

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



**RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL
PUERPERIO CON CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS POSTPARTO ADQUIRIDOS**

JUAN ANDREAS MEJICANOS QUIÑONEZ

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la**

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Para obtener el grado de

Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Abril 2021



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.198.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Juan Andreas Mejicanos Quiñonez

Registro Académico No.: 201010372

No. de CUI: 2110433620101

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL PUERPERIO CON CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS POSTPARTO ADQUIRIDO**

Que fue asesorado por: Dr. Fredy Raúl Coyoy Estacuy, MSc.

Y revisado por: Dra. Alejandra Eloisa Saravia Mancilla, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Abril 2021**.

Guatemala, 19 de marzo de 2021.

Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/rdjgs

MARZO 23, 2021.

Ciudad de Guatemala 16 de septiembre del 2020.

Doctor
Hermes Iván Vanegas Chacón
Docente Encargado
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS
Presente

Respetable Dr:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el doctor **Juan Andreas Mejicanos Quiñonez** carné **201010372**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el cual se titula "**RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL PUERPERIO CON CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS POSTPARTO**".

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. Mejicanos Quiñonez, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **DICTAMEN POSITIVO** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dra. Alejandra Saravia
MSc. Ginecología y Obstetricia
Col. 17492

Dra. Alejandra Eloisa Saravia Mansilla Msc.
Revisor de Tesis

Ciudad de Guatemala 18 de septiembre del 2020.

Doctor
Hermes Iván Vanegas Chacón
Docente Encargado
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS
Presente.

Respetable Dr.:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **Juan Andreas Mejicanos Quiñonez** carné **201010372**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el cual se titula **“RELACION ENTRE COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL PUERPERIO CON CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS POSTPARTO”**.

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. **Mejicanos Quiñonez** ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **DICTAMEN POSITIVO** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Fredy R. Coyoy E.
Ginecólogo Obstetra
Colegiado 8,209

Dr. Fredy Raúl Coyoy Estacuy
Asesor de Tesis



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

DICTAMEN.UIT.EEP.381-2020

30 de octubre de 2020

Doctor

Hermes Iván Vanegas Chacón, MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Doctor Vanegas Chacón:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final del médico residente:

Juan Andreas Mejicanos Quiñonez

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, registro académico 201010372. Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de investigación:

***“Relación entre complicaciones presentadas durante el puerperio
con conocimientos de cuidados postparto adquiridos”***

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.
Unidad de Investigación de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo
LARC/karin

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: uit.eep14@gmail.com

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haberme permitido cumplir este sueño y por la sabiduría, fortaleza e inteligencia durante mi formación.

A mi madre, por haberme iluminado y apoyado durante todo este camino, quiero dedicarle todos mis logros ya que es la única responsable de ellos, gracias por confiar siempre en mi.

A mis hermanos, por su apoyo y comprensión,

A mis maestros, por transmitir sus conocimientos, que fueron parte importante para conseguir este logro.

A mis amigos: Les agradezco por acompañarme durante este trayecto en el cual compartimos muchos triunfos.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Paginas
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes (Marco Teórico)	3
2.1. Control prenatal.....	3
2.1.1. Definición	3
2.1.2. Primer Control Prenatal.....	4
2.1.3. Controles prenatales posteriores	9
2.1.4. Recomendaciones nutricionales durante el embarazo	10
2.1.5. Educación	11
2.1.6. Actividad sexual	11
2.1.7. Trabajo	12
2.2. Puerperio	12
2.2.1. Definición	12
2.2.2. Cambios anatómicos y fisiológicos en el puerperio	12
2.2.3. Atención del puerperio	18
2.2.4. Cuidados postparto	22
2.2.5. Complicaciones en el puerperio	31
2.3. Intervención educativa en salud	42
2.3.1. Áreas de intervención	42
2.3.2. Niveles de intervención	43
2.3.3. Técnicas educativas	43
III. Objetivos	44
3.1. Objetivo general	44
3.2. Objetivos específicos	44
IV. Material y Métodos.....	45
4.1. Tipo de estudio	45

4.2.	Población de estudio	45
4.3.	Selección y tamaño de la muestra	45
4.4.	Unidad de análisis	46
4.5.	Criterios de inclusión y exclusión	46
4.6.	Cuadro de Variables.....	47
4.7.	Procedimiento para recolección de datos.....	54
4.8.	Registro y análisis de datos	54
4.9.	Procedimientos éticos	55
V.	Resultados	56
VI.	Discusión y análisis	67
6.1	Conclusiones.....	74
6.2	Recomendaciones	75
VII.	Referencias Bibliográficas	76
VIII.	Anexos.....	81

TITULO

**RELACIÓN ENTRE COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL PUERPERIO
CON CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS POSTPARTO ADQUIRIDOS**

RESUMEN

Introducción: El puerperio es el tiempo que transcurre posterior al parto hasta la primera menstruación. El conocimiento sobre los cambios anatómicos y fisiológicos constituyen la base para los cuidados post parto. **Objetivos:** Establecer la relación entre complicaciones presentadas durante el puerperio con conocimientos de cuidados postparto adquiridos en pacientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). **Diseño:** analítico transversal. **Lugar:** Hospital de Gineco-Obstetricia (HGO), consulta externa de maternidad, clínica postparto. **Metodología:** Muestreo aleatorio simple. Se realizó encuesta dirigida. **Resultados:** Edad promedio de las pacientes fue comprendida entre 18 a 35 años 85.6%, la mayoría eran multigesta 64.5%, con incidencia de cesárea en 50.2%, siendo este 35% más de lo que recomienda la OMS. Las pacientes que referían conocimientos y complicaciones, se evidencia que sí está relacionado, donde las pacientes que presentaron complicaciones 27% tenían conocimiento, indicando que, presenta riesgo de 1.8 veces de complicaciones al poseer conocimiento, el 62.8% indican que obtuvieron la información de personal de salud, un 14.5% la obtuvo de algún familiar. La principal complicación fue mastitis puerperal 8% **Limitaciones:** poca colaboración de pertenecer al estudio por parte de las pacientes. **Conclusiones:** Se evidencia que sí existe una relación, las pacientes que presentaron complicaciones tenían mayor conocimiento, porque la fuente principal de información fue a través de los familiares. La principal complicación presentada fue mastitis puerperal.

Palabras clave: cesárea, fuente de información, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

I. INTRODUCCIÓN

El periodo post parto es el periodo que involucra desde el desde final del embarazo hasta la primera menstruación de la mujer post parto o en un lapso de cuatro a seis semanas. El conocimiento sobre los cambios anatómicos y fisiológicos constituyen la base para los cuidados post parto. Las posibles patologías acontecidas en este tiempo son causas frecuentes de mortalidad y morbilidad materna. Dentro de las principales complicaciones se pueden presentas procesos infecciosos, hemorrágicos, vasculares, trombóticos y patologías mamarias.^{3, 4, 12, 34}

El conocimiento sobre los cuidados que se deben de tener en el periodo post parto es trascendental en la adecuada evolución del puerperio, con la finalidad de evitar complicaciones. La educación obtenida sobre los cuidados que se debe tener es un factor a tomar en cuenta con el objetivo de disminución de morbilidad y mortalidad materna, por lo que es importante conocer si las pacientes que están teniendo complicaciones en el periodo del puerperio está influenciado por la falta de información, información de medios no científicos o debida a otros factores.

La mortalidad materna es un indicador el cual se utiliza a nivel mundial para conocer el estado de atención en salud como también indicador de desarrollo de un país, por lo que en el año 2015 se adopta como meta, la reducción de la mortalidad materna a menos de 70 casos por cada 100 mil nacidos vivos para el año 2030 a nivel mundial. Mundialmente el número de muertes ha disminuido desde 390 mil casos en el año 1990 a 275 mil en el 2015, reduciendo en un 30%. En el caso de Latinoamérica el índice de mortalidad materna entre 30 -70 por cada 100 mil nacidos vivos. En Guatemala para el año 2000 se registraron 649 muertes maternas con una razón de mortalidad de 153 por 100 mil nacidos vivos, datos de la OPS refiere que para el 2015 se redujo a 88 por cada 100 mil nacidos vivos, una de las medidas utilizadas fue una adecuada y correcta educación.^{9,25}

El estudios de factores que influyen en la mortalidad materna debidas a complicaciones del puerperio es de relevancia de la salud pública por la posibilidad de implementar medidas de prevención y protocolos de atención en la atención prenatal y en personal que atiende durante las primeras 24 horas post parto a las

pacientes por esta razón el objetivo del presente trabajo fue determinar la relación entre los conocimientos adquiridos de cuidados post parto con los resultados obtenidos en el puerperio alejado donde se evidencia que si existe una relación, pero que fue perjudicial lo cual se asocia a que la mayoría que presentó complicaciones tenía como principal fuente de información a los familiares. ⁴ Ante lo encontrado, se debe fomentar los programas para fortalecer el conocimiento en las pacientes de cuidados durante el puerperio del Hospital de Ginecología y obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS y así lograr disminuir las posibles complicaciones prevenibles con planes de educación en salud.

II. ANTECEDENTES

2.1. Control prenatal

2.1.1. Definición

Se entiende por control prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.¹

Los controles deben comenzar tan pronto como el embarazo sea sospechado, idealmente antes de las 10 semanas, especialmente con patologías crónicas o que hayan tenido abortos o malformaciones del tubo neural.²

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

- Ser precoz, la primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control.
- Periódico, la frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren 5 controles.
- Completo, los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Amplia cobertura, en la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto mayor será el impacto positivo sobre la morbimortalidad materna perinatal.²

Los objetivos del control prenatal son los siguientes:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.

- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo y posparto.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.
- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.¹

Según el manual ministerio de salud 2008 de Guatemala el objetivo general del control prenatal es:

- Controlar la evolución de la gestación.
- Fomentar estilos de vida saludable.
- Prevenir complicaciones.
- Diagnosticar y tratar oportunamente la patología.
- Derivar a niveles de mayor complejidad cuando corresponda.
- Preparar a la madre, su pareja y familia, física y psíquicamente para el parto, nacimiento y posparto, ayudándoles a desarrollar sus respectivos roles parentales.²

En general para realizar un control prenatal efectivo no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni un laboratorio sofisticado, pero si requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y emplear criterio de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor esperado.¹

2.1.1 Primer control prenatal

Se debe realizar una historia médica completa, solicitar algunos exámenes de laboratorio e impartir educación acerca de un embarazo saludable, además se debe realizar un examen físico, pesar, medir y calcular IMC (índice de masa corporal) con lo cual se puede determinar la ganancia de peso recomendada.²

2.1.1.1 Historia clínica

Es fundamental para evaluar el estado de salud actual y detectar la existencia de posibles factores de riesgo. Son importantes los antecedentes de riesgo en embarazos previos como partos prematuros, restricción de crecimiento y enfermedades hipertensivas, las cuales tienen alto riesgo de repetirse en embarazos posteriores. También se debe revisar la historia menstrual para determinar edad gestacional, aunque esta debe ser confirmada a través de ecografía precoz, enfermedades crónicas preexistentes, hábitos de riesgo como tabaquismo, alcohol y drogas; Antecedentes familiares de diabetes, hipertensión y restricción de crecimiento en la línea materna ya que aumentan la probabilidad de aparición en la paciente embarazada. También debe ser considerada la historia familiar de malformaciones o enfermedades genéticas.²

Para garantizar una correcta ejecución de la norma de control prenatal es imprescindible disponer de un sistema que permita registrar toda la información relevante para una correcta planificación de la atención de la embarazada y su hijo. El sistema de registro es el instrumento más apropiado para supervisar el cumplimiento de la norma y brindar los datos indispensables para su evaluación ulterior.²

La Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) fue diseñada para cumplir con los siguientes objetivos:

- Servir de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo y facilitar el funcionamiento de los servicios perinatales.
- Normalizar y unificar la recolección de datos.
- Facilitar al personal de salud la aplicación de normas de atención para la embarazada y el recién nacido.
- Ofrecer elementos indispensables para la supervisión y evaluación en los centros de atención para la madre y el recién nacido.
- Ayudar a la capacitación del equipo de salud.

- Conocer las características de la población asistida.
- Constituir un registro de datos perinatales para la investigación en servicios de salud.¹

2.1.1.2 Examen físico general y seguimiento

Se buscar cualquier indicio de patología sistémica con énfasis en el sistema cardiovascular, peso, talla, presión arterial. Un examen gineco-obstetrico, revisar mamas, visualizar cuello del útero con especulo, realizar Papanicolaou si este no está vigente. Si se detecta flujo vaginal sintomático, estudiarlo y tratarlo.² Al mismo tiempo se identifican factores de riesgo los cuales pueden ser:

- Condiciones socio-demográficas:
 - Edad menor de 17 años o mayor de 35 años.
 - Desocupación personal y/o familiar.
 - Analfabetismo.
 - Desnutrición.
 - Obesidad.
 - Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.
 - Tabaquismo.
 - Violencia Doméstica.²
- Antecedentes obstétricos:
 - Muerte perinatal en gestación anterior.
 - Antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural.
 - Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores.
 - Recién nacido con peso al nacer menor de 2500 gramos e igual o mayor a 4000 gramos.
 - Aborto habitual o provocado.
 - Cirugía uterina anterior.

- Hipertensión arterial.
 - DBT gestacional en embarazos anteriores.
 - Nuliparidad o multiparidad.
 - Intervalo intergenésico menor de 2 años²
- Patologías del embarazo actual:
 - Desviaciones en el crecimiento fetal.
 - Embarazo múltiple.
 - Oligoamnios/ polihidramnios.
 - Ganancia de peso inadecuada.
 - Amenaza de parto pretérmino o gestación prolongada.
 - Preeclampsia.
 - Hemorragias durante la gestación.
 - Ruptura prematura de membranas ovulares.
 - Placenta previa.
 - Diabetes gestacional.
 - Hepatopatías del embarazo
 - Malformaciones fetales.
 - Madre con factor RH negativo con o sin sensibilización.
 - Óbito fetal.
 - Enfermedades Infecciosas: TBC, Sífilis, HIV; Rubéola; Citomegalovirus, Parvovirus B19; Varicela, Herpes Genital, HPV, Hepatitis A, B y C, Chagas, Toxoplasmosis aguda. ²
- Patologías maternas previas al embarazo:
 - Cardiopatías.
 - Neuropatías.
 - Endocrinopatías.
 - Hemopatías.
 - Hipertensión arterial.
 - Epilepsia.

