortalecer los controles prenatales ya que una parte considerable de población asisten con mucha irregularidad a sus controles.
3. Capacitar a todo el personal de salud sobre la atención de la mujer embarazada y puérpera para que estos sepan identificar mujeres de riesgo y puedan orientarlas en la búsqueda de atención médica.

### **A las unidades comunitarias de salud familiar**

1. Educar constantemente a la mujer embarazada en tercer trimestre sobre el periodo puerperal, enfocándole los cambios fisiológicos y patológicos del mismo para que identifiquen signos de peligro y consulten oportunamente.
2. Disponer de material educativo donde se exponga los principales signos y síntomas de peligro en el puerperio.

### **A la madre**

1. Asistir a sus controles prenatales y puerperales.
2. Consultar al médico al momento de presentar algún síntoma y signo peligro.

### **A la Universidad de El Salvador**

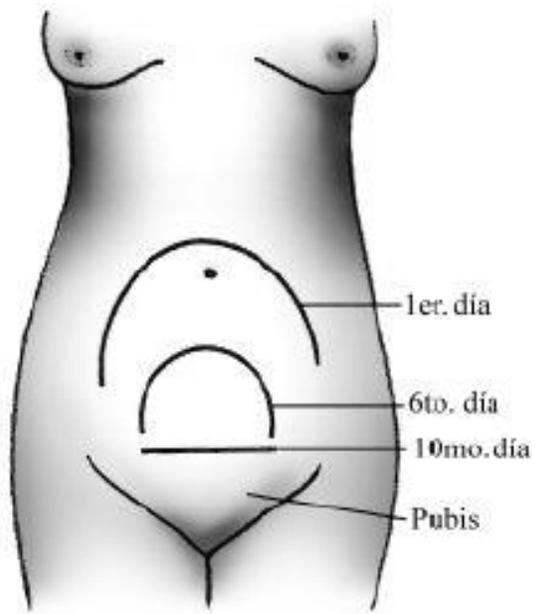
1. Apoyar a los futuros trabajos de investigación relacionados con signos y síntomas de peligro durante el puerperio.

### **Al médico de año social**

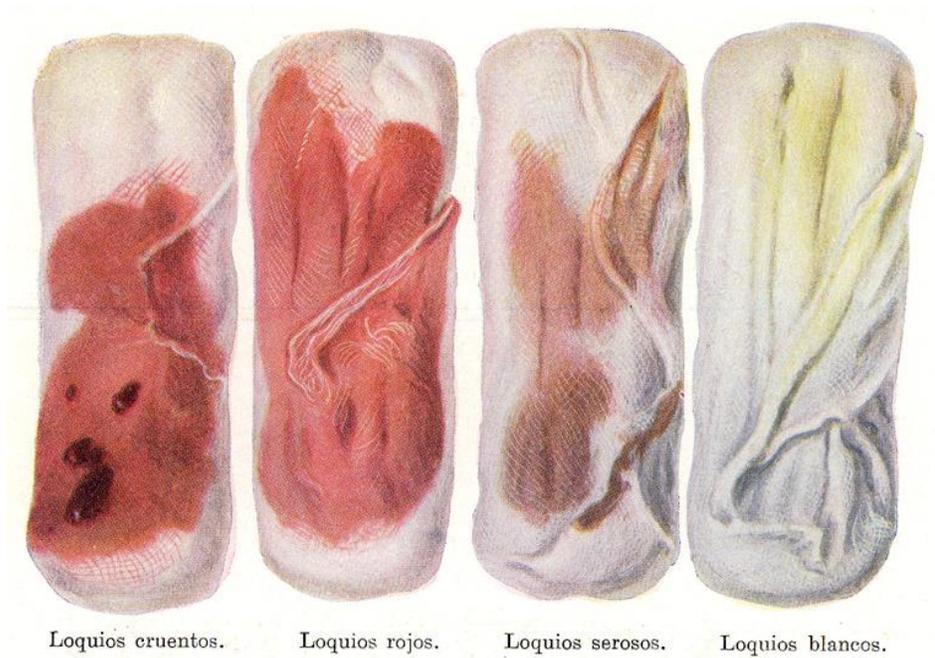
1. Orientar a las embarazadas en cada control puerperal sobre cada uno de los signos y síntomas de peligro.
2. Realizar una buena evaluación de la paciente puérpera en cada control para evitar complicaciones.

## 11 Bibliografía

1. Karol ALL. “Complicaciones puerperales inmediatas en pacientes de parto Eutocico a realizarse en el Hospital Enrique C Sotomayor. Tesis doctoral. Universidad de Guayaquil, Guayaquil; 2013.
2. Obando KEMAyEAB. Prevalencia de complicaciones puerperales y factores asociados en mujeres atendidas en el Hospital Nieborowski. Tesis doctoral. Boaco: Universidad Nacional Autonoma de Niracaragua; 2015.
3. F. Gary Cunningham KJL. Puerperio y Complicaciones puerperales. In Fraga JdL, editor. Williams Obstetricia.: Mc Graw Hill; 2011. p. 646-670.
4. Torres IH. Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en Puérperas atendidas en el Hospital Cesar Garayar García. Tesis doctoral. Iquitos: Universidad Científica de Perú; 2016.
5. Arma SGT. Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y puerperio en mujeres en dad fértil y personal de salud. Tesis doctoral. Guatemala: Universidad Rafaelael Landivar; 2015.
6. Porto JP. <https://definicion.de/conocimiento/>. [Online].; 2008 [cited 2018 febrero martes].
7. Guerrero Z TMFHHC. Teorias del aprendizaje y la introduccion en el diseño de materiales didacticos informáticos. Educere. 2009 Abril-Junio; 13(45).
8. Blázquez RM. Importancia de los cuidados de enfermeria en el puerperio. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Atónoma de Madrid; 2016.
9. Norma General Técnica para la Atencion Integral en el Puerperio. Ministerio de Salud Chile; 2015.