- Enfermedades Infecciosas.¹

El examen obstétrico abdominal requiere importancia desde las 12 semanas ya que el útero comienza a aparecer sobre el pubis. La auscultación de latidos con estetoscopio puede realizarse a partir de las 18 semanas. La altura uterina puede ser medida para estimar el crecimiento fetal a partir de las 20 semanas, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta la parte más alta del fondo del útero. La altura del útero en centímetros entre las 18-32 semanas, es prácticamente igual a la edad gestacional en semanas. Diferencias de más de 3 cm deberían ser estudiadas con ultrasonido para evaluar volumen de líquido amniótico y crecimiento fetal.¹

2.1.1.3 Exámenes de laboratorio

- Grupo Rh y coombs: permite identificar a pacientes Rh negativo y establecer si están o no sensibilizadas.
- Hemograma: permitiendo el diagnóstico de anemia y tratamiento.
- Glicemia: en ayunas en el primer control para identificar pacientes con diabetes pregestacionales.
- Orina y urocultivo, para identificar pacientes con infección urinaria y bacteriuria asintomática y así disminuir riesgo de pielonefritis y parto pretérmino.
- VDRL, permitiendo el diagnóstico de embarazadas con sífilis y tratamiento oportuno para prevenir la infección fetal o reducir el daño. Una madre infectada puede transmitir la enfermedad a su feto tan tempranamente como en la 9ª semana de amenorrea. Sin embargo, por lo general la transmisión tiene lugar luego de la 16ª semana de gestación. Si las mujeres son detectadas precozmente y tratadas oportunamente, tanto los riesgos fetales como neonatales son minimizados. La Sífilis congénita es prevenible, pero disponer de los recursos diagnósticos y terapéuticos no es suficiente para el control de la enfermedad.

- VIH, para el diagnóstico de madres portadoras del virus, con el fin de prevenir la transmisión vertical. El examen debe repetirse entre las 32 y 34 semanas en pacientes con conductas sexuales de riesgo.
- Hepatitis B, antígeno de superficie para detectar pacientes portadoras y prevenir el contagio del recién nacido, mediante la administración de la vacuna.
- TORCH.
- La detección de déficit de vitamina D se recomienda en pacientes de alto riesgo (poco expuestas a la luz, piel oscura, obesas).
- Ultrasonido, se recomienda entre las 11 y 14 semanas para precisar edad gestacional según longitud cefalo-nalgas y determinar el riesgo de aneuploidias, con evaluación de la translucencia nucal, hueso nasal mas bioquímica materna (hCG) se obtienen cifras de detección de un 95% para síndrome de Down con 5% de falsos positivos.^{1,2}

2.1.2 Controles prenatales posteriores

Hay que buscar signos de bienestar fetal como la percepción y numero de movimientos fetales, se debe buscar signos y síntomas de preeclampsia (cefalea, fotopsias, presión arterial elevada), síntomas de infecciones urinarias, de amenaza de parto prematuro y de colestasia intrahepática del embarazo.²

2.1.2.1 Ultrasonido 22-24 semanas

Para evaluar anatomía fetal, y con ello detectar malformaciones congénitas, también se evaluara la longitud cervical en forma universal para la detección de riesgo de parto prematuro. Además se realizara evaluación de doppler de arterias uterinas en pacientes que no lo tuvieron en la ecografía de la 11-14 semana para predecir el riesgo de preeclampsia y restricción del crecimiento.²

2.1.2.2 Exámenes de segunda mitad del embarazo (28 semanas)

Se realizara hemograma, VDRL, prueba de tolerancia a la glucosa para el diagnóstico de diabetes gestacional, repetir coombs indirecto en pacientes RH negativas y cultivo vagino-rectal entre las 35-37 semanas para identificar pacientes portadoras de Streptococo B.²

2.1.3 Recomendaciones nutricionales durante el embarazo

Se recomienda una dieta balanceada y variada de acuerdo a las preferencias del paciente. Se debe usar el IMC para calcular la ganancia de peso apropiada.^{1,2} Los grupos de alimentos que deben ser consumidos diariamente por la mujer embarazada para asegurar una adecuada nutrición son:

- Cereales y derivados.
- Frutas y vegetales.
- Leche, yogur y quesos.
- Carnes y huevos.
- Aceites vegetales (no grasas).
- Agua potable.^{1,2}

Las embarazadas obesas deben ser aconsejadas para una alimentación saludable y estimuladas a realizar actividad física. Las embarazadas de peso normal deberían tener una ingesta calórica de 25-35 Kcal/kg de peso ideal y agregar 100-200 Kcal/día durante el embarazo. Esta recomendación será mayor en embarazos gemelares o múltiples. En embarazadas con embarazo gemelar con IMC normal, se recomiendan 40-45 Kcal/día. Estas pacientes embarazadas requerirán además suplementos de hierro, ácido fólico, calcio, magnesio y zinc, vitamina c, fibra, ácidos grasos esenciales.^{1,2}

El consumo de pescado no debería ser mayor a 340 grs. Semanales (peces con bajo contenido de mercurio). Para prevenir Listeriosis, se debe evitar consumir leche

no pasteurizada, quesos blandos, carne cruda o mal cocida, y cualquier comida mal cocida. Para reducir el riesgo de infección por Salmonella se debe evitar consumir huevos crudos o mal cocidos, o comidas que puedan contenerlos (mayonesa), también carne cruda o mal cocida. ^{1,2}

2.1.4 Educación

Debe discutirse comportamiento saludable, cuidado dental, mantener ejercicio, evitar exposición a químicos peligrosos, mínimo uso de saunas o tinas calientes, potencial violencia intrafamiliar, uso correcto de cinturón de seguridad. Cese de tabaquismo y evitar el consumo de alcohol, discutir sobre riesgos y beneficios de los tipos de parto existentes así como los cuidados post parto que deberá cumplir al finalizar el embarazo. En pacientes con cesárea previa discutir los riesgos de trabajo de parto, informar sobre beneficios de la lactancia materna y fomentar su práctica. ¹

2.1.5 Sexual

En mujeres sanas, la actividad sexual hasta cuatro semanas antes de la fecha de parto no implica riesgos; debe ser suspendida en presencia de síntomas de aborto, parto prematuro o metrorragia. ¹

2.1.6 Trabajo

Mujeres con embarazos no complicados pueden continuar trabajando en nuestro país hasta las 34 semanas, siempre que el trabajo que realicen no implique trabajo físico considerable, muchas horas de pie, o estrés importante. ¹

2.2 Puerperio

2.2.1 Definición

La palabra puerperio se deriva del latín puer, niño, y parus, dar a luz. En la actualidad define al intervalo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado basal antes de la gravidez; En consecuencia, es comprensible que su duración sea imprecisa, pero se considera un lapso de cuatro a seis semanas.³ Las modificaciones gravídicas regresan paulatinamente por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado previo al embarazo transcurrido. Este periodo se puede dividir en: puerperio inmediato, el cual abarca las primeras 24 horas; puerperio mediato, abarca desde las 24 horas hasta los primeros 10 días después del parto; Puerperio alejado, que se extiende desde el día 11 hasta los 42 días; puerperio tardío, que corresponde al periodo que comienza al finalizar el puerperio alejado y se extiende hasta los 364 días cumplidos.⁴

2.2.2 Cambios anatómicos y fisiológicos en el puerperio

2.2.2.1 Involución del útero y cérvix

El útero una vez expulsada la placenta, se contrae, permitiendo que se cierren los vasos vasculares de la zona de inserción de la placenta mediante las ligaduras de Pinard, formándose un globo de seguridad que garantiza una correcta homeostasia (en las 12 primeras horas el útero se contrae para expulsar los coágulos, estas contracciones por lo general son indoloras y reciben el nombre de entuertos.⁵ En el proceso normal de la involución, a las doce horas, el útero se desplaza hacia el hipocondrio derecho. A las 24 horas se palpa el fondo del útero a nivel del ombligo descendiendo a través de dedo por día, para llegar al décimo día a nivel del pubis, quedando así escondido detrás de éste.^{3,5,6} La capa superficial del endometrio se necrosa y se desprende para formar los loquios, mientras que la capa profunda permanece y es la base de la regeneración del mismo. Inmediatamente después del parto el cérvix está blando y dilatado. El cuello uterino vuelve a su

tamaño anterior después de la primera semana. El orificio cervical interno se cierra, pero el externo presenta una dehiscencia.³

2.2.2.2 Loquios

Se trata de secreción postparto formada por decidua necrótica, sangre, restos de tejido de granulación y exudado de la superficie de la cavidad uterina.

Existen distintos tipos de loquios:

- Loquios rojos: duran de 2 a 3 días. Contienen sangre principalmente junto con pequeños fragmentos de membranas y restos fetales como lanugo, vermis o meconio.
- Loquios rosados o serosos: aparecen después de 3 o 4 días. Contienen menos sangre y más exudado, leucocitos y decidua de degeneración grasa.
- Loquios blancos: a partir del 10^o día, por el aumento de leucocitos. Alrededor de la 5^a semana postparto, cesa la expulsión de loquios⁷

La observación de los loquios es esencial para identificar un proceso infeccioso o de lentitud en la involución.⁷

2.2.2.3 Involución de la vagina

Se repliega y vuelven a aparecer las rugosidades. La mucosa vaginal permanece edematosa con riesgo de sangrado; su elasticidad favorece una rápida recuperación, volviendo a la normalidad a la sexta semana y a la octava en las mujeres que lactan. Este retraso es debido a la falta de estrógenos, lo que ocasiona con frecuencia molestias en las relaciones sexuales, por la escasa lubricación vaginal que se recupera una vez iniciada la menstruación.⁸

2.2.2.4 Cambios mamarios:

La estructura de la glándula mamaria se vuelve más firme, sensible y dolorosa al tacto y las mamas aumentan su tamaño (ingurgitación mamaria producida en el 3er o 4to día post parto).³ La succión del pezón provoca un estímulo nervioso que llega al hipotálamo donde se libera la B-endorfina. Esta sustancia provoca el descenso de la GnRH y la supresión de su secreción pulsátil inhibiendo así la secreción de gonadotropinas e impidiendo la ovulación y menstruación. La B-endorfina inhibe también la secreción de dopamina que favorece la liberación de prolactina. Por este motivo, cuanto más frecuente sea el estímulo de la succión, más leche se producirá. Los niveles elevados de prolactina inhiben la ovulación. La succión del pezón también estimula la secreción de oxitocina que provoca la contracción del pezón y salida de leche.⁷

2.2.2.5 Función Cardiovascular

El volumen de sangre aumentado durante el periodo del embarazo es de un 35% y se reduce gradualmente hasta alcanzar los volúmenes de normalidad.³ No obstante, hay un incremento temporal en el volumen circulante a causa del cese de la circulación placentaria y del aumento del retorno venoso. Este hecho incide en el descenso del hematocrito, iniciado con las pérdidas de sangre producidas durante el parto (alrededor de 400 ml en el parto normal).⁶

Las dos primeras semanas del puerperio son un periodo de riesgo de insuficiencia cardíaca sobre todo en mujeres con enfermedad cardíaca y con reserva cardíaca limitada, debido a la combinación de cambios hemodinámicos y al consecuente aumento del gasto cardíaco.⁷

Hay un descenso de leucocitos, de la velocidad de sedimentación globular, de los factores trombotoplásticos y del fibrinógeno.⁷

2.2.2.6 Función Endocrina

Los niveles séricos de las hormonas placentarias descienden rápidamente después del alumbramiento, ejemplo:

- Lactógeno placentario: indetectable al finalizar el primer día del puerperio.
- BHCG:
 - Desciende a menos de 1000 mUI/ml en 72 horas.
 - A la semana posparto, aproximadamente 100 mUI/ml.
 - Entre el 11º y el 16º día posparto se encuentran negativas.³

Los cambios que se producen en los niveles de estrógenos en plasma dependen de la lactancia materna. Si no se produce la lactancia, los niveles de estrógenos no alcanzarán niveles foliculares hasta 3 semanas después del parto. Los niveles de progesterona disminuyen muy rápido tras el parto, alcanzando niveles menores que en la fase lútea al cuarto día del puerperio. Los niveles séricos de FSH y LH están muy disminuidos durante los 10-12 primeros días del posparto en todas las mujeres. Si no se produce lactancia, los niveles ascienden hasta alcanzar los propios de la fase folicular en la 3ª semana posparto, además de producirse una secreción pulsátil de LH durante el sueño.^{7,8}

Si por el contrario se produce lactancia materna, los niveles de gonadotropinas estarán disminuidos por la inhibición de la secreción de GnRH. Al producirse el destete, disminuye la concentración de prolactina y aumentan los niveles de LH y estradiol. La función ovárica se restablece y se produce la ovulación entre 15 y 30 días después del destete.⁷

Generalmente, la menstruación se restablece antes que la ovulación (primeros ciclos anovulatorios). Por el contrario, en aquellas mujeres que dan lactancia y cuya amenorrea dura más de seis meses, existe una tendencia a ovular antes de tener la primera menstruación. El 30% de las mujeres que no dan lactancia ovularán dentro de los tres primeros meses del puerperio.^{7,8}

2.2.2.7 Función Renal

La normalización se produce con la aparición de una micción espontánea, alrededor de cinco horas después del parto. Como consecuencia del parto puede haber una disminución del tono vesical que comporta una disminución del deseo miccional y una mayor capacidad vesical. La distensión vesical y la retención urinaria causada al espasmo y edema del musculo pubocoxigeo, el cual se debe relajar para permitir el descenso de la vejiga.⁸ Pudiendo causar hiperdistensión de la musculatura de la vejiga. Ésta, también puede producirse debido a alguna lesión traumática del parto. Debido a esto la retención urinaria es una complicación que se puede presentar en el puerperio y es más frecuente después de un parto instrumental o de anestesia epidural.⁴

2.2.2.8 Función Gastrointestinal

La motilidad y el tono gastrointestinal se restablecen a medida que se incrementa el apetito y la ingestión de líquidos, lo que requiere aproximadamente una semana.⁷

Los siguientes factores inciden en la necesidad de eliminación favoreciendo el estreñimiento:

- Enema preparto.
- Restricción de líquidos durante el trabajo de parto.
- Fármacos administrados durante el parto y el alumbramiento.
- Dolor causado por la episiotomía y las hemorroides, que puede frenar la defecación.⁷

2.2.2.9 Signos Vitales

Después del parto el pulso presenta a menudo una bradicardia transitoria con una frecuencia de hasta 50 latidos/min. Esta situación no se extiende más de 24 horas. De no haber patologías, no existen otras modificaciones específicas.⁷

Una vez sucedido el parto, la temperatura normal es de entre 36'5°C y 37°C, no sobrepasa los 38°C. A las 24 horas después del parto puede aparecer un pico febril, sin que tenga ningún significado de anormalidad ya que responde a la subida de la leche. Si aparece una elevación de temperatura persistente con taquicardia, puede alertar de la presencia de un foco infeccioso.^{6,8}

2.2.2.10 Peso Corporal

Tras el parto, se produce una pérdida media de 5 kilogramos y aproximadamente 4 kilogramos durante el puerperio inmediato. 6 meses después del parto, la mujer aproxima su peso al que tenía antes de comenzar el embarazo. Aquellas mujeres que incrementan su peso en más de 9 kg durante el embarazo, presentarán una mayor diferencia entre su peso de antes y después de la gestación.⁷

En el puerperio se produce un aumento de la concentración de sodio como consecuencia de la disminución de progesterona que aumenta la liberación de aldosterona.⁸ Esta pérdida se compone del peso de:

- Feto y placenta.
- Líquido amniótico y pérdida hemática.
- Elevada transpiración durante la primera semana.
- Involución uterina y loquios.
- Poliuria.⁸

2.2.3 Atención del puerperio

Requiere la correcta atención en aplicar las medidas necesarias para una adecuada evolución, detectar factores de riesgo para complicaciones y si aparecen, diagnosticarlas precozmente para un adecuado tratamiento ejecutando las medidas profilácticas necesarias.^{3,6}

2.2.3.1 Evaluación del puerperio inmediato (primeras 24 horas)

Luego de la evacuación del útero, la mujer experimenta una sensación de alivio y bienestar. La facies es tranquila y se halla normalmente coloreada. La respiración es normal, el pulso lleno, regular y amplio. Su frecuencia y la presión arterial mantienen los patrones que la mujer tenía previamente, en ocasiones puede acusarse dolor en la cara anterior e interna de los muslos debido a la fatiga muscular cuando el periodo expulsivo ha sido largo, pero el fenómeno molesto más llamativo que puede producirse es el escalofrío. En este caso la puérpera se pone pálida y es atacada bruscamente por un temblor generalizado de carácter benigno.⁶

Durante la primera hora después del parto se debe medir la presión arterial y el pulso cada 15 minutos o con más frecuencia si está indicado, también se debe vigilar el volumen de la hemorragia vaginal y se palpa el fondo uterino para asegurar su contracción.³

- **Vigilancia durante las primeras 2 horas del puerperio inmediato:**

Durante estas horas la madre está expuesta al mayor riesgo de hemorragia y shock. Además de vigilarse el estado general, principalmente se debe prestar atención a la posible hemorragia causada por atonía uterina, retención de restos placentarios o por desgarros cervicouterinos y vaginales altos.⁶ En caso de encontrar relajación, se debe aplicar masaje uterino a través de la pared abdominal hasta que permanezca contraído y algunas veces se requiere la adición de uterotónicos.³ Por estos motivos se

recomienda que durante ese periodo la madre permanezca en el sector de observaciones o recuperación controlando signos vitales, retracción del útero (globo de seguridad de Pinard) y sangrado vaginal.⁹

- **Deambulaci3n temprana:**

La mujer empieza a caminar pocas horas despu3s del parto, sin embargo, se debe de acompa1ar a la paciente para ayudarla en caso de lipotimia, entre las diversas ventajas confirmadas de la deambulaci3n temprana figuran las complicaciones vesicales menores y el estre1imiento menos frecuente, al igual que la reducci3n de la frecuencia de trombosis venosa puerperal y las embolias pulmonares.³

- **Cuidados perineales:**

Importante instruir a la mujer para que limpie la vulva de la porci3n anterior hacia la posterior. Las molestias acentuadas suelen indicar un problema, como un hematoma en el primer d3a, o una infecci3n despu3s del tercer o cuarto d3a. El dolor intenso perineal, vaginal o rectal siempre exige una inspecci3n y palpaci3n cuidadosa.^{3,6}

En el caso de que se haya realizado una episiotom3a durante el parto se deber3n valorar la aparici3n de signos de edema, la presencia de dolor o secreciones purulentas, o la dehiscencia de la zona de sutura. En estas mujeres se deber3 realizar un cuidado perineal especial, asegurando la correcta higiene de la zona. Es importante controlar la aparici3n de fiebre en el posparto definida como una temperatura superior a los 38° C a excepci3n de las 24 primeras horas tras el parto. En caso de fiebre, debe realizarse una exploraci3n para identificar el foco de una posible infecci3n del tracto urinario, de la herida quir3rgica, mastitis, endometritis, tromboflebitis p3lvica s3ptica, una reacci3n adversa a un f3rmaco o complicaciones derivadas de la anestesia.⁶

- **Relajación de la pared abdominal:**

Cuando el abdomen se encuentra excesivamente flácido o péndulo, casi siempre es suficiente una faja común. La mujer puede comenzar a realizar ejercicios para restablecer el tono de la pared abdominal en cualquier momento después del parto vaginal.⁶

- **Pruebas de laboratorio:**

El control rutinario de los niveles de hemoglobina o el recuento de leucocitos tras el parto no han mostrado que aporten mayor valor para determinar el riesgo de complicaciones y solamente debería solicitarse en aquellos casos en los que se observen signos de anemia o hemorragia, o infección.⁹

- **Vacunación:**

Las mujeres D negativas que no se ha inmunizado y tienen un recién nacido D positivo debe recibir 300 mcg. De inmunoglobulina anti-D hasta 72 horas después del parto.^{3, 6, 9}

- **Alta hospitalaria:**

Después del parto vaginal sin complicaciones la hospitalización es innecesaria durante más de 48 horas, es importante notificar a la mujer sobre los cambios fisiológicos durante el puerperio, incluidos el patrón de los loquios, la pérdida ponderal por diuresis y el descenso de la leche, así mismo debe instruírsela en cuanto a fiebre, hemorragia vaginal excesiva o dolor de piernas, edema o hipersensibilidad y métodos de planificación familiar. Las mujeres que inician la actividad sexual durante el puerperio y no desean concebir deben iniciar anticoncepción.^{3, 6}

2.2.3.2 Evaluación del puerperio mediato (2do. a 10mo. día)

Coincide generalmente con la semana posterior al alta hospitalaria y constituye el periodo máximo de involución de los órganos genitales, mayor derrame loquial y de instalación de la secreción láctea.³

Se controlarán los signos vitales y la evaluación de los loquios (cantidad, aspecto y coloración). Cualquier alteración en las características de los loquios debe considerarse patológica (recordando que los loquios patológicos son turbios, achocolatados o purulentos). La involución uterina se evaluará por simple palpación y se extenderá prácticamente hasta la aparición de la primera menstruación y en este periodo es tan rápida que el peso y tamaño del útero disminuye a la mitad, volviéndose intrapélvico al finalizar el puerperio mediato.⁶ Los genitales externos recuperaran paulatinamente su aspecto normal observándose la gradual desaparición de las varices valvulares, la recuperación de la tonicidad y capacidad vaginal y la resistencia de los músculos elevadores.^{3, 8}

2.2.3.3 Evaluación del puerperio alejado (11 a 42 días)

Al finalizar este periodo se alcanza la involución genital y en términos generales el estado pregravídico. Si no se ha puesto en práctica la lactancia, sobreviene la primera menstruación. El útero pesara 60 g aproximadamente, y a los 25 días termina la cicatrización del endometrio seguido de la acción hormonal, manifestándose en un endometrio proliferativo estrogénico. .⁶

Se considera conveniente que la citación para control de puerperio sea programada para los 30 días del parto con la finalidad de evaluar la evolución del puerperio y asesorar sobre el auto cuidado y planificación familiar.⁶

- **Coito:**

No hay reglas basadas en pruebas acerca del reinicio del coito después del parto. Se recomienda iniciar el coito a la 5ta semana posterior al parto en conjunto cuando finaliza la expulsión de loquios, la OMS recomienda iniciar entre la 5ta semana y 7ma después del parto.

El coito demasiado pronto puede ser desagradable, si no es que doloroso, por la cicatrización incompleta de la episiotomía o las laceraciones.³

2.2.4 Cuidados posparto

Si bien la mayoría de las mujeres y sus bebés atraviesan este periodo sin complicaciones, el cuidado que ambos deben recibir durante esta etapa deberá garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados de cualquier desviación en la recuperación satisfactoria luego del nacimiento. Se vigilara desde un comienzo la diuresis espontánea y las deposiciones de loquios.⁶

2.2.4.1 Cuidados locales

Para la higiene corporal se procederá al baño de ducha diario y se evitara el de inmersión. La región perianal deberá higienizarse con un simple lavado externo, con agua tibia y jabón neutro o antiséptico por lo menos 2 veces al día o luego de las deposiciones. Las duchas vaginales no son útiles ni beneficiosas. La episiotomía debe mantenerse limpia y seca. Una vez finalizada la limpieza, es necesario colocar un apósito, compuesto por algodón hidrófilo rodeado de gasa. No se debe utilizar algodón directamente, porque al retirarlo los hilos restantes quedan adheridos y favorecen la contaminación. El apósito se renovara varias veces al día.¹ Se aconseja una vestimenta cómoda⁸, no se recomiendan las fajas, puesto que atrofia la musculatura abdominal, se puede recomendar tablas de ejercicios adaptadas, centradas en la musculatura abdominal y de suelo pélvico.⁶

2.2.4.2 Habitaciones y visitas

Se deberían habilitar habitaciones individuales para evitar la transmisión de infecciones y si no es así, usar cortinas divisoras que preserven la intimidad de la puérpera. Conviene que este acompañada de una persona para que le ayude a comenzar la deambulaci3n y en la primera ducha.¹

2.2.4.3 Dieta

Se dar3 a la paciente una dieta completa, rica en fibra.¹

2.2.4.4 Antiespasm3dicos y analg3sicos

El dolor en el puerperio inmediato o despu3s de un parto normal puede ser causa de la episiotomía o de los dolores tipo c3licos en el hipogastrio (entueritos) . Para el tratamiento del dolor se prescriben antiespasm3dicos y analg3sicos del grupo AINE.¹

2.2.4.5 Control de las mamas y apoyo a la lactancia materna

Se vigilara el estado de turgencia de las mamas, la secreci3n de calostro y de leche, la ausencia de signos inflamatorios, presencia de grietas en el pez3n, la posici3n en la que amamanta y la prendida del bebe, tambi3n se har3 hincapi3 en la importancia del amamantamiento a libre demanda.¹

2.2.4.6 Estado psicol3gico

Hasta el 80% de las pu3rperas experimentan el llamado "baby blues" que se resuelve espont3neamente pero la depresi3n postparto afecta a 10-20% de las pu3rperas y requiere tratamiento. Generalmente es muy infradiagnosticada por lo

que existen cuestionarios de cribado que aumentan la sensibilidad diagnóstica. Se propone la escala de depresión postnatal de Edimburgo por ser sencilla.¹⁴

2.2.4.7 Consejería en salud sexual y salud reproductiva

Se define salud reproductiva como un estado de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos reproductivos, con una vida sexual coherente con la dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos así como la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable.^{15 16}

En Guatemala la prevalencia del uso de métodos de planificación familiar naturales y modernos entre las mujeres en edades reproductivas en unión muestra un importante aumento de 23% en 1987 a 44% en el 2002.¹⁷

El uso de planificación familiar ha aumentado notablemente entre las mujeres que residen en el área rural (35% en el 2002). Un aumento aún más significativo se ha dado entre las mujeres indígenas (24% en el 2002). La provisión de servicios de planificación familiar en Guatemala ha recaído principalmente en el sector privado. Siete de cada diez mujeres usuarias de métodos modernos de planificación familiar los obtuvo de una fuente privada.

17

Entre 1999 y 2002 hubo un crecimiento del sector público como fuente de suministro de métodos de planificación familiar. En la actualidad la fuente principal de acceso a planificación familiar son los establecimientos y proveedores del Ministerio de Salud Pública (33% de las usuarias). Entre 1999 y 2002 el IGSS se duplicó como fuente de suministro, del 5% al 12%.

17

El ministerio de Salud Pública y Asistencia Social creó un programa Nacional de salud reproductiva que se dividió de la siguiente forma:

1. Materno
2. Neonatal
3. Planificación familiar
4. Adolescentes
5. Comadronas
6. Partería
7. Cáncer
8. Educación integral en sexualidad
9. Paternidad y maternidad responsable ¹⁸.