**Figura N° 1** subinvolución uterina en el puerperio



**Figura N° 2** Loquios

## Cuello uterino

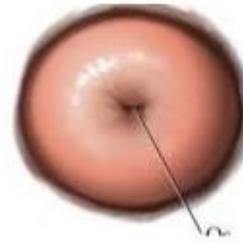
El OCE se contrae lentamente.

Primeros 4 a 6 días permite el paso de 2 dedos.

Al final 2da. Semana difícil introducir un dedo

12o día está cerrado.

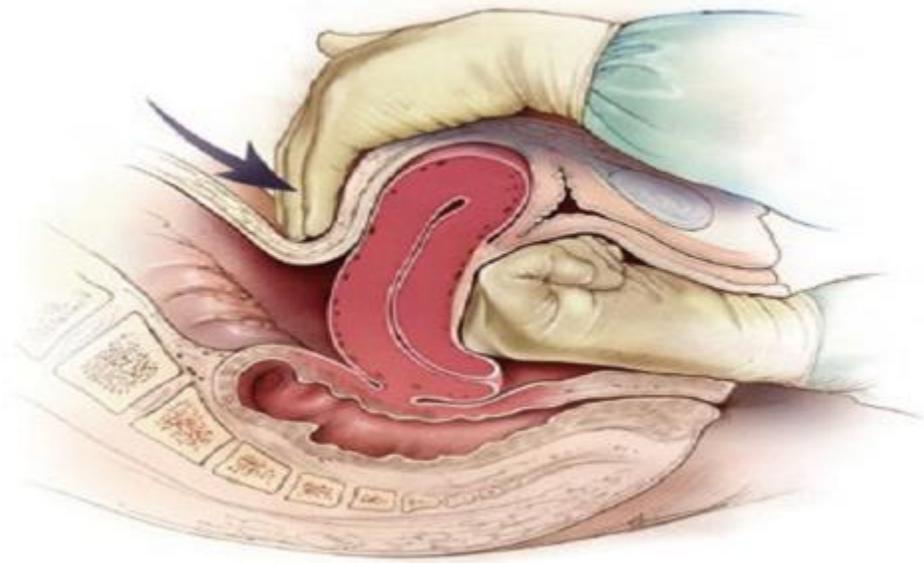
Aspecto ovoide



**Figura N° 3** cambios en el cuello uterino posparto.



**Figura N° 4** Episiotomía



**Figura N° 5** Masaje uterino bimanual



**Figura N° 6** Infección de herida quirúrgica cesárea.



**Figura N° 7** Granuloma de herida operatoria



**Figura N° 8** Mastitis aguda con absceso en formación



**Figura N° 9** Validación del Instrumento



**Figura N° 10** La compañera Silvia validando instrumento



**Figura N° 11** La compañera Silvia validando instrumento



**Figura N° 12** UCSF Puerto El Puerto



**Figura N° 13 UCSF Puerto el Triunfo**



**Figura N° 14 Iglesia católica de Puerto el Triunfo**



Figura N° 15 Alcaldía municipal de Puerto el Triunfo



Figura N° 16 UCSF Milagro de la paz



**Figura N° 17 UCSF Milagro de paz**



**Figura N° 18 UCSF San Jorge**



**Figura N° 19 UCSF San Jorge**



**Figura N° 20 Parroquia de San Jorge**

## **ANEXO 1 SIGLAS Y ABREVIATURAS**

**AU:** altura uterina

**CID:** coagulación intravascular diseminada

**DIU:** dispositivo intrauterino

**EG:** edad gestacional

**FUR:** fecha de última regla

**FPP:** fecha probable de parto

**FCF:** frecuencia cardiaca fetal

**GV:** globo vesical

**GB:** glóbulo blanco

**GyO:** Ginecología y Obstetricia

**HUD:** hemorragia uterina disfuncional

**Hb:** hemoglobina

**HTAC:** hipertensión arterial crónica

**HTo:** hematocrito

**IMC:** índice de masa corporal

**ITS:** infección de transmisión sexual

**LME:** lactancia materna exclusiva

**LAP:** laparotomía exploratoria

**MINSAL:** Ministerio Nacional de Salud Pública

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**RNT:** recién nacido a término

**RCIU:** retraso del crecimiento intrauterino

**RPM:** rotura prematura de membrana

**UCI:** unidad de cuidados intensivos

**VIH:** virus de inmunodeficiencia humana

## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, he sido elegida para participar voluntariamente en la investigación llamada “Conocimiento de signos y síntomas de peligro durante el puerperio en mujeres gestantes y puérperas usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias Puerto el Triunfo, Usulután; Milagro de la Paz y San Jorge de San Miguel, año 2018”

Se me ha explicado en que consiste dicho estudio, entendiendo el propósito del mismo por lo que doy mi consentimiento para participar en esta investigación.

Firma o huella dactilar de la madre participante.

Fecha.

## ANEXO 3 INSTRUMENTO

### UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar el conocimiento de signos y síntomas de peligro durante el puerperio en mujeres gestantes y puérperas usuarias de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias Puerto el Triunfo, Usulután; Milagro de la paz y San Jorge de San Miguel, año 2018

#### CUESTIONARIO DIRIGIDO A MUJERES GESTANTES Y PUERPERAS.

NOMBRE DE LA UCSF: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

#### I CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

1. Procedencia:

Urbano  Rural

2. Edad: \_\_\_\_\_

3. Estado familiar:

Casada  Soltera  Viuda  Unión estable

4. Profesión u oficio: \_\_\_\_\_

5. ¿Sabe leer?

Si  No

6. ¿Sabe escribir?