- **El vínculo entre educación/información y consejería**

La información que obtengan las usuarias en forma previa hará que el proceso de consejería sea más fácil y ahorrará tiempo durante las entrevistas personales. Las usuarias deben conocer acerca de planificación familiar, anticoncepción, sexo más seguro, ITS, VIH/sida y otros temas de salud sexual y reproductiva, a través de actividades educativas, incluyendo carteles, folletos. El tiempo que se pasa en sala de espera debe usarse para educar a las usuarias sobre los temas antes descritos. ¹⁹

- **Consejería en Anticoncepción**

Las usuarias deben tomar sus propias decisiones respecto a cuál método anticonceptivo es el más apropiado para ellos. El proveedor debe ayudar a cada usuaria a armonizar sus necesidades de Planificación Familiar y preferencias con un método seguro y apropiado. Si la usuaria

está visitando la clínica para comenzar a utilizar un método anticonceptivo, pregúntele si tiene en mente un método en particular. ^{19 20}

2.2.4.8 Tipos de métodos anticonceptivos

- **Métodos Hormonales**

- **ACO combinados:** píldora que contiene dosis bajas de 2 hormonas – progestágeno y estrógeno-. La eficacia depende del usuario, puede interrumpirse en cualquier momento sin ayuda del proveedor, no interfiere con el sexo. No se administran en periodo de lactancia. ^{21 22}
- **ACO de progestágeno:** Destinadas a mujeres en periodo de lactancia. Contienen dosis muy bajas de progestágeno, igual que la progesterona natural presente en la mujer, no contiene estrógeno. Funcionan haciendo lo siguiente: engrosando la mucosa cervical, distorsiona el ciclo menstrual. ^{21 22 23}
- **Progestágeno inyectable:** Se inyecta por vía intramuscular cada 2 o 3 meses según el producto, hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el ovulo y evita la ovulación, 99% efectivos. ²¹
- **Implantes:** cilindros o cápsulas pequeñas y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo, contienen únicamente progestágeno. Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, impide la ovulación, 99% efectivo. ²¹

- **Métodos de Barrera**

- **Condón masculino:** Funda delgada con látex o sin látex, con o sin lubricantes o espermicidas, que se coloca en el pene erecto antes de la penetración vaginal. Impide que los espermatozoides entren a la vagina. ²⁴ Impide el contacto entre los organismos infecciosos. ²¹

- **Condón femenino:** Funda de poliuretano, nitrilo, látex o silicona, vienen lubricados con dimeticona, tienen dos anillos flexibles en cada extremo, se coloca en la vagina antes de la penetración impidiendo el paso del espermatozoide al útero, y se retira después del coito. ²⁵

- **Espermicidas:** medicina anticonceptiva, la cual mata los espermatozoides. Existen en espuma, gel, crema y supositorios, el producto cubre el cuello uterino y mata al espermatozoide. No tienen efectos secundarios serios. También pueden ser usados en periodo de lactancia. ²⁶

- **Dispositivos intrauterinos**

Anticonceptivos reversibles y de largo plazo, efectivos y seguros. Elemento pequeño y flexible, con cobre o con levonogestrel. ²⁷

- **DIU cobre:** contiene un asa o cubierta de cobre que se inserta en el útero, dañando a los espermatozoides e impide que se junten con el ovulo, mas de 99% efectivo.

- **DIU levonogestrel:** se inserta en el útero, liberando diariamente pequeñas cantidades de levonogestrel. ²⁸

- **Métodos Permanentes**

- **Vasectomía:** consiste en la ligadura de los conductos deferentes a nivel escrotal con el fin de impedir el paso de espermatozoides provenientes del epidídimo. Según la OMS no hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la vasectomía como método anticonceptivo.²⁹
- **Salpingectomía:** anticoncepción permanente por la cual se ligan o cortan las trompas de Falopio, se realiza mediante abordaje abierto o endoscópico, efectividad mayor a 99%³⁰

Luego del nacimiento la mujer suele disminuir su deseo sexual durante un tiempo, periodo que suele coincidir con la etapa de los loquios; comenzar la actividad sexual mientras la mujer aún tiene loquios puede elevar el riesgo de infecciones uterinas, por lo que se sugiere abstenerse durante este tiempo. Posteriormente la mujer puérpera junto a su pareja decidirá cuando recomenzar la actividad sexual, recordando que es conveniente haber elegido un método anticonceptivo en forma previa, ya que si bien es raro que la mujer que amamanta ovule en los primeros tres meses, esta posibilidad puede ocurrir.³¹

- **Consejería para adolescentes y jóvenes**

En el contexto de la salud sexual y reproductiva en adolescentes, la consejería se conceptualiza como la acción donde el proveedor de salud facilita la orientación al adolescente a resolver dudas y problemas en una atmósfera comprensiva, mediante el cual los ayuda en la toma de decisiones informadas, voluntarias y confidenciales. Una buena consejería requiere proveedores capacitados, con una buena actitud, respetuosa y considerada hacia las y los adolescentes.³²

- **Temas que debe incluir la consejería**
 - Variedad de métodos.
 - Características básicas y eficacia de cada método.
 - Ventajas y desventajas de cada método.
 - Como usar el método elegido.
 - Seguimiento y signos de alarma respecto al uso del método elegido.³³

2.2.4.9 Vacunación en el puerperio

Si tiene serología negativa para la rubéola, se puede aprovechar para vacunar postparto, aconsejando un método anticonceptivo para 3 meses siguientes. Ante un Rh negativo materno, Rh positivo del neonato y test de coombs negativo (o positivo), se deben administrar 300 mcg. de inmunoglobulina anti-D IM a la madre en las primeras 72 horas del puerperio. Hepatitis B se indicara solo si existen factores de riesgo.¹⁴

2.2.4.10 Prevención del riesgo tromboembólico

La mejor medicina es iniciar la deambulacion lo más precozmente posible. Si no es así, se debe realizar una heparinización profiláctica con heparinas de bajo peso molecular (Bemiparina 3500 UI cada 24 horas, Enoxaparina 40 mg cada 24 horas). Si existen factores de riesgo (cesárea, obesidad) es conveniente consultar con el servicio de hematología o medicina interna para ajustar la dosis.^{1. 14}

2.2.4.11 Cuidados de herida operatoria

Estas puérperas recibirán indicaciones para el cuidado de la herida que deberán realizar en casa antes de concurrir al primer control puerperal. Indicaciones que incluirán:

- Descubrir diariamente la herida, previa higiene de manos y cepillado de uñas.
- Realizar curación con gasas estériles embebidas con alcohol al 96% o antiséptico tipo yodopovidona.
- Observar signos de alarma como dolor, rubor, tumefacción, o secreción. Si aparece alguno de estos signos luego del alta a las 72 horas del post operatorio, consultar al centro de salud más cercano al domicilio.
- Cubrir nuevamente la herida con gasas estériles y secas, y sostener con cinta adhesiva hasta el día siguiente.
- Antibióticos, en caso de ser necesarios y prescritos.
- Analgésicos del grupo AINE.¹⁰

Durante el primer control puerperal, al 7º día del post operatorio, además de las actividades antes detalladas que corresponden al control en esta etapa, se realizará la evaluación de la herida en el centro de salud por el profesional a cargo del control puerperal. En caso de identificar alguno de los signos de alarma se evaluará el riesgo. Si se considera necesario, se derivará a un centro de complejidad. Se realizará un 2º control a los 14 días del post operatorio y se evaluará la herida teniendo en cuenta el retiro de los puntos de sutura de piel.¹⁰

Las mujeres que han tenido una cesárea tienen un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica (tanto de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar), por lo que los profesionales de salud deben prestar especial atención a las mujeres que tienen síntomas respiratorios (como tos o falta de aliento) o bien síntomas en los miembros inferiores (como inflamación dolorosa de los mismos). Sólo después de haber alcanzado plenamente su recuperación, podrán reanudar actividades habituales tales como conducir un vehículo, cargar objetos pesados, hacer ejercicio físico o mantener relaciones sexuales.¹⁰

2.2.5 Complicaciones en el puerperio

El puerperio es el periodo desde el final del parto hasta la aparición de la primera menstruación. Las posibles patologías acontecidas en este tiempo son la causa más frecuente de mortalidad materna en nuestro medio. La patología de la lactancia incluye el fallo de lactancia, grietas en el pezón, ingurgitación mamaria y mastitis puerperal. La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente, aunque las pautas de profilaxis han disminuido mucho la incidencia de esta patología. La patología vascular del puerperio incluye cuadros de gravedad importante, representando una de las principales causas de mortalidad materna. Se incluye la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar.¹⁰

2.2.5.1 Patología Mamaria no infecciosa

- **Funcional:**

- Fallo de lactancia:

Es la ausencia de producción de leche o la producción en cantidad insuficiente para el crecimiento del bebe. Se realiza una exploración para descartar causas anatómicas, como pezones planos, mamas tubulares o cirugías mamarias previas, además de medidas generales como repaso de la técnica correcta de la lactancia, masaje suave en las mamas y calor húmedo antes de la toma, estimulación suave del pezón y areola. . Menos del 3% de madres experimentan una falla completa o casi completa de la lactancia, se aconsejan dos drogas que podrían ser efectivas para mejorar o estimular la producción de leche: clorpromazina 25 mg tres veces al día por vía oral o metoclopramida 10mg tres veces al día.¹³

- Hipogalactia

Escasa producción de leche, que resulta insuficiente para la correcta alimentación del lactante. Su frecuencia es del 20% y puede ser primaria: escaso desarrollo glandular o puérperas nutridas deficientemente; o secundaria: por traumas

psíquicos, errores técnicos de amamantamiento, defecto o debilidad en la succión del lactante, anomalías del pezón, afecciones adquiridas de la mama.¹⁴

- **Ingurgitación Mamaria:**

Las mujeres que no amamantan pueden experimentar ingurgitación escurrimiento de leche y dolor mamario, que alcanza su máximo, tres a cinco días después del parto. Casi la mitad necesita analgesia para aliviar el dolor. Hasta el 10% de las mujeres manifiesta dolor intenso incluso durante 14 días.¹³

La paciente debe usar un sostén bien ajustado. No se recomienda administrar agentes farmacológicos u hormonales para suprimir la lactancia. En su lugar pueden utilizar compresas heladas y analgésicos orales durante 12 a 24 horas para aliviar las molestias.^{3, 12}

- **Estructural:**

- **Grietas del pezón:**

Se manifiestan como dolor durante las tomas y pueden ser la puerta de entrada de las mastitis. Lo más importante es su prevención, realizando higiene del pezón antes y después de la toma. Se debe iniciar la toma por la mama menos afectada. Se pueden aplicar pomadas con analgésicos locales o corticoides de baja potencia si no resuelve con estas medidas.¹² Aparecen en un 25% de las puérperas al 2do o 3er día del parto y provocan dolor que dificulta la lactancia materna. No es preciso inhibir la lactancia materna.¹³

- **Galactocele:**

Es una lesión mamaria poco frecuente en la cual un quiste mamario es ocupado y rellenado por leche durante la etapa de la lactancia, es poco frecuente y se diagnostica como un nódulo blando, indoloro, unilateral y de tamaño promedio de 1 a 5 cm que aparece algunas semanas o meses después de iniciada la lactancia y con lactancia activa al momento del diagnóstico, sin embargo una vez suspendida la lactancia puede persistir y se organiza formando un nódulo caseificado bien

delimitado; se diagnostica por ultrasonido, evidenciando nódulo de pared delgada y ecogénica asociado a un nivel graso-liquido en un 10%. Tratamiento con punción evacuadora y en caso de recurrencia la escisión quirúrgica con anestesia locorregional.^{3, 34}

2.2.5.2 Patología Mamaria Infecciosa

- **Mastitis:**

Es la infección del parénquima glandular, tejido celular subcutáneo o vasos linfáticos de la mama, se manifiesta con dolor, eritema, induración o masa, fiebre, leucocitosis con neutrofilia. Tiene una incidencia del 2-5% siendo el germen causante más frecuente el *Stafilococo aureus* (50%) además *Escherichia coli*, estreptococo y neumococo. Las vías de acceso son canalicular, linfática o hemática (12). Pueden dividirse en dos variantes que son: la de tipo epidémica, es aquella adquirida intrahospitalariamente en el puerperio y corresponde al 5% de las mastitis puerperales; y la no epidémica, la más común de las mastitis puerperales, ocurre en los primeros cuatro meses de la lactancia. El 1 y 2% de las pacientes presentaran un cuadro de mastitis; parece ser más común en primíparas. Esta entidad es frecuentemente precedida de pezones agrietados y ectasia láctea. Se manifiesta con una zona de induración progresiva, dolor, hiperestesia, la piel que cubre la zona afectada muestra hiperemia, hipertermia y se encuentra tensa, puede asociarse con un cuadro febril (hasta 41 °C). En algunos casos aparece una zona fluctuante a los 3 a 7 días de inicio del cuadro. En casos asociados a secreción purulenta, abscesos o cuadro séptico en la madre, deberá suspender la lactancia. La mastitis infecciosa sin tratamiento se asocia a progresión y formación de abscesos en un 25% de casos.¹⁵ La infección desaparece en las primeras 48 horas siempre y cuando el tratamiento correcto se inicie antes de la supuración. Los abscesos son más comunes cuando la infección es consecutiva a *S. aureus*. Antes de comenzar el tratamiento se recomienda extraer leche de la mama afectada para someterla a cultivo. Se puede iniciar de manera empírica dicloxacilina 500 mg por vía oral cada 6 horas. En las mujeres que son sensibles a la penicilina se administra eritromicina.