Si  No

7. ¿Cuál es su último grado de estudio? \_\_\_\_\_

## II. CARACTERISTICAS GINECO-OBSTETRICAS

### 8. Paridad:

- Primípara  Multípara  Gran multípara  
 Primigesta

### 9. Antecedentes patológicos de la madre:

- Diabetes   
 Hipertensión arterial   
 Otras   
 Ninguna

### 10. Ha llevado control prenatal

- 1 a 3 controle  4 a 5 controles  Más de cinco   
Inscripción  controles

### 11. Número de control puerperal

- uno  dos  ninguno  no corresponde

### 12. Lugar de parto actual o anterior:

- Hospital  Unidad de  Clínica  Comunidad   
Nacional Salud Privada  
 No corresponde

### 13. Atención al parto

- a) Médico  b) Enfermera  c) Partera  d) Otros   
 No corresponde

### 14. Vía de parto

- a) Vaginal.  b) Cesárea.  c) ninguno

### 15. Ha presentado alguna de las siguientes complicaciones en su embarazo anterior:

- a) Aborto   
b) Fiebre después del parto   
c) Anemia   
d) Hemorragia posparto   
e) Infección de vías urinarias postparto   
f) Rotura prematura de membranas



20) ¿Que haría usted al presentar un signo o síntoma de peligro después del parto?

- a) Consultar al médico
- b) Consulta al farmacéutico
- c) Consulta a un familiar
- d) Consulta con una enfermera
- e) Tomo algo que tengo en casa

21) Considera usted importante recibir evaluación médica después de 7 días del parto:

- a) si
- b) no
- c) no lo creo necesario.

22). Sigue las indicaciones del médico:

- a). si
- b). no

#### IV CONOCIMIENTOS ESPECIFICO

23) Considera usted la fiebre como un signo de peligro:

- o Si
- o No

24) cuanto tiempo cree usted normal la salida de sangre por la vagina

- o 1 semana
- o 4 semana
- o 6 semana

25) Cuál de estos síntomas cree usted que es una infección de herida operatoria o cesaría.

- o Enrojecimiento de la herida
- o Dolor al tocar herida
- o Salida de secreción amarilla
- o Pérdida de puntos de sutura
- o Mal olor de la herida operatoria

26) como sabe usted que el sangrado vaginal no es normal:

- o Mal olor
-

- Abundante
- Rojo oscuro
- Salida de restos
- Coágulos

27) ¿Cuál de los siguientes síntomas gastrointestinales considera son de peligro durante el puerperio?

- Aumento de perímetro abdominal
- estreñimiento
- expulsión de gases
- Dolor o cólico

28) ¿Qué estado psicológico cree usted que es síntoma de peligro en una mujer que acaba de dar a luz?

- Depresión
- Ansiedad
- Desánimo
- Pérdida del deseo sexual

## V OTROS

29) Ha recibido información sobre señales de peligro durante el puerperio:

- a. si  b. no

30) A través de quien se informó usted sobre los síntomas y signos de peligro después del parto:

- a) Médico
- b) Enfermera
- c) medios de comunicación o redes sociales
- d) Familiar
- e) Promotor de salud

## **ANEXO 4 GUIA DE ENTREVISTA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**OBJETIVO: CONOCER EL PUNTO DE VISTA SOBRE EL PUERPERIO DE PARTE DE  
MEDICOS ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

### **GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A INFORMANTES CLAVES**

- 1. ¿Cuándo debemos considerar un puerperio mórbido?**
- 2. ¿Cuánto tiempo dura el puerperio?**
- 3. ¿Qué antibiótico usa de elección para una infección puerperal sin antibiograma?**
- 4. ¿Cuál ha sido el signo o síntoma de peligro en el puerperio más frecuente de consulta?**
- 5. ¿Cómo lo ha tratado?**

## ANEXO 5 PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
<b>RECURSO HUMANO</b>			
Estudiantes de medicina en año social	3	0	‘
<b>COMBUSTIBLE</b>			
	10 viajes	\$ 10.00	\$100
<b>MATERIALES DE OFICINA</b>			
Resma de papel bond	3	\$ 3.00	\$ 9.00
Lapiceros	1 caja	\$ 2.00	\$2.00
Fólderes	25	\$ 0.12	\$ 3.00
Anillado	4	\$ 2.00	\$ 8.00
Fotocopias blanco y negro	3	\$ 4.75	\$ 14.25
Tinta color negro	1	\$ 9.00	\$ 9.00
Tinta de colores	3	\$ 9.00	\$ 27.00
<b>MATERIALES INFORMATICOS</b>			
Internet	2 megas	\$ 20.00	\$ 100.00
Memoria usb	2	\$ 8.00	\$ 16.00
<b>EQUIPO</b>			
Laptop	1	\$ 350.00	\$350.00
Impresora Epson	1	\$ 250.00	\$250.00
10% de imprevistos			\$94.91
<b>TOTAL</b>			\$ 1044.06

**ANEXO 6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACION CICLO I Y II  
AÑO 2018 CARRERA DOCTORADO EN MEDICINA**

MESES	Feb-18				Mar-18				Abr-18				May-18				Jun-18				Jul-18				Agos-18				Sep-18				Oct-18				Nov-18				Dic-18									
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4						
1 Reuniones Generales con la coordinación del proceso de graduación y asesoría.		X	x		X		x		X		X		x		X		X		x				x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
2 Inscripción del Proceso de Graduación y Aprobación del Tema de Investigación.	x																																																	
3 Elaboración Del Protocolo de Investigación.	x	x	x	x	X	x	X	X	X	X	X	X	x	x																																				
4 Presentación escrita del protocolo de investigación.									Entrega 11 de mayo de 2018																																									
5 Ejecución de la investigación.													X	x	X	X	x	x	x	x	x	x																												
6 Tabulación, análisis e interpretación de los datos.																					x	x	x																											
7 Discusión y prueba de hipótesis.																									X																									
8 Elaboración de conclusiones y recomendaciones.																													X																					
9 Redacción del informe final.																																	X																	
10 Entrega de informe final.																													x	X																				
11 Exposición de resultados y defensa del informe final de investigación.																													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	X	x								

## ANEXO 7 GLOSARIO

**Actitudes:** es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias.

**Acretismo:** trastorno en la adhesión de la placenta al útero, generalmente diagnosticada durante el parto.

**Amniocentesis:** extracción de cantidad de líquido que rodea al feto. Puede estudiarse para detectar algunos defectos congénitos, madurez o infección.

**Anemia:** concentración de hemoglobina menor a 11 mg/dl en plasma.

**Antibiopprofilaxis:** antibiótico que se utiliza previo a cualquier procedimiento, con el fin de disminuir la flora bacteriana local y disminuir el riesgo de infección.

**Alumbramiento:** periodo que transcurre entre la salida del feto y la expulsión de la placenta

**Apósito:** material terapéutico que se aplica directamente sobre la parte enferma o herida del cuerpo sujetándolo con vendas u otros materiales; trozo de algodón o gasa aplicado sobre una herida para protegerla

**Bacteriemia:** es la presencia de bacterias viables en sangre, detectada mediante hemocultivo

**Bradycardia:** consiste en tener la frecuencia cardíaca más baja de lo normal. El corazón late normalmente entre 60 y 100 veces por minuto en un adulto en reposo. En caso de tener bradicardia, el corazón late menos de 60 veces minuto.

**Bajo Peso al Nacer:** RN < 2500 grs, independiente de la edad gestacional.

**Conocimiento:** es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).

**Calostro:** Secreción amarillenta, poco espesa, la cual tiene más proteínas (sobretudo inmunoglobulina A) y sales. Este líquido es secretado por las mamas hasta el tercero o cuarto día después del parto, luego es sustituido por la leche.

**Complicación:** es el daño o resultado clínico no esperado, no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del usuario.

**Compromiso Biopsicosocial:** Se refiere a la presencia de problemas asociados al consumo de drogas en los ámbitos biológico, psicológico y social. Determinan un plan terapéutico y un pronóstico individualizado, según sea el nivel de severidad del compromiso. En la medida que exista mayor severidad de problemas asociados, ya sea por frecuencia o intensidad de ellos, la complejidad de la situación requerirá de un tratamiento de mayor contención.

**Contención emocional:** Procedimiento que tiene como objetivo tranquilizar y estimular la confianza de la persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional, la que puede derivar en conductas perturbadoras. Preferentemente la realiza un profesional especializado y puede ser la acción precedente y/o simplificar la contención farmacológica.

**Dehiscencia:** Abertura espontánea de una zona suturada de una herida quirúrgica, quedando de nuevo los bordes de dicha herida separados, sin cumplirse el propósito de la sutura.

**Debridación:** es la eliminación del tejido muerto, dañado o infectado para mejorar la salubridad del tejido restante.

**Deshidratación:** ocurre cuando se pierde más líquido que se ingiere, y el cuerpo no tiene suficiente agua y otros líquidos para llevar a cabo sus funciones normales.

**Desgarro:** es una rotura o rompimiento. El término suele utilizarse para nombrar al desgarro muscular, que es una lesión del tejido muscular con daños en las fibras interiores y la rotura de los vasos sanguíneos

**Diastasis abdominal o diástasis de rectos:** es la separación de los músculos rectos del abdomen como consecuencia de un daño en el tejido conectivo que, en condiciones normales, los mantiene unidos entre sí, y a la línea media del cuerpo, la denominada línea alba.

**Diplopía:** Visión doble.

**Distocia:** Parto o alumbramiento que procede de manera anormal o difícil. Puede ser el resultado de contracciones uterinas incordiadas, de una posición anormal del feto, de una desproporción cefalopélvica relativa o absoluta o por anomalías que afectan el canal blando del parto.

**Distocia de hombros:** Es un caso específico de distocia, en que la porción anterior de los hombros no logra pasar por debajo de la sínfisis púbica o requiere una considerable manipulación para hacerlo.

**Diuresis:** Proceso de secreción y eliminación de la orina del riñón.

**Eclampsia:** Crisis convulsiva y/o coma durante el embarazo, parto o puerperio en el contexto de un Síndrome Hipertensivo del Embarazo.

**Edema:** es una acumulación de líquido en el espacio extracelular del cuerpo. Esto se debe a que el líquido sale de los vasos sanguíneos y se acumula en el tejido o en ciertas cavidades.

**Edad Gestacional:** Gestación se mide desde el 1o día del último periodo menstrual normal, se expresa en días o semanas completos (280-286 días o 40 semanas)

**Endometrio:** Membrana mucosa que recubre la cavidad del útero.

**Entuerto:** Espasmos dolorosos del útero que se presentan en la mujer en los primeros días después del parto.

**Episiotomía:** Corte quirúrgico realizado en la vagina. Ensancha el orificio del canal blando del parto para que salga el feto.

**Estrógenos:** son producidos en los ovarios, en la corteza suprarrenal, en los testículos y en la unidad feto-placenta y derivan del colesterol llamadas también como hormonas esteroides.

**Etapas del trabajo de parto:**

1° etapa: Dilatación

2° etapa: Expulsivo

3° etapa: Alumbramiento

**Factor de Riesgo:** Toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

**Fibrinógeno:** Factor I de la coagulación.

**Flacidez:** La flacidez es la pérdida de elasticidad y firmeza en la piel producida por la degradación de las fibras que la sostienen, que son el colágeno y la elastina.

**Fonofobia:** Intolerancia a los ruidos.

**Fotofobia:** Intolerancia a la luz.

**Galactagogo:** Fármaco que aumenta la producción de leche.

**Granuloma:** Tejido atípico formado por células inmunes, que se forma cuando el sistema inmunológico intenta aislar sustancias extrañas que han sido incapaces de eliminar.

**Gravidez:** es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

**HELLP:** Síndrome clínico caracterizado por Hemolisis (H), ascenso de enzimas hepáticas (EL) y descenso de plaquetas (LP).

**Hemostasia:** Contención o detención de una hemorragia mediante los mecanismos fisiológicos del organismo o por medio de procedimientos manuales, químicos, instrumentales o quirúrgicos.

**Heparina:** Es un anticoagulante que actúa como cofactor de la antitrombina III, que es el inhibidor natural de la trombina. Es un glucosaminoglucano formado por la unión de ácido-D-glucorónico o ácido L-idurónico más N-acetil-D-glucosamina. Inhibe la acción de varios factores de la coagulación (IXa, Xa, XIa, XIIa), además de tener cierta acción sobre las plaquetas y el sistema fibrinolítico.