Cuando la infección es efecto de estafilococos resistentes productores de penicilinas o cuando se sospecha un patógeno resistente se administrara vancomicina y debe mantenerse durante 10 a 14 días.^{3, 12, 34}

- **Mastitis micótica secundaria:**

La mastitis por *Cándida albicans* aparece generalmente la una mastitis recurrente que se ha tratado con antibióticos. Clínicamente, aparece como un gran dolor mientras toma el lactante, en forma de pinchazos en el pezón. No suele aparecer fiebre ni malestar general. A la exploración el aspecto del pezón es normal. El diagnóstico se realiza por citología y cultivo. El tratamiento consiste en masajes en el pezón y areola con una crema de nistatina después de cada mamada.¹²

2.2.5.3 Infección Puerperal

El termino infección puerperal se utiliza para describir cualquier infección bacteriana del aparato genital después del parto.³ Es una complicación frecuente, la importancia de este tipo de infecciones requiere un diagnostico seguro, rápido y eficaz así como un tratamiento antibiótico y ocasionalmente quirúrgico.¹²

2.2.5.4 Fiebre puerperal

Se define como temperatura igual o superior a 38 grados al menos durante dos días y entre los días 2do y 10mo tras el parto.¹² Casi 15% de las mujeres que no amamantan presenta fiebre posparto por ingurgitación mamaria, cifra que es menor en las que amamantan. La fiebre rara vez es mayor de 39 grados durante los primeros días del puerperio y no suele prolongarse durante más de 24 horas.³ Se puede deber a causas genitales (endometritis, infección de la episiotomía, fascitis necrotizante) y extragenitales (complicaciones respiratorias, pielonefritis, absceso pélvico, etc.).¹²

2.2.5.5 Endometritis

Es la causa más frecuente de fiebre puerperal, en la mayoría de los casos se produce por vía ascendente tras la colonización microbiana cervico-vaginal.¹² El tipo de parto (vaginal o por cesaría) constituye el factor de riesgo principal para la infección.³ Seguido del número de exploraciones previas, duración de parto de más de 8 horas, presencia de meconio, ruptura de membrana mayor de 6 horas, alumbramiento manual, diabetes, heridas y desgarro del canal de parto.¹²

La mayor parte de las infecciones en la mujer se produce por microflora endógena del aparato genital femenino; estudiándose varios casos de estreptococo hemolítico B del grupo A que ocasionan un síndrome similar al del choque toxico y una infección que pone en riesgo la vida. En los últimos 5 años se han vuelto frecuentes las infecciones de piel y tejidos blandos por infección debidas a *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina adquiridas en la comunidad.⁶

En general las infecciones son polimicrobianas, lo que promueve la sinergia bacteriana. Otros factores que favorecen la virulencia son los hematomas y tejidos desvitalizados. El cuello uterino y la vagina presentan casi siempre este tipo de bacterias pero la cavidad uterina suele ser estéril antes de la rotura de saco amniótico. Como resultado del trabajo de parto, el parto y las maniobras realizadas el líquido amniótico y el útero pueden contaminarse con bacterias anaerobias y aerobias. La infección puerperal después de un parto vaginal casi siempre se encuentra en el sitio de implantación de la placenta, la decidua y el miometrio adyacente, o las laceraciones de cuello uterino y vagina. La patogenia de la infección uterina después de una cesárea corresponde a la de una incisión quirúrgica infectada.^{3,6}

El diagnóstico se realiza por la presencia de fiebre, dolor uterino a la exploración, loquios malolientes y leucocitosis. Se requiere por tanto exploración, analítica y ecografía para descartar la presencia de restos.^{3, 12}

Cuando aparece una metritis leve una vez que la mujer ha sido dada de alta en el hospital después de un parto vaginal, casi siempre basta el tratamiento ambulatorio con algún antimicrobiano oral, sin embargo en el caso de una infección moderada a grave se indica un tratamiento intravenoso con algún antibiótico de amplio espectro (que incluyan anaerobios con producción de betalactamasas). Casi 90% de las mujeres que recibe este tipo de tratamiento mejora en un lapso de 48 a 72 horas. Si la fiebre persiste después de este periodo se deben buscar causas de una infección pélvica refractaria.^{3, 5, 12, 35}

La administración de profilaxis antimicrobiana en el momento de cesárea ha reducido de forma notoria la frecuencia de infecciones pos-operatorias pélvicas y de herida quirúrgica. La profilaxis en dosis única con ampicilina o una cefalosporina de primera generación es ideal y ambas son tan eficaces como los agentes de amplio espectro o un esquema de dosis múltiples.³

2.2.5.6 Infección de episiotomía

Es una complicación poco frecuente en torno al 1% disminuyendo su incidencia debido al perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y la asepsia en el paritorio. Se producen en su mayoría por agentes polimicrobianos. A la exploración se aprecian signos inflamatorios locales como dolor, eritema y edema. El tratamiento incluye curaciones locales, antibiótico de amplio espectro y en ocasiones desbridamiento de la herida si se observa la presencia de tejido necrótico, siendo entonces necesario añadir antibiótico que cubra *Clostridium perfringens* (penicilina G 6X10 millones de unidades cada 4 horas).³⁵

2.2.5.7 Dehiscencia de Episiotomía

Se define como dehiscencia a la apertura espontánea de una episiotomía afrontada con sutura. La incidencia se encuentra entre 0.1% a 2.1%, y dependen de factores predisponentes como infección bacteriana de la piel, fumar, virus de papiloma humano, enfermedades que debiliten la inmunidad con infección por virus de inmunodeficiencia adquirida VIH, hemorragia excesiva o formación de hematomas y estas pueden ser acompañadas o no de infecciones.³⁵

Cuando se presente esta complicación se debe tener en cuenta que por ser una herida abierta se debe cubrir con tratamiento antibiótico frente a microorganismos que infecten el tracto urogenital siendo estos microorganismos anaerobios y aerobios, gram negativos como enterococos, estreptococos del grupo B, estafilococo aureus y gadenella vaginales entre los más frecuentes.³⁵

2.2.5.8 Infección de Herida Operatoria

Aparece en un 2-5% de todas las cesáreas. Son factores predisponentes la cesárea urgente, tiempo quirúrgico prolongado, corioamnionitis, obesidad o malnutrición, anemia o alteraciones de coagulación e inmunosupresión. Se debe a gérmenes de la flora cutánea o contenidos en la cavidad amniótica, procedentes del tracto genital inferior, siendo polimicrobianas en un 63% anaerobias en un 30% y aerobias en un 7%.¹²

La profilaxis se realizara con una dosis de Cefalosporina de primera generación vía intravenosa y/o con clindamicina ya que este último cubre anaerobios y Gram negativos los cuales no son cubiertos por cefalosporinas, y la preparación de la piel con alcohol o clorhexidina. El tratamiento dependerá de la severidad del cuadro infeccioso. En los casos más leves solo con celulitis no complicada, es suficiente con un solo antibiótico. Si hay líquido en a herida requiere drenaje o realizar cultivo del material. Una de las complicaciones poco frecuentes pero más severa es la

fascitis necrotizante, la cual se debe sospechar su diagnóstico ante una rápida ascensión de signos de celulitis en las primeras 24 horas, afectación del estado general del paciente, desarrollo y extensión a tejidos adyacentes o presencia de crepitación, causada por estreptococo pyogenes, clostridium perfringens. Se recomiendan antibióticos empíricos en el inicio del tratamiento con ampicilina-sulbactam hasta tener antibiograma.^{3, 12, 35}

2.2.5.9 Patologías vasculares

El embarazo y el puerperio son factores de riesgo bien establecidos para el Tromboembolismo Venoso (TEV), que ocurre con una prevalencia de 1 en 1600. El TEV puede manifestarse durante el embarazo como Trombosis Venosa Profunda aislada de las extremidades inferiores (TVP) o como una Embolia Pulmonar (EP). EP es la séptima causa de mortalidad materna, responsable del 20 a 30 por ciento de las muertes maternas.³⁷

El embarazo en si mismo es un factor de riesgo para el desarrollo del TEV con una incidencia que es de 4 a 50 veces mayor en comparación con las mujeres no embarazadas. La mayoría de los estudios reportan una distribución equitativa de TEV en los distintos trimestres del embarazo. ³⁷

Los Factores de riesgo en el periodo postparto de TEV es dos a cinco veces más frecuente, el riesgo es mayor en las primeras semanas postparto, luego disminuye a tasas similares a las de la población general. Los factores que aumentan el riesgo de TEV son: parto por cesárea, comorbilidades médicas, índice de masa corporal mayor a 25 kg/m², parto prematuro menor a 36 semanas, hemorragia obstétrica, muerte fetal, edad materna mayor a 35 años, hipertensión arterial crónica, tabaco, preeclampsia o eclampsia.³⁷

2.2.5.10 Enfermedad Tromboembólica Venosa

Constituye una afección grave durante el periodo grávido puerperal, que se presenta favorecida por cambios fisiológicos de esta etapa y deviene un estado trombofílico. Es la principal causa no obstétrica de morbilidad y mortalidad materna, aproximadamente el 12-17% de las muertes maternas en Reino Unido y Estados Unidos.³⁵

Consiste en la formación de un coagulo sanguíneo en el interior de una vena que ocluye parcial o totalmente. Varía de un país a otro, sin embargo esta generalizado el concepto de que la primera causa de muerte materna en naciones subdesarrolladas es la hemorragia, mientras que en Europa y Estados Unidos lo constituye la enfermedad tromboembólica venosa.³⁶

Se considera un proceso multifactorial. El incremento del riesgo trombótico durante el puerperio está condicionado por una serie de modificaciones que tienen lugar durante el embarazo. En su aparición influyen una serie de factores que se conocen clásicamente como triada de Virchow (1856).^{12, 36}

La pared vascular puede ser agredida por inyecciones extravasadas de líquidos hipertónicos, punciones, traumatismos, sepsis u otros factores. Estos eventos activan la cascada de coagulación en el endotelio dañado, con la formación de un trombo que se adhiere fuertemente a la pared, pero otras veces se producen espontáneamente durante la evolución de algunas afecciones sistémicas.³⁶

Durante el embarazo se produce un estado de hipercoagulabilidad con aumento de los factores de la coagulación (factores II, VII, VIII, X), reducción de los anticoagulantes naturales (antitrombina III, factores XI y XII, proteína S) y disminución de la fibrinólisis por disminución de los niveles del activador del plasminógeno. También se produce estasis sanguínea provocada por un aumento de la distensibilidad de las venas y por la compresión del tronco venoso iliaco

izquierdo y de la vena cava inferior por el útero grávido, al mismo tiempo, los estrógenos y la progesterona tienen un efecto deletéreo sobre la pared venosa.^{35 36}

2.2.5.11 Trombosis Venosa superficial

Se caracteriza por una tumefacción y dolor a la palpación sobre el trayecto de la vena, eritema y aumento de la temperatura local a lo largo del recorrido de la vena. Los factores de riesgo asociados son la paridad, cesárea, presencia de varices, edad mayor a 35 años, antecedentes familiares y personales de enfermedad tromboembólica y trombofilia. Tiene diferentes formas clínicas, la más habitual, dolor edema, aumento del diámetro de la extremidad afecta, signo de homans positivo en un tercio de los casos, a veces espasmo arterial con palidez, frialdad y disminución de los pulsos periféricos.^{12, 36}

El tratamiento consiste en reposo en cama con elevación de la extremidad, calor local húmedo en la zona afectada, analgesia, deambulación tan pronto como sea posible, medias elásticas, no es necesaria la heparinización.³⁶

2.2.5.12 Trombosis venosa profunda

Es típico de esta afección que la paciente refiera una intranquilidad inexplicable, considerada por ella como la posible señal de comienzo, sin embargo su intensidad es variable, aumenta con el movimiento y suele llevar a la impotencia funcional. Puede ser espontáneo o provocado por la palpación de los trayectos venosos, parte interna del pie (signo de deneck) hueco poplíteo (signo de tschmark). Es clásico el signo de homans que consiste en la aparición de dolor en la pantorrilla y hueco poplíteo al realizar la dorsiflexión pasiva del pie.^{36 37}

El diagnóstico debe basarse inicialmente en una alta sospecha clínica tras una adecuada anamnesis y una exploración física de las manifestaciones clínicas. Se debe realizar una flebografía convencional un eco-doppler venoso, marcadores sanguíneos reflejando la formación intravascular de fibrina y se detectan en la fase

aguda de la TVP. El tratamiento es frenar la progresión de la TVP, disminuir la incidencia de TEP, Prevenir el síndrome postflebítico, como profilaxis: uso de elásticas, deambulación precoz; reposo con elevación de los miembros inferiores. Anticoagulante: heparina convencional no fraccionada, o heparina de bajo peso molecular administrada por lo menos durante 4-5 días; fibrinolíticos que producen una disolución total o parcial de los trombos y émbolos arteriales y venosos.³⁷

2.3 Intervención educativa en salud

Las intervenciones educativas deben fortalecer alguna necesidad formativa previamente detectada y definida; forman una parte clave de la promoción de la salud.¹¹ Toda intervención educativa es una respuesta a una necesidad formativa previamente detectada y definida¹⁹. La promoción en salud, es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.²⁰ Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de captación de personas y comunidades puede ser un signo para determinar si unan intervención es de promoción de salud o no.^{40 41}

2.3.1 Áreas de Intervención

- **Problemas de salud**
Especialmente procesos crónicos, como diabetes, EPOC, enfermedades cardiovasculares, VIU/SIDA, etc. Pero también procesos agudos o de media duración como lumbalgias o problemas como la dependencia, la violencia o el maltrato.⁴²
- **Estilos de Vida**
Relacionados con alimentación, lactancia, ejercicio físico, sexualidad,

manejo de estrés, sueño/reposo, salud dental.⁴²

- Transiciones vitales
Como el embarazo, la infancia y adolescencia, maternidad o parentalidad, menopausia/madures, envejecimiento.⁴²

2.3.2 Niveles de intervención

Las actividades de educación en salud se aplican en diferentes niveles de acuerdo a la naturaleza del problema¹¹:

- Educación masiva
La educación para la salud no se preocupa solo de los individuos concretos, sino en el ambiente de la promoción para la salud también es necesario poner en práctica diferentes formas de educación para la salud dirigidas hacia grupos, organizaciones y comunidades.⁴³
- Educación grupal
Serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o temas de salud. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad. La educación grupal como método de intervención educativa es importante porque generalmente es más fácil cambiar a los individuos asociados en un grupo. La educación aplicada en los servicios de salud es un tipo de educación formal.^{11 43}
- Educación individual
Serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario en las que se trabajan las capacidades del usuario sobre un tema desde una perspectiva más amplia.^{11 43}

2.3.3 Técnicas educativas

Para desarrollar una intervención en educación en salud se pueden adoptar diferentes técnicas como ⁴⁴

- Técnicas de investigación
 - Lluvia de ideas
 - Philips 6/6
 - Rejilla
 - Cuestionarios y frases incompletas
 - Fotopalabra⁴⁴

- Expositivas
 - Charla-Coloquio
 - Lectura con discusión
 - Video con discusión
 - Lección participada⁴⁴

- Técnicas de análisis
 - Caso
 - Discusión
 - Análisis de texto
 - ejercicio⁴⁴

- Técnicas de desarrollo de habilidades
 - Demostración con entrenamiento
 - Simulación operativa
 - Dramatización⁴⁴

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Establecer la relación entre complicaciones presentadas durante el puerperio con los conocimientos de cuidados postparto adquiridos en pacientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.

3.2 Objetivos específicos:

- Establecer los conocimientos de cuidados postparto en las mujeres en puerperio adquiridos en el control prenatal
- Determinar las principales fuentes de información acerca de conocimientos sobre cuidados post parto
- Indicar las principales complicaciones presentadas durante el puerperio en pacientes que asisten a la clínica de postparto
- Relacionar las complicaciones presentadas con factores determinantes los cuales pueden influir en presentar complicaciones durante el puerperio en pacientes que asisten a la clínica de postparto

IV. MATERIAL Y METODOS

IV.1 Tipo de estudio

Estudio analítico transversal.