**Hiperpigmentación:** es el oscurecimiento de un área de la piel, causada por el aumento de melanina.

**Hipertermia:** Aumento de la temperatura por encima del valor hipotalámico normal por falla de los sistemas de evacuación de calor.

**Hipotensión:** Es definido como una tensión arterial sistólica de <90 mm Hg o una reducción de >40mm Hg del basal, en ausencia de otras causas de caída de la presión arterial.

**Histerorrafia:** Sutura quirúrgica de las laceraciones del útero, incluida la histerorrafia por cesárea.

**Histerotomía:** Incisión quirúrgica del útero, por lo general asociada a una laparotomía abdominal, si bien la intervención también puede ser a través de la vagina.

**Ingurgitación mamaria:** es una inflamación que se produce en el pecho de la madre durante la lactancia.

**Incidencia:** Proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un periodo determinado.

**Infección de herida operatoria:** Presencia de secreción purulenta en el sitio de incisión quirúrgica con o sin cultivos positivos, incluido el sitio de salida de drenajes, que se presenta dentro de los primeros 30 días posterior a la cirugía, y en caso de implantes se considera la infección que se presenta hasta 1 año después de la intervención.

**Infertilidad:** Incapacidad para engendrar o llevar a cabo una gestación.

**Inmunoglobulina anti- D:** Solución de IgG anti-D (anti-Rh D). Anticuerpos que suprimen el sistema inmunológico de la mujer de atacar los glóbulos Rh positivos que han entrado en la corriente de la sangre materna desde la circulación fetal.

**Intervención en Crisis:** Un proceso interactivo, generalmente verbal, que en forma consciente y planificada busca modificar trastornos conductuales o estados de sufrimiento psíquico.

**Involución uterina:** es el proceso en que el útero vuelve a su estado normal tras el parto.

**Legrado:** Procedimiento que consiste en el uso de una legra o cureta para eliminar tejido del útero mediante raspado.

**Loquios:** Secreción hemática que se elimina por vagina, proveniente de la cavidad uterina después del alumbramiento, que contiene sangre, moco y restos de tejido placentario.

**Macrostomia fetal:** feto grande para la edad de gestación (GEG) a todo feto con peso al nacer mayor o igual al percentil 90.

**Mastitis:** Inflamación de la mama.

**Metáforas:** Figura retórica de pensamiento por medio de la cual una realidad o concepto se expresan por medio de una realidad o concepto diferentes con los que lo representado guarda cierta relación de semejanza

**Mortalidad materna:** Número de mujeres que fallecen durante el estado grávido puerperal, desde que el embarazo se inicia, hasta la sexta semana después del parto. Desde el punto de vista bioestadística, se expresa indicando el número de muertes por 100 000 nacidos vivos.

Mortalidad neonatal se divide en:

- Neonatal precoz (nacimiento -1o semana), se relaciona con control prenatal, atención del parto y del RN

- Neonatal tardía (1o- 4o semanas de vida), se relaciona con las condiciones ambientales y de atención infantil.

**Mortalidad perinatal:** Indica el número de muertes fetales a partir de las 22 semanas de gestación y neonatales hasta los 7 días. Se expresa por el número de muertes por mil nacidos vivos.

**Mortinato:** Situación en la que un feto muere dentro del útero con un peso mayor de 500 gramos y/o con un desarrollo gestacional mayor de 22 semanas.

**Mortineonato:** Muerte del recién nacido desde el nacimiento hasta los 28 días.

**Muerte fetal:** Muerte anterior a la expulsión o extracción del feto, independiente de la duración del embarazo.

**Muerte materna:** La muerte materna se define como la muerte de una mujer mientras esta en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente 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.

**Muy bajo peso:** recién nacidos con pesos <1500 gris.

**Nacido vivo:** Expulsión completa o extracción de su madre del feto, independiente de la duración del embarazo, el cual después de la separación respira o muestra cualquier evidencia de vida (latidos, pulsación umbilical, independiente de si se ha cortado o no el cordón o la placenta permanezca unida).

**Natalidad:** Número de nacimientos en un año. Se expresa como tasa por 1000 habitantes.

**Nulípara:** Mujer que no ha dado a luz ningún hijo.

**Nistagmos:** movimiento involuntario e incontrolable de los ojos. Usualmente es de lado a lado, pero a veces es de arriba abajo o en forma circular. El movimiento varía entre lento y rápido y usualmente involucra ambos ojos. En el lactante tiende a desarrollarse entre las seis semanas y los tres meses de edad.

**Oxitócica:** Hormona secretada por la hipófisis que tiene la propiedad de provocar contracciones uterinas y estimular la subida de la leche.

**Patogenia:** Secuencia de sucesos fisiopatológicos que ocurren desde el contacto inicial con una gente etiológico, hasta la expresión final de la enfermedad.

**Peso al nacer:** Primer peso del feto o RN obtenido después del nacimiento, preferentemente medido la 1o hora de vida, antes de la perdida sensible postnatal de peso (expresada en grs)

**Periné:** Zona del cuerpo humano comprendida entre el ano y los órganos genitales.

**Polimicrobiana:** Infección en la que participan más de una especie patógena.

**Pre eclampsia:** es una condición que ocurre solamente durante el embarazo. Algunos síntomas de preclamsia pueden incluir la hipertensión arterial y proteína en la orina que ocurre después de la semana 20 del embarazo.

**Prevalencia:** Proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un periodo determinado.

**Progesterona:** Hormona sexual que segrega el ovario femenino y la placenta, y que tiene la función de preparar el útero para la recepción del huevo fecundado.

**Prolactina:** Hormona que estimula la secreción de la leche a través de una acción directa sobre la glándula mamaria.

**Prolapso uterino:** el útero se desliza hacia la vagina o sobresale de ella.

**Proteinuria:** Presencia en la orina de proteínas en una cantidad superior a la normal.

**Puérpera:** etapa que atraviesa una mujer después de dar a luz y antes de recuperar el mismo estado que tenía antes de quedar embarazada.

**Puerperio:** Periodo que comprende desde el alumbramiento hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, que aproximadamente ocurre a las 6 semanas (42 días).

**Riesgo:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**Ceroma:** Acumulación de grasa líquida, suero y linfa en un área del cuerpo en donde se ha producido un traumatismo o se ha practicado una cirugía. Usualmente se forma debajo de una herida quirúrgica reciente.

**Sepsis:** Es la respuesta sistémica a la infección

**Shock séptico:** Es sepsis con hipotensión, a pesar del adecuado aporte de fluidos. Esto incluye trastornos de la perfusión como la acidosis láctica, oliguria, o alteración aguda en el estado mental.

**Signo:** son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente.

**Síntoma:** son elementos subjetivos, señales percibidas únicamente por el paciente.

**Síndrome de disfunción multiorgánica:** El síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO), se refiere a la presencia de función orgánica alterada en una mujer agudamente enferma, en el que la homeostasis no puede ser mantenida sin intervención. El síndrome de disfunción multiorgánica es clasificado como primario o secundario.

**Síndrome de Privación o Abstinencia:** Conjunto de síntomas de varios niveles de gravedad, que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

**Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS):** Es una respuesta inflamatoria generalizada de una variedad de injurias clínicas severas. Este síndrome es reconocido clínicamente por la presencia de 2 o más de los siguientes:

- Temperatura  $>38^{\circ}\text{C}$  o  $<36^{\circ}\text{C}$ .

- Frecuencia cardiaca  $>90$  latidos/min.
- Frecuencia respiratoria  $>20$  respiraciones/min o  $\text{PaCO}_2 <32$  mm Hg.
- Recuento de glóbulos blancos  $>12.000$  células/mm<sup>3</sup>,  $<4000$  células/mm<sup>3</sup>, o  $>10$  % de formas inmaduras (en banda).

## ANEXO 8 COMPLICACIONES DEL PUERPERIO POR ETAPAS

Complicaciones del Puerperio Según etapa		
Puerperio Inmediato	Puerperio Mediato	Puerperio Tardío
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia posparto</li> <li>• Embolia líquido amniótico</li> <li>• Atelectasia</li> <li>• Corioamnionitis</li> <li>• ITU - PNA</li> <li>• Trombosis venosa profunda (TVP)</li> <li>• Tromboembolismo pulmonar (TEP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia</li> <li>• ITU - PNA</li> <li>• TVP-TEP</li> <li>• Anemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones puerperales (Mastitis, endometritis)</li> <li>• Hemorragia tardía del puerperio</li> <li>• TVP-TEP</li> <li>• Dehiscencia de herida</li> <li>• Dehiscencia de episiotomía</li> <li>• Incontinencia orina-fecal</li> <li>• Anemia</li> </ul>

## ANEXO 9 SIGNOS DE ALERTA DE PELIGRO

Signos de alerta en el puerperio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre de 38°C o más; <b>por más de 24 horas</b>.</li> <li>• Cefalea invalidante o que no cede a medidas habituales (ver capítulo de cefaleas).</li> <li>• Coágulos grandes o aumento importante del sangrado.</li> <li>• Dolor en la zona baja del vientre, <b>que no cede</b> con antiinflamatorios no esteroideos (AINE).</li> <li>• Loquios de mal olor (el olor normal de los loquios es el de la menstruación).</li> <li>• Dolor, tensión y enrojecimiento en la zona de los puntos, ya sea episiotomía o cesárea.</li> <li>• Molestias al orinar. Dolor, tenesmo o dificultad para orinar.</li> <li>• Enrojecimiento, dolor y calor en las mamas.</li> <li>• Dolor en el pecho, con sensación de falta de aire.</li> <li>• Dolor en las pantorrillas o en los muslos, con enrojecimiento, dolor y calor.</li> <li>• Estado de ánimo deprimido (con o sin ideación suicida).</li> </ul>

## ANEXO 10 CLASIFICACIÓN DE LOS DESGARROS VULVOVAGINAL

Tipo de Desgarro	Compromiso		
Primer grado	Afectan únicamente a la piel		
Segundo grado	Afectan a la musculatura perineal		
Tercer grado	Incluyen al esfínter externo del ano	3a	Lesión < 50% del esfínter
		3b	Lesión > 50% del esfínter
		3c	Lesión del esfínter externo e interno
Cuarto grado	Compromete la pared del recto		
Centrales	Desgarros centrales con conservación anatómica de la vulva y del ano		

## ANEXO 11 ETIOLOGÍA DE HEMORRAGIA POSPARTO

Etiología	Hallazgos Clínicos
Inercia uterina	Útero mal contraído
Lesiones del tracto genital	Útero bien contraído, alumbramiento completo, visualización de desgarros y/o hematomas
Restos placentarios	Tono uterino disminuido, extracción de restos de membranas durante la exploración. Alumbramiento incompleto.
Trastornos de la coagulación	Útero retraído. No se demuestran lesiones del canal vaginal, ni retención de restos placentarios. Se produce alumbramiento completo. Antecedentes de coagulopatías o Hipermenorrea o gingivorragia.