IV.2 Población de Estudio

Mujeres en puerperio alejado que asistieron a control en la clínica de postparto de la consulta externa del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, Guatemala durante mayo y agosto de 2018.

IV.3 Selección del tamaño de la muestra

El muestreo se realizó de tipo probabilístico aleatorio simple ya que el subgrupo de la población depende de la probabilidad de ser elegido, y no de las características de la investigación.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para poblaciones infinitas ya que no existe un número establecido de pacientes en puerperio alejado, que asisten a la consulta externa para control (se desconoce).

Fórmula:
$$n = \frac{Z^2 * p * q}{e^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra a estudio.

Z = nivel de confianza establecido para el estudio es del 95% (Z = 1.96).

p = 0.5 (50%) ya que no existen estudios anteriores sobre el tema a investigar en Guatemala.

q = 1 – 0.5 = 0.5.

e = el margen de error aceptado para la investigación será del 5% (0.05) para lograr un intervalo de confianza estrecho con alta confiabilidad.

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2} \rightarrow n = \frac{3.8416 * 0.5 * 0.5}{0.0025} \rightarrow n = \frac{0.9604}{0.0025}$$

$$n = 384.16 \approx 384 \text{ pacientes}$$

Se tomó un 10% de la muestra (38 pacientes) como margen de pérdidas. La muestra total fue: $384 + 38 = 422$ **pacientes**.

IV.4 Unidad de Análisis

Datos obtenidos a partir de la encuesta dirigida a mujeres en puerperio alejado, que acudieron a control, a la clínica de postparto de la consulta externa del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante el periodo comprendido entre mayo y agosto de 2018.

IV.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Mujeres en puerperio alejado que asistieron a control en la clínica de postparto de la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, Guatemala, que aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Mujeres que no hablen español, pacientes con déficit cognitivo o pacientes analfabetas.

IV.6 Cuadro de variables. Variables estudiadas

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Permite segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales	Años cumplidos según el DPI: Niñez 10 a 13 años Adolescencia 14 a 17 a Adultos jóvenes 18-35 a Adultos 36 – 64 años	Cualitativa Ordinal
Estado civil	Condición particular característica de cada persona, dependiendo del tipo de relación o vínculo personal con otra del sexo opuesto o del mismo sexo.	Estado civil según el DPI: Soltera: Casada: Unión de hecho: Divorciada:	Cualitativa Nominal
Paridad	Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20	Dato obtenido de la papeleta Primigesta: primer embarazo Multigesta: más de 1 embarazo	Cuantitativa Nominal dicotómica
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo	Religión que profesa según sus creencias: católica Protestante	Cualitativa nominal

	humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Testigo de Jehová Mormona Otras	
Procedencia geográfica	Origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona	Rural: Si vive actualmente en la capital Urbana: si vive actualmente en el interior del país	Cualitativa Nominal
Etnia	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Indígena No indígena	Cualitativa Nominal dicotómica
Vía del parto	Proceso por el que la mujer o la expulsa el feto y la placenta al final de la gestación.	Vaginal: nacimiento por la vagina Abdominal: si se realizó cesárea	Cualitativa Nominal dicotómica
Comorbilidad asociada crónica	Es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.	Presenta enfermedades previas al embarazo: Sí No	Cualitativa nominal dicotómica
Comorbilidad asociada desarrollada en el embarazo	Es un término utilizado para describir trastornos o enfermedades que ocurren en el periodo de la gestación.	Presento enfermedades durante el embarazo que no tenía previamente:	Cualitativa nominal dicotómica

		Sí No	
Reposo de la paciente.	Es el acto y la consecuencia de reposar.	<p>Absoluto: no realizo actividad física.</p> <p>Relativo: realizo actividad física para cuestiones necesarias como higiene personal, vestimenta.</p> <p>Deambulaci3n: antes de las 24 horas inicio a caminar y no reposo despu3s de la resoluci3n del embarazo</p>	Cualitativa nominal
Dieta de la paciente.	Control o regulaci3n de la cantidad y tipo de alimentos que toma una persona o un animal, generalmente con un fin espec3fico.	<p>Libre: no se limit3 en el tipo de comidas</p> <p>Blanda: comida de tipo blando, sin condimentos, sin grasas</p> <p>L3quida: solo l3quidos consumi3</p> <p>Hipograsa: Comida sin grasas, solo cocida</p>	Cualitativa nominal

		Diabética: Comida baja en grasa y en azúcar	
Higiene de la paciente.	Concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano	Baño diario: realizo baños o duchas diarios Oral: cepillado de dientes diario Rasurado: eliminar vello púbico	Cualitativa nominal
Cuidados de herida operatoria (o episiotomía).	Técnica estéril, por lo que previamente a su realización se deberá realizar lavado de manos. Con el objetivo de disminuir los patógenos que puedan causar infecciones o afecciones de la lesión.	Curaciones: realizo limpieza de la herida Apósitos: coloco compresas o gasas en la herida Tratamiento tópico: durante su curación utilizo alguna crema o ungüento tópico	Cualitativa nominal
Higiene en el hogar de la paciente.	La limpieza de la casa, suma de todas las medidas que procuran prevenir infecciones, y en definitiva cuidar la salud de los integrantes del hogar.	Buena: realiza limpieza en el hogar todos los días Regular: realiza limpieza en promedio dos	Cualitativa nominal

		<p>veces por semana en el hogar</p> <p>Mala: no realiza limpieza en el hogar sin importar las consecuencias</p>	
Cuidado de mamas.	Medidas que se utilizan con el fin de lograr un adecuada higiene para evitar infecciones en las glándulas mamarias	<p>Limpieza: tuvo medidas preventivas en las mamas</p> <p>Extracción de leche: uso dispositivo para extraer leche para el recién nacido</p>	Cualitativa nominal
Interacción con mascotas.	Animal doméstico que convive con los seres humanos	<p>Si durante el puerperio obtuvo interacción con mascotas</p> <p>Si</p> <p>No</p>	Cualitativa nominal dicotómica
Actividad laboral.	La ejecución de tareas que implican un esfuerzo físico o mental, y que tienen como objetivo la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas.	<p>Realizo trabajo durante su puerperio:</p> <p>Sí</p> <p>No</p>	Cualitativa nominal dicotómica
Actividad sexual.	Es una forma de intimidad física. Puede realizarse con el propósito	Tuvo coito durante el tiempo del puerperio	Cualitativa nominal

	de la reproducción biológica, trascendencia espiritual, para expresar afecto o por placer y entretenimiento	Sí No	
Lactancia materna.	Tipo de alimentación que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre.	Dio lactancia materna en esta oportunidad Sí No	Cualitativa nominal
Consumo de medicamentos.	Sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo o para aliviar un dolor físico.	Medicamentos que tomo durante el puerperio Anticonceptivos orales Multivitamínicos Antitrombóticos Diuréticos Antihipertensivos Hipoglucemiantes Otros	Cualitativa nominal
Presentación de complicaciones.	Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento.	Presento alguna complicación de salud durante el puerperio Sí No	Cualitativa nominal dicotómica

Momento del puerperio de la incidencia de complicaciones.	Es el tiempo que transcurre posterior al parto hasta la primera menstruación	Puerperio inmediato: primeras 24 horas Puerperio mediato: de 24 horas a 10 días Puerperio alejado: a partir de los 10 días hasta los 40 das	Cualitativa nominal
Tipo de complicación.	Problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento.	Herida operatoria (o episiotomía) Mamas Sistema cardiovascular Dolor Psicológicas De comorbilidades asociadas	Cualitativa nominal
Tratamiento de la complicación.	Es el conjunto de medios (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos u otros) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) de las enfermedades o síntomas	Ambulatorio: realizo tratamiento sin consulta con personal de salud Intrahospitalario: consulta con personal de salud para tratamiento	Cualitativa nominal dicotómica
Secuelas de la complicación	Consecuencia o resultado, generalmente de carácter	Posee la complicación presentada	Cualitativa nominal dicotómica

	negativo, que sobreviene de un hecho determinado.	durante el puerperio actualmente Sí No	
--	---	--	--

IV.7 Procedimiento para la recolección de datos

Ya que se trata de una investigación de tipo cuantitativa, la técnica que se utilizó para la obtención de la unidad de análisis, fue a través de la encuesta dirigida a mujeres en periodo puerperio alejado, que asistieron a la clínica de postparto de la consulta externa del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, Guatemala; quienes aceptaron participar en el estudio firmando el consentimiento informado considerando como casos los pacientes que habían presentado complicaciones .

El instrumento para la obtención de los datos, fue dado a cada paciente por el investigador posterior a ser atendidas en la clínica de post parto, el cual fue llenado por cada paciente del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.

El instrumento está dividido en tres secciones; el cual procedió a recopilar datos para determinar, si las participantes en periodo puerperio alejado han aplicado los conocimientos adquiridos sobre cuidados postparto y los resultados obtenidos. También se tomó en cuenta el perfil epidemiológico de cada paciente para mayor descripción del estudio.

IV.8 Registro y Análisis de Datos

- Se realizó una base de datos en el programa PSPP, donde se tabularon los datos obtenidos en la encuesta durante el trabajo de campo, en la base de datos correspondiente.
- Luego, se realizó el análisis de regresión de la primera parte de la entrevista que relacionó las variables del estudio, para determinar el perfil

sociodemográfico de la paciente y la aplicación de conocimientos sobre cuidados postpartos adquiridos durante el control prenatal. Se utilizó frecuencias y proporciones para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las cuantitativas.

- Se analizó la variable aplicación de conocimientos adquiridos sobre cuidados postparto durante el control prenatal (resultados obtenidos en el puerperio alejado), donde se determinará la asociación entre variables con chi cuadrado, OR para variables dicotómicas y V de Cramer y coeficiente de contingencia para variables no dicotómicas.
- Se realizó una tabla de 2x2 donde se colocó la complicación y factores que pudieron influir positivamente o negativamente. Se comparó, con la frecuencia de los que presentaron complicaciones con la frecuencia de factores que pueden influir.

IV.9 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación

Para la elaboración de esta investigación se cumplió con los principios éticos generales de respeto por las personas, beneficencia y justicia. Las pacientes tuvieron la libertad de escoger si desean o no formar parte del estudio después de haber sido informadas.

Las pacientes que aceptaron ser parte deben firmar el consentimiento informado, respetando el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento, sin afectar sus futuras evaluaciones o tratamientos. Los datos obtenidos fueron manejados de forma confidencial, los resultados se publicaron de forma general y no se hicieron públicos nombres o cualquier otro dato que pudiera afectar la integridad de las personas.

La investigación consistió en evaluar el conocimiento de cuidados post parto a través de una encuesta, lo que no representa ningún riesgo para la participante, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación fisiológica, psicológica o social.

V. RESULTADOS

La tasa de respuesta fue del 100%, es decir, se cumplimentaron todos los cuestionarios, por lo que no se han registrado pérdidas en los cuestionarios emitidos. Las preguntas cerradas y abiertas se contestaron en todos los casos.

Factores Sociodemográficos

En la Tabla 1, se representan los factores sociodemográficos de las 422 pacientes evaluadas en esta investigación, siendo el grupo etario más frecuente, adultos jóvenes de 18 a 35 años de edad con un 85.8%.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Grupos etarios		
Niñez 10 a 13 años	0	0%
Adolescencia 14 a 17 a	15	3.6%
Adultos jóvenes 18-35 a	362	85.8%
Adultos 36 – 64 años	45	10.6%
Estado Civil		
Soltera	82	19.4%
Unión libre	83	19.7%
Casada	227	53.7%
Viuda	15	3.6%
Divorciada	15	3.6%
Religión		
Católica	256	60.6%
Evangélica	45	10.7%
Sin Religión	121	28.7%
Zona de Residencia		
Rural	105	24.9%
Urbana	317	75.1%
Etnia		
Indígena	15	3.6%
No indígena	407	96.4%

Características Obstétricas

Tabla 2. Características Ginecoobstétricas de las pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Paridad		
Primigesta	150	35.5%
Multigesta	272	64.5%
Tipo de parto actual		
Parto vaginal	210	49.8%
Cesárea	212	50.2%
Comorbilidades Pregestacionales		
Presentes	45	10.7%
Ausentes	377	89.3%
Comorbilidades Gestacionales		
Presentó	90	21.3%
No Presentó	332	78.7%

Cuidados Post Parto

Tabla 3. Cuidados Post Parto que realizaron las pacientes durante el puerperio, que fueron atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Reposo		
Absoluto	135	32.0%
Relativo	227	53.8%
Sin Reposo	60	14.2%
Dieta		
Libre	317	75.1%
Blanda	75	17.7%
Líquida	15	3.6%
Hipograsa	0	0.0%
Sin Azúcar	15	3.6%

Baños diarios		
Sí	362	85.8%
No	60	12.2%
Limpieza oral diaria		
Sí	377	89.3%
No	45	10.7%
Rasurado genital		
Se realizó	271	64.2%
No se realizó	151	35.8%
Actividad Sexual		
Sí	75	17.8%
No	347	82.2%
Lactancia Materna		
Sí	362	85.8%
No	60	12.2%
Limpieza de mamas		
Sí realizó	346	82.0%
No Realizó	76	18.0%
Utilización de extractor de leche		
Sí	120	28.4%
No	302	71.6%

Información de pacientes

<p>Tabla 4. Información de cuidados postparto de las pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.</p>		
Cuidados postparto	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí refiere	326	77.3%
No refiere	96	22.7%
Fuentes de información		
Profesionales de salud	265	62.8%
Familia	61	14.5%
Vecinos	0	0.0%
Comadrona	0	0.0%
No recibió información	96	22.7%

Complicaciones durante el Puerperio

Tabla 5. Complicaciones que presentaron durante el puerperio las pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.		
Presencia de Complicaciones	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	104	24.6%
No	318	75.4%
Tipo de Complicación Presentada		
Mastitis	36	34.6%
Fiebre post parto	30	28.8%
Infección de HOP	12	11.5%
Dehiscencia de HOP	10	9.7%
Problemas vasculares	16	15.4%
Tiempo de la Complicación		
Puerperio inmediato	0	0.0%
Puerperio mediano	75	72.1%
Puerperio tardío	29	27.9%
Consulta por la Complicación		
Sí	44	42.3%
No	60	57.7%
Unidad de consulta		
Hospital	21	47.7%
Centro de Salud	23	52.3%
Presenta Actualmente la Complicación		
Sí	0	0.0%
No	104	100.0%

HOP: Herida Operatoria

Relación entre conocimientos de cuidados post parto y presentación de complicaciones

Tabla 6. Relación entre conocimientos de cuidados postparto y presentación de complicaciones durante el puerperio de pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.					
			Presentó Complicaciones		Total
			Sí	No	
Posee Conocimientos de Cuidados post parto	Sí	Recuento	88	238	326
	No	Recuento	16	80	96

Tabla 7. Estimación de relación y riesgo entre conocimientos de cuidados postparto y presentación de complicaciones durante el puerperio las pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.259	2	0.039
	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para conocimientos Cuidados post parto (Sí / No)	1.849	1.025	3.335
N de casos válidos	422		

Relación entre complicaciones presentadas y fuente de información

Tabla 8. Relación de la fuente de información y presentación de complicaciones durante el puerperio de pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.					
			Presentó Complicaciones		Total
			Sí	No	
Fuente de Información	Profesional de la Salud	Recuento	36	229	265
	Familiares	Recuento	52	9	61
	No Recibió Información	Recuento	16	80	96
Total		Recuento	104	318	422

Tabla 9. Pruebas de relación entre la fuente de información y la incidencia de presentar complicaciones durante el puerperio las pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	141.375	2	0.000
Medidas simétricas			
		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	V de Cramer	0.579	0.000
	Coefficiente de contingencia	0.501	0.000
No. de casos válidos		422	

Complicaciones presentadas durante el puerperio y su relación con medidas de prevención

Mastitis

Tabla 10. Relación entre medidas de prevención y mastitis puerperal de pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.

			Mastitis Puerperal		Total
			Sí	No	
Lactancia materna	Sí	Recuento	36	326	362
	No	Recuento	0	60	60
Cuidado de Mama	Sí	Recuento	25	321	346
	No	Recuento	11	65	76
Uso método de extracción de leche	Sí	Recuento	1	119	120
	No	Recuento	35	267	302
Paridad	Primigesta	Recuento	35	237	272
	Multigesta	Recuento	1	149	60

Tabla 11. Estimación de relación y riesgo entre medidas de prevención y mastitis puerperal de pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.

	n	X ²	Valor p	OR	IC 95%
Lactancia materna	422	6.523	0.011	1.184	1.134 -1.236
Cuidados de la mama	422	4.195	0.041	0.460	0.216 - 0.982
Uso de métodos de extracción de leche	422	12.733	0.000	0.064	0.009 -0.473
Paridad	422	18.445	0.000	1.045	1.006 – 1.335

Fiebre Puerperal

Tabla 12. Relación entre medidas de prevención y fiebre puerperal de pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018					
			Fiebre puerperal		Total
			Sí	No	
Duchas diarias	Sí	Recuento	23	339	362
	No	Recuento	7	53	60
Higiene en hogar	Buena	Recuento	27	335	362
	Regular	Recuento	3	57	60
Actividad sexual	Sí	Recuento	0	75	75
	No	Recuento	30	317	347
Lactancia materna	Sí	Recuento	28	334	362
	No	Recuento	2	58	60

Tabla 13. Estimación de relación y riesgo entre medidas de prevención y fiebre puerperal de pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.					
	n	X ²	Valor p	OR	IC 95%
Duchas diarias	422	2.200	0.138	0.514	0.210 -1.256
Higiene del hogar	422	0.471	0.492	1.531	0.450 - 5.215
Actividad sexual	422	6.980	0.058	0.064	0.009 -0.473
Lactancia materna	422	1.510	0.219	2.431	0.564- 10.483

Infección de Herida Operatoria

Tabla 14. Relación entre medidas de prevención e infección de herida operatoria de pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018

			Infección de HOP		Total
			Sí	No	
Parto	Vaginal	Recuento	5	205	210
	Cesárea	Recuento	5	207	212
Reposo	Absoluto	Recuento	5	130	135
	Relativo	Recuento	5	222	227
	Deambulaci3n temprana	Recuento	0	60	60
Curaci3n de hop	Sí	Recuento	10	171	181
	No	Recuento	0	181	181
Rasurado genital	Sí	Recuento	5	266	271
	No	Recuento	5	146	151
Duchas Diarias	Sí	Recuento	10	352	362
	No	Recuento	0	60	60
Uso de apósitos en HOP	Sí	Recuento	0	61	61
	No	Recuento	10	291	301

HOP: infecci3n de herida operatoria

Tabla 15. Estimaci3n de relaci3n y riesgo entre medidas de prevenci3n e infecci3n de herida operatoria pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.

	n	X ²	Valor p	OR	IC 95%
Parto	422	0.000	0.988	1.010	0.288- 3.540
Reposo	422	2.522	0.283	*	*
Curaci3n de hop	422	10.284	0.101	1.112	0.123 – 15.12
Rasurado genital	422	0.901	0.342	0.549	0.156 - 1.927
Duchas Diarias	422	1.698	0.193	4.433	0.123 – 2.233
Uso de apósitos en HOP	422	2.084	0.149	0.714	0.223- 2.344

* por ser variable polin3micas se midi3 V de Cramer = 0.077

Dehiscencia de Herida Operatoria

Tabla 16. Relación entre medidas de prevención y dehiscencia de herida operatoria de pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018

			Dehiscencia de HOP		Total
			Sí	No	
Parto	Vaginal	Recuento	5	205	210
	Cesárea	Recuento	7	205	212
Reposo	Absoluto	Recuento	5	130	135
	Relativo	Recuento	7	220	227
	Deambulación temprana		0	60	60
Higiene diaria de HOP	Sí	Recuento	11	290	301
	No	Recuento	1	60	61
Actividad sexual	Sí	Recuento	6	69	75
	No	Recuento	6	341	347

HOP: infección de herida operatoria

Tabla 17. Estimación de relación y riesgo entre medidas de prevención dehiscencia de herida operatoria de pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.

	n	X ²	Valor p	OR	IC 95%
Parto	422	0.324	0.569	0.714	0.223 - 2.287
Reposo	422	2.165	0.339	*	*
Higiene diaria de HOP	422	0.643	0.423	2.276	0.288 - 17.962
Actividad sexual	422	8.778	0.003	4.942	1.548 - 15.777

* por ser variable polinómicas se midió V de Cramer = 0.072

Problemas Vasculares

Tabla 18. Relación entre factores determinantes y problemas vasculares durante el puerperio de pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018

			Problemas vasculares		Total
			Si	No	
Paridad	Primigesta	Recuento	0	150	150
	Multigesta	Recuento	16	256	272
Parto	Vaginal	Recuento	11	199	210
	Cesárea	Recuento	5	207	212
Comorbilidades pregestacionales	Sí	Recuento	4	41	45
	No	Recuento	12	365	377
Comorbilidades gestacionales	Sí	Recuento	14	76	90
	No	Recuento	2	330	332
Reposo	Absoluto	Recuento	10	125	135
	Relativo	Recuento	6	221	227
	Deambulaci3n temprana		0	60	60

Tabla 19. Estimaci3n de relaci3n y riesgo entre factores determinantes y problemas vasculares durante el puerperio de pacientes atendidas en clínica de post parto del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.

	n	X ²	Valor p	OR	IC 95%
Paridad	422	9.171	0.002	1.586	1.472 - 1.709
Parto	422	2.398	0.121	2.288	0.781 - 6.704
Comorbilidades pregestacionales	422	3.588	0.058	2.967	0.915 - 9.626
Comorbilidades gestacionales	422	43.402	0.000	30.395	6.766 - 136.552
Reposo	422	8.024	0.018	*	*

* por ser variable polin3micas se midi3 V de cramer = 0.138

VI. DISCUSION Y ANÁLISIS

El presente trabajo de investigación, asumió como objetivo, establecer la relación entre complicaciones presentadas durante el puerperio con los conocimientos de cuidados postparto adquiridos en pacientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018.

Los datos fueron obtenidos, a partir de la encuesta dirigida a mujeres en puerperio alejado, que acudieron a control, a la clínica de postparto de la consulta externa del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante el periodo comprendido entre mayo y agosto de 2018.

Siendo este, un primer análisis de la información de cuidados post parto de las pacientes y su implicación en la morbilidad materna de esta institución, teniendo impacto así, en la disminución de la mortalidad materna en Guatemala, ya que según el Departamento Actuarial y Estadístico del IGSS, en el 2018 se registró 1 millón 309,785 de afiliados. Las patologías durante el puerperio, incluyen una serie de complicaciones que pueden poner en riesgo la vida de la paciente, siendo parte importante de la morbilidad y mortalidad materna.

Los planes de educación, son la base fundamental en la comprensión y cumplimiento de medidas preventivas, para el apoyo y el cuidado durante el puerperio, a fin de disminuir al mínimo posibles complicaciones. Debido a estas razones y gracias a la investigación sobre efectividad de planes de educación y protocolos de acción, se cuenta con protocolos de plan educacional para pacientes embarazadas que pueden ser implementadas de forma rápida y eficiente.^{40 41}

Es evidente, que a pesar de implementar programas de preventivo los cuales son la medida más eficiente, económica y clave en la promoción de salud, se puede evidenciar que todavía existe alta prevalencia de morbilidad durante el puerperio de

causas prevenibles, teniendo consecuencias en el aumento de la tasa de mortalidad materna.

No obstante, el acceso a servicios de salud, calidad del servicio, métodos de aplicación de protocolos, vías de obtención de información y las condiciones propias de la población son variables, por lo que era necesario su investigación en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Referente, a las pacientes en estudio se evidenció que la mayoría eran multigestas, con incidencia de parto vaginal en 49.8% y cesárea en 50.2%, estando 35% más cesáreas de lo que recomienda la OMS, la cual considera la tasa ideal de cesáreas entre el 10 al 15% aumentando así las comorbilidades que llevan los procedimientos quirúrgicos como cualquier cirugía, riesgos que pueden afectar la salud de la mujer y del neonato, como de cualquier embarazo a futuro.⁴⁵

Los datos anteriores, coinciden con la investigación realizada por Lourdes Espinoza, en el hospital Vicente Corral Moscoso Hospital de cuenca, donde se encontró que la cesárea fue el tipo de parto más común en el área rural. Los datos recabados, pueden ser evaluados en estudios representativos y utilizar métodos estadísticos de asociación para conocer la magnitud de morbilidad en relación de cesáreas con resultados materno y fetal.⁴⁶

En relación a los resultados de la investigación, los factores sociodemográficos, de las pacientes con complicaciones durante el puerperio tuvieron predominante; una edad de adulto joven comprendida entre 18 a 35 años, con estado civil casada, provenientes de área urbana, de religión católica con etnia no indígena. Los factores sociodemográficos han sido relacionados con morbilidad materna como edad, bajo grado académico, estatus socioeconómico, áreas rurales ya que esto hace que tengan acceso limitado a servicios de salud por lo que es importante conocer estos factores para poder promover políticas destinadas a los grupos de riesgo.

Las pacientes que referían conocimientos y complicaciones, presenta riesgo de 1.8 veces de complicaciones al poseer conocimiento, donde este, se asocia que la

fuente principal de información fue a través de los familiares con un 50%, lo que nos indica que se deben fortalecer los programas implementados en las instituciones con el fin de promover un adecuado plan educacional, el cual debe ser en beneficio de los pacientes y así disminuir las creencias familiares o información errónea referida de los mismos. Por lo tanto, se evidencia que sí está relacionado, siendo este un factor dañino, donde del total de las pacientes que presentaron complicaciones el 84% tenían conocimiento y solamente 16% que no.

Los datos recabados, referentes a la información que poseían las pacientes sobre cuidados post partos y su fuente de referencia. Se evidencia, que la mayoría refirió poseer información. De ellas, el 63% indican que obtuvieron la información de personal de salud, un 14 % la obtuvo de algún familiar y el 23% refirió no haber tenido información, ni proveniente de vecinos ni comadronas.

La principal complicación, que presentaron las pacientes durante el puerperio fue mastitis puerperal, de la cual se presentó 8% del total de la muestra, la cual se encuentra entre intervalo descrito por Betzold, donde indica por varios estudios, que la incidencia de mastitis oscila entre 2 y 33%, y según el estudio realizado por Sara Godoy de la Universidad de San Carlos en el 2017 donde la incidencia fue del 3%.

47, 48

El factor principal de riesgo para presentar mastitis fue la lactancia materna y ser primigesta, siendo 1.2 veces más probable presentar mastitis al dar lactancia que no dar la lactancia y 1.04 veces más probable de presentar mastitis al ser primigesta y esto se atribuye que el proceso de dar lactancia es un factor de riesgo debido a que se ve favorecido por la retención de leche comparado con las que no dan lactancia materna y que al ser primigestas las pacientes tienden a tener menos información sobre los cuidados de las mamas y tener menos experiencia. Bezares menciona sobre Patología Puerperal, que la mastitis puede dividirse en dos variantes que son: la de tipo epidémica, es aquella adquirida intrahospitalariamente en el puerperio y corresponde al 5% de las mastitis puerperales; y la no epidémica, la más común de las mastitis puerperales, ocurre en los primeros cuatro meses de

la lactancia como se evidencia en este estudio. El 1-2% de las pacientes que presentan un cuadro de mastitis; parece ser más común en primíparas según lo indicado en estudios como el de Bezares, al igual que en nuestro estudio. Esto puede ser influenciado por varios factores como los es una adecuada higiene, uso de extractores de leche el cual como se evidenció en este estudio es un factor protector.¹²

El proceso de mastitis se ve favorecido por la retención de leche, la falta de higiene, un deficiente estado nutricional, y la posible inmunodeficiencia. Se pudo evidenciar como un factor protector, como tener un adecuado cuidado y limpieza de mamas, donde indica que las pacientes que no realizaron dicho cuidado tienen 2.17 veces más riesgo de presentar mastitis puerperal, también se encontró que el uso de extractor de leche presenta un factor protector indicando que las personas que no lo utilizan tienen un riesgo de 15.62 veces más de riesgo de presentar mastitis disminuyendo así la retención de leche, confirmando estos dos factores, como lo descrito en la literatura. ¹²

La segunda complicación más frecuente fue la fiebre puerperal con una incidencia del 7% en la muestra y 28.8% del total de las complicaciones, siendo más elevado que lo mencionado en la literatura de un 1.5 y 4%. La fiebre puerperal es una de las complicaciones durante el puerperio que más ocurre en países en vías de desarrollo. Las infecciones contribuyen en un 15% de las muertes maternas, siendo esta una causa prevenible, siendo la prevención un factor trascendental para evitarlas, descritas por José Pacheco en la revista peruana de ginecología y obstetricia. No se pudo evidenciar relación significativa entre lactancia materna, el nivel de higiene del hogar, las duchas diarias, ni las relaciones sexuales como factores de riesgo.⁴⁹

Durante este estudio no se evaluaron los factores como nutricionales, factores asociados a la atención en salud; trabajo de parto prolongado, número de tactos vaginales, cesárea con profilaxis antibiótica los cuales están descritos en la literatura como, factores desencadenantes de fiebre puerperal. Se recomienda realizar

estudios para evidenciar si estos factores influyeron para la prevalencia de esta comorbilidad durante el puerperio.