## ANEXO 12 FACTORES DE RIESGO DE ENDOMETRITIS

FACTORES DE RIESGO	
Generales	Derivados de la atención clínica
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Números de bacterias.</li> <li>▪ Virulencia del germen.</li> <li>▪ Lecho cruento amplio.</li> <li>▪ Vaginosis bacteriana (20% en embarazo)</li> <li>▪ Rotura prematura ovular &gt; a 12 horas.</li> <li>▪ Trabajo de parto prolongado &gt; 12 horas.</li> <li>▪ Parto gemelar por cesárea.</li> <li>▪ Bacterias de alto riesgo en líquido amniótico (Staphylococcus aureus, Estreptococo grupo A y B, bacterias gram (-), Clostridium, Bacteroides, Micoplasma y Ureaplasma).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de tactos vaginales &gt; a 6.</li> <li>▪ Instrumentación uterina (revisión de cavidad), utilización de fórceps.</li> <li>▪ Cesárea en trabajo de parto.</li> <li>▪ Cesárea electiva y/o urgencia sin profilaxis ATB.</li> <li>▪ Quiebre de técnica aséptica y/o quirúrgica.</li> <li>▪ Cirugía de tiempo prolongado (mayor a 55 minutos).</li> </ul>

## ANEXO 13 TRATAMIENTO DE ENDOMETRITIS

Esquema antibiótico	Comentarios
<b>Cuadros leves</b>	
Amoxicilina + Acido clavulánico 2 gr/día	Si el tratamiento es efectivo se mantendrá por 7 días.
Clindamicina 600-900 mg cada 8 horas IV o IM + Gentamicina 5 mg/kg IM	Si el tratamiento es efectivo se mantendrá por 7 días (la gentamicina por 72 hrs).
Azitromicina vía oral (500 mg diarios) + Gentamicina (5 mg/kg/día) IM	Alternativa en caso de alergia a Penicilina
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si a las 72 horas no hay evidencia de mejoría clínica se deberá replantear el diagnóstico e iniciar tratamiento parenteral con igual esquema que las endometritis severas</li> </ul>	
<b>Cuadros severos</b>	
Clindamicina 600-900 mg cada 8 horas IV + Gentamicina 5 mg/kg/día IM-IV	Elección Tratamiento por 7 - 10 días.
Clindamicina 600-900 mg cada 8 horas IV + Cefalosporina de 3º generación IV	Alternativa Tratamiento por 7 - 10 días.
Ampicilina (2 g cada 6 horas) + Gentamicina (5 mg/kg/día) + Metronidazol IV (1 g cada 12 horas)	Segunda elección (antibioticoterapia en infecciones propagadas o ante germen no sensible al esquema inicial). Recomendación de la OMS.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si luego de 72 hrs no se obtiene mejoría (desaparición de la fiebre y cambio de las características de los loquios), se replanteará el diagnóstico (propagación de la infección: absceso tubo ovárico, peritonitis, tromboflebitis séptica pelviana).</li> <li>La resistencia microbiana es excepcional, como para decidir cambio de antibióticos, el hemocultivo recién puede ser leído a las 72 horas o más y el cultivo endometrial no se utiliza porque salen polimicrobianos y no hay como evitar la contaminación de la muestra con flora del cuello y vagina. (1) (2) (3) (4)</li> </ul>	

## ANEXO 14 FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN DE INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO

Factor	Características
<b>Del Usuario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Deficiente respuesta inmunitaria.</li> <li>▸ Desequilibrios dietéticos, como obesidad o desnutrición.</li> <li>▸ Diabetes Mellitus mal controlada.</li> <li>▸ Presencia de focos distales: dentales, piel, etc.</li> <li>▸ Hábitos y forma de vida: estrés, alcoholismo, drogadicción, el tabaco y la falta de sueño y ejercicio.</li> <li>▸ Usuarios de terapia ACO.</li> <li>▸ Colonización nasal con Staphylococcus Aureus.</li> <li>▸ Índice ASA (riesgo quirúrgico) mayor de 2 (paciente con enfermedad sistémica moderada)</li> </ul>
<b>Del ambiente Clínico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Ambiente no controlado (Ej. ausencia de Normas de Circulación en Pabellón).</li> <li>▸ Ausencia de sistema filtración de aire.</li> <li>▸ Antisépticos y desinfectantes contaminados.</li> <li>▸ Material no estéril o sin garantía de esterilidad.</li> </ul>
<b>Preoperatorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Estadía preoperatoria prolongada.</li> <li>▸ Rasurado de la piel</li> <li>▸ Preparación de la piel inadecuada.</li> <li>▸ No uso de antibioprofilaxis</li> </ul>
<b>Intraoperatoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Inoculación directa: Durante la intervención quirúrgica de:</li> <li>▸ Flora Endógena: Propia del paciente, tanto en la superficie de la piel como en los canales que se abren al exterior, residen comunidades de microorganismos que constituyen la flora normal.</li> <li>▸ Colonización hospitalaria: A las 48 horas de hospitalización, el usuario se encuentra colonizado con la flora hospitalaria.</li> <li>▸ Tejidos contaminados o infectados del huésped: los microorganismos se encuentran usuarios en el sitio quirúrgico.</li> <li>▸ Flora Exógena: Producida por: Manos del equipo quirúrgico o Material quirúrgico contaminado.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica quirúrgica traumática.</li> <li>- Hemostasia deficiente.</li> <li>- Quiebres en la técnica aséptica.</li> <li>- Cuerpo extraño intraabdominal.</li> <li>- Tiempo quirúrgico prolongado.</li> <li>- Hipotermia</li> <li>- Hipoglicemia intraoperatoria.</li> <li>- Experiencia quirúrgica del cirujano.</li> </ul> </li> </ul>

## ANEXO 15 ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA

Esquemas antibióticos	
Clindamicina + Gentamicina	30 mg/Kg/día cada 8 horas vía oral o IV 3 - 5 mg/Kg/día IM
Clindamicina + Ceftriaxona	30 mg/Kg cada 8 horas vía oral o IV 1-2 gramos cada 12/24 horas IV
Ceftriaxona + Metronidazol	1 gr/día IV O IM 500 mg c/8 hrs IV
Amoxicilina + Ácido clavulánico.	500 / 125 mg cada 6 u 8 horas VO

Casos severos o graves, específicamente fasciitis necrotizante inicial o clínicamente evidente, agregar:  
Penicilina sódica 5 millones en bolo, IV cada 6 a 8 hrs.

En mujeres alérgicas a penicilina: Clindamicina + Gentamicina + Metronidazol.