La infección y la dehiscencia de herida quirúrgica son temas de relevancia durante el puerperio los cuales son tratados en investigaciones internacionales como nacionales.

De los problemas infecciosos con respecto a infección de herida operatoria posterior a una episiotomía o una cesárea, se evidencia una incidencia de 2.8% en la muestra, 11.5% del total de las complicaciones presentadas. Un total de 12 pacientes por lo que no es un representativo comparado con la muestra para poder valorar factores de riesgo. Debido a que mundialmente según consensos aumentó el índice de cesárea, como también en conjunto con su desarrollo de complicaciones la infección de herida quirúrgica.⁴⁵

La infección de herida quirúrgica después de una cesárea es de 3 a 15% y varía según el uso profiláctico de antibióticos, en Guatemala, según estudios como el de Monroy en el Hospital Roosevelt, en su tesis, donde indica un índice de 0.7% de incidencia de infección de cesárea, indicando baja incidencia, siendo menor a la reportada en nivel internacional.⁵⁰

Se evidenció la misma incidencia de infección de herida operatoria del 2.4% en cesárea y en parto, las pacientes que realizaron rasurado genital presentaron menos incidencia de infecciones 1.8% que las que no realizaron 3.3% pero sin diferencias estadísticamente significativas como lo demuestra en varios estudios como la publicación presentada en la Revista The Best Practis Information del Instituto Johana Brigg, donde analizaron varios estudios y ninguno tuvo diferencias estadísticamente significativas como el de esta investigación.⁵¹

Con lo que respecta, a dehiscencia de herida operatoria, se presentó en el 2.3% de la población, y del total de las pacientes que presentaron complicaciones representa un 9.7%, donde el único factor asociado estadísticamente fue el haber tenido relaciones durante el puerperio con una incidencia de 4.9 veces más de presentar

dehiscencia, no hubo datos que estuvieran estadísticamente relacionados con la dehiscencia, esto puede ser debido a la baja población que demostró la complicación, por lo que se recomienda realizar más estudios del tema y evaluar los factores asociados en la población guatemalteca.

Durante el embarazo se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que van a favorecer y complicar el diagnóstico y manejo de los fenómenos tromboembólicos, los cuales aumentan durante el puerperio. El problema que se presentó como tercer lugar en frecuencia fueron los problemas vasculares con incidencia de 3.79% siendo más elevada que la reportada a nivel mundial de 0.13 a 0.61%, esto claramente constituye una mayor morbilidad para las pacientes de los principales factores de riesgo se asoció la multiparidad con un 15.4%, lo que nos indica un 1.5 veces más de riesgo que ser primigesta para presentar complicaciones vasculares.^{36, 37}

Las pacientes que presentaron comorbilidades gestacionales presentaron riesgo de desarrollar problemas vasculares, de las cuales se pueden mencionar problemas hipertensivos y diabetes como las principales, tal como se describe en la literatura, esto debido a los cambios producidos por el embarazo de hipercoagulabilidad y a la lesión vascular sumada por el problema hipertensivo.^{36, 37}

Las pacientes que presentaron problemas vasculares el 62.5%, realizó reposo absoluto, el cual indica, un alto riesgo para problemas vasculares, esto es debido a que durante el embarazo por el tamaño uterino aumenta la estasis venosa en los miembros inferiores, al no deambular tempranamente y mantenerse en reposo, se reporta que continúa este factor, lo que predispone a que las pacientes presenten más riesgo de problemas trombóticos.³⁷

En consecuencia, lo antes mencionado, favorece la mortalidad materna ya que predispone a mayor riesgo de tromboembolia pulmonar, siendo reportada entre las tres principales causas de muerte materna. La promoción de evitar reposo absoluto, es una medida que se puede implementar con programas de educación a las pacientes, apoyando así la disminución de la mortalidad materna.

Entre las limitaciones que se encontraron en el curso de la investigación, fueron pacientes que no aceptaban responder la encuesta. No obstante, esto no influyó porque no se les tomó en cuenta, se continuó con las pacientes que estuviesen anuentes a responder, y como es muestra al azar, no afectó la investigación. La tasa de respuesta fue del 100%, es decir, se cumplimentaron todos los cuestionarios, por lo que no se han registrado pérdidas en los sondeos emitidos. Las preguntas cerradas y abiertas se contestaron en todos los casos, lo que respalda el proceso de la investigación.

Considerando que los hallazgos otorgan validez al estudio, porque los mismos pueden aplicarse, tanto a la población estudiada, así como a otras poblaciones. Además, se logró alcanzar el cumplimiento de los objetivos propuestos.

6.1 CONCLUSIONES

1. Se establece que existe una relación de presentar mayor incidencia de complicaciones durante el puerperio al poseer conocimientos de cuidados post parto, lo cual se asocia con que la fuente principal de información de las pacientes complicadas fueron los familiares, siendo este un factor dañino.
2. Se establece que la mayoría de pacientes durante el puerperio si indican tener información sobre cuidados postparto 77% del total de las entrevistadas y solamente el 23% no, el cual fue adquirido durante su control prenatal.
3. La principal fuente de información de donde las pacientes obtuvieron información sobre cuidados post parto fue por parto del personal de salud, seguido por familiares.
4. La principal complicación presentada fue mastitis puerperal seguida por fiebre puerperal.
5. Los factores determinantes que tienen significancia estadística y pueden influir en presentar complicaciones durante el puerperio en pacientes son: lactancia materna y ser primigesta como factor determinante para presentar mastitis. La relación entre tener actividad sexual durante el puerperio y dehiscencia de herida operatoria, siendo esto perjudicial. La relación entre paridad y problemas vasculares durante el puerperio, indicando probabilidad de presentar más problemas vasculares durante el puerperio al ser multigesta. La relación entre presentar comorbilidades durante la gestación y problemas vasculares durante el puerperio.

6.2 RECOMENDACIONES

A continuación, se presentan las recomendaciones para evitar complicaciones presentadas, durante el puerperio con los conocimientos de cuidados postparto adquiridos en pacientes del Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Ciudad de Guatemala, durante mayo y agosto de 2018

1. Fomentar programas y protocolos en la institución, desde el control prenatal como en el servicio de postparto para fomentar una adecuada información de cuidados postparto para poder disminuir las complicaciones durante el puerperio.
2. Realizar evaluaciones constantes de la información proporcionada por el personal médico y el cumplimiento de promoción de salud durante el puerperio, para lograr que el personal médico y paramédico sea la principal fuente de información de cuidados post parto. De esta manera, disminuir las creencias familiares o información errónea referida de la familia.
3. Fortalecer los programas implementados en la institución con el fin de promover un adecuado plan educacional, en beneficio de las pacientes para evitar la mastitis y fiebre puerperal. Promoviendo que las pacientes ejecuten factores protectores, como la higiene personal, tener un adecuado cuidado y limpieza de mamas y el uso de extractor de leche, para evitar el riesgo de presentar mastitis puerperal.
4. Tomar en cuenta los factores determinantes, que pueden influir en presentar complicaciones durante el puerperio, que se encontraron como resultado de esta investigación, fomentando medidas de prevención desde el control prenatal para que la principal fuente de información sea por parte del personal médico.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Asprea I, Garcia O, Nigri C. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional prenatal y puerperal. Argentina: Ministerio de salud de Argentina. [en línea]; 2013 [citado 17 de julio 2017]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
2. Aguilera SP, Soothill P. Control Prenatal. Rev.med.clin.condes. [en línea]; 2014 Sep; 25 (6): 880-886 [citado 17 de julio 2017]. Disponible en: http://clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/06-aguilera.pdf
3. Cunningham FG. Obstetricia de Williams. 23 ed. [s.l.]: Editorial McGraw-Hill interamericana; 2011. Vol 1p. 646-661.
4. Nicaragua. Ministerio de Salud pública. Atención del puerperio fisiológico. Protocolo para la atención prenatal, parto recién nacido y puerperio de bajo riesgo. Managua; 2013 Ago.
5. Anderson W. Placental site involution. AM J OBSTET GINECOLO. [en línea]; 1968 septiembre; 102(1). Disponible en: [http://www.ajog.org/article/0002-9378\(68\)90428-6/abstract](http://www.ajog.org/article/0002-9378(68)90428-6/abstract)
6. Schwarcz R. Obstetricia. 6 ed. [s.l.]. Editorial El Ateneo; 2005.Vol1 p.530-45.
7. Aguaron G. Manual de asistencia al parto y puerperio normal. [Seminario en línea]. España: Universidad de Albacete, Facultad de Medicina; 2010 [citado 17 jul 2017]. Disponible en: https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2009-2010/sesion20100428_1.pdf
8. Aller DJ. Obstetricia Moderna. 3 ed. Venezuela. Editorial Mc-Graw Hill; 1997.Vol1 p.305-15.
9. España. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Atención durante el embarazo y puerperio. Guía de Práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Andalucía; [en línea]; 2014. [citado 17 de julio 2017]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf

10. Sesmero JR, Temprano MR, Muñoz P, Cararach V, Martínez J, Pérez Mendañae, J, et al. Mortalidad materna en España. Prog Obstet Ginecol. España. [en línea]; 2002. 45 (12) p. 525-34. [citado 17 de julio 2017]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/257148818_Mortalidad_materna_en_Espana_en_el_periodo_1995-1997_resultados_de_una_encuesta_hospitalaria
11. Vargas I, Villegas del Carpio O, Sanchez A, Holthius K. Educación para la salud. Costa Rica: EDNASSS; 2003. p. 83-135
12. Bezares B, Sanz O, Jiménez I. Patología Puerperal. Scielo. [en línea]; 2009; 32 (1) [citado 2017 junio 18]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia7.pdf>.
13. Latham M. Nutricion Humana en el Mundo en Desarrollo. Nueva York. [en línea]; 2002; 9 [citado 2017 junio 18].. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0b.htm#bm11x>.
14. Lombardía Prieto J, Rodríguez Prieto I, Carreira Gómez MC. La Mama pasó a paso. Madrid. Editorial Ergón; 2002; p.199-212.
15. Organización Panamericana de la Salud. La salud sexual y reproductiva del joven y del adolescente. Washington, D.C:OPS; 2008
16. Mazarrasa Alvear L, Gil Tarragato S. Saud sexual y reproductiva. [en linea] [s.]: Escuela Nacional de Sanidad Instituto de salud carlos III, 2010. [citado 18 de Julio 2020] Disponible en: http://www.redix.udc.es/wp-content/uploads/2020/05/Materiais_13_modulo_12.pdf
17. US Agency for International Development (USAID). El acceso a servicion de planificacion familiar en guatemala. Guatemala:USAID [en línea]; 2002. [citado 18 de Julio 2020] Disponible en: <https://www.usaid.gov/documents/1862/guatemala-diagnostico-del-sector-privado-de-salud>
18. Guatemala. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductivos.Guatemala; 2015
19. Guatemala. Ministeria de Salud Publica y Asistencia Social. Guia Nacional de Planificacion Familiar. Guatemala; 2014 Abr.
20. Ecuador. Ministeria de Salud Publica de Ecuador. Planteamiento de los principales problemas de salud sexual y salud reproductiva. Plan Nacinal de salud sexual y Salud Reproductiva 2017-2021. Ecuador;2017 p.39-47

21. Organización Mundial de la salud. Recomendaciones sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Salud Sexual y Reproductiva. OMS. [s.l.] 2018.
22. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar, un manual mundial para proveedores. Salud Sexual y Reproductiva. OMS. [s.l.] 2018.
23. Organización Mundial de la Salud. Guía de planificación Familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes. Salud Sexual y Reproductiva. OMS. [s.l.] 2018.
24. Shicappacasse V. Metodos Anticonceptivos de Barrera. Instituto chileno de Medicina Reproductiva. [en línea].; 2016 [citado 10 Abr 2018]; Disponible en:
<https://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion/METODOS%20DE%20BARRERA%202016.pdf>.
25. Centro para Control y Prevención de Enfermedades. El modo correcto de usar el condon femenino. [s.l.];2012.(serie de informes tecnicos)
26. Salud Publica de Carolina del Norte. Información acerca de los espermicidas. Informe del Departamento de Salud y Servicios Humanos División de Salud Publica. Carolina del norte; 2008
27. Reproductiveaccess.org, Reproductive Health Acces Project. Información sobre el DIU. [en línea] [s.l.]; 2017 Mar. [citado 10 abril 2018]. Disponible en:
https://www.reproductiveaccess.org/wp-content/uploads/2014/06/IUD_facts_sp.pdf
28. Lastarria J. Dispositivos Intrauterinos. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Santiago; 2016.
29. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Salud Sexual: Anticoncepción Quirúrgica en Varones. Guía para el uso de metodos anticonceptivo. Argentina; 2008.
30. Gomez L. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. Guía de Practica clinica. Argentina: Obra social de empleados de comercio
31. Mexico. Secretaria de salud de mexico. Programa de accion: Salud Reproductiva.Mexico; 2011.

32. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de Métodos anticonceptivos para adolescentes y jóvenes