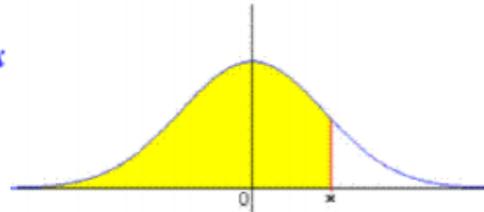
## ANEXO 16 MANEJO DE MASTITIS

Esquemas farmacológicos	
<b>Flucloxacilina</b>	500 mg cada 8 horas por 7-10 días VO
<b>Cloxacilina</b>	500 mg cada 6 horas por 7-10 días VO
<b>Cefadroxiolo</b>	500 mg cada 12 horas por 10-14 días VO
<b>Lincomicina</b>	30-50 mg/Kg/ día en 3 a 4 dosis por 7 -10 días VO
En cuadros más severos se recomienda tratamiento IV por 48 - 72 horas y luego cambio a oral	
<b>Cloxacilina</b>	500 mg cada 6 horas IV
<b>Gentamicina</b>	5 mg/kg/día IM ó IV
En pacientes alérgicas a penicilina la alternativa es Clindamicina	
<b>Clindamicina</b>	300 mg cada 6 horas VO ó 600 cada 6 horas IV.

ANEXO 17 Tabla de distribución

TABLA DE DISTRIBUCIÓN  
**NORMAL TIPIFICADA N(0,1)**

$$F(x)=P(X \leq x) = \int_{-\infty}^x \frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{-\frac{x^2}{2}} dx$$



	.00	.01	.02	.03	.04	.05	.06	.07	.08	.09
<b>0,0</b>	0.5000	0.5040	0.5080	0.5120	0.5160	0.5199	0.5239	0.5279	0.5319	0.5359
<b>0,1</b>	0.5398	0.5438	0.5478	0.5517	0.5557	0.5596	0.5636	0.5675	0.5714	0.5753
<b>0,2</b>	0.5793	0.5832	0.5871	0.5910	0.5948	0.5987	0.6026	0.6064	0.6103	0.6141
<b>0,3</b>	0.6179	0.6217	0.6255	0.6293	0.6331	0.6368	0.6406	0.6443	0.6480	0.6517
<b>0,4</b>	0.6554	0.6591	0.6628	0.6664	0.6700	0.6736	0.6772	0.6808	0.6844	0.6879
<b>0,5</b>	0.6915	0.6950	0.6985	0.7019	0.7054	0.7088	0.7123	0.7157	0.7190	0.7224
<b>0,6</b>	0.7257	0.7291	0.7324	0.7357	0.7389	0.7422	0.7454	0.7486	0.7517	0.7549
<b>0,7</b>	0.7580	0.7611	0.7642	0.7673	0.7704	0.7734	0.7764	0.7794	0.7823	0.7852
<b>0,8</b>	0.7881	0.7910	0.7939	0.7967	0.7995	0.8023	0.8051	0.8079	0.8106	0.8133
<b>0,9</b>	0.8159	0.8186	0.8212	0.8238	0.8264	0.8289	0.8315	0.8340	0.8365	0.8389
<b>1,0</b>	0.8413	0.8438	0.8461	0.8485	0.8508	0.8531	0.8554	0.8577	0.8599	0.8621
<b>1,1</b>	0.8643	0.8665	0.8686	0.8708	0.8729	0.8749	0.8770	0.8790	0.8810	0.8830
<b>1,2</b>	0.8849	0.8869	0.8888	0.8907	0.8925	0.8944	0.8962	0.8980	0.8997	0.9015
<b>1,3</b>	0.9032	0.9049	0.9066	0.9082	0.9099	0.9115	0.9131	0.9147	0.9162	0.9177
<b>1,4</b>	0.9192	0.9207	0.9222	0.9236	0.9251	0.9265	0.9279	0.9292	0.9306	0.9319
<b>1,5</b>	0.9332	0.9345	0.9357	0.9370	0.9382	0.9394	0.9406	0.9418	0.9429	0.9441
<b>1,6</b>	0.9452	0.9463	0.9474	0.9484	0.9495	0.9505	0.9515	0.9525	0.9535	0.9545
<b>1,7</b>	0.9554	0.9564	0.9573	0.9582	0.9591	0.9599	0.9608	0.9616	0.9625	0.9633
<b>1,8</b>	0.9641	0.9649	0.9656	0.9664	0.9671	0.9678	0.9686	0.9693	0.9699	0.9706
<b>1,9</b>	0.9713	0.9719	0.9726	0.9732	0.9738	0.9744	0.9750	0.9756	0.9761	0.9767
<b>2,0</b>	0.9772	0.9778	0.9783	0.9788	0.9793	0.9798	0.9803	0.9808	0.9812	0.9817
<b>2,1</b>	0.9821	0.9826	0.9830	0.9834	0.9838	0.9842	0.9846	0.9850	0.9854	0.9857
<b>2,2</b>	0.9861	0.9864	0.9868	0.9871	0.9875	0.9878	0.9881	0.9884	0.9887	0.9890
<b>2,3</b>	0.9893	0.9896	0.9898	0.9901	0.9904	0.9906	0.9909	0.9911	0.9913	0.9916
<b>2,4</b>	0.9918	0.9920	0.9922	0.9925	0.9927	0.9929	0.9931	0.9932	0.9934	0.9936
<b>2,5</b>	0.9938	0.9940	0.9941	0.9943	0.9945	0.9946	0.9948	0.9949	0.9951	0.9952
<b>2,6</b>	0.9953	0.9955	0.9956	0.9957	0.9959	0.9960	0.9961	0.9962	0.9963	0.9964
<b>2,7</b>	0.9965	0.9966	0.9967	0.9968	0.9969	0.9970	0.9971	0.9972	0.9973	0.9974
<b>2,8</b>	0.9974	0.9975	0.9976	0.9977	0.9977	0.9978	0.9979	0.9979	0.9980	0.9981
<b>2,9</b>	0.9981	0.9982	0.9982	0.9983	0.9984	0.9984	0.9985	0.9985	0.9986	0.9986
<b>3,0</b>	0.9987	0.9987	0.9987	0.9988	0.9988	0.9989	0.9989	0.9989	0.9990	0.9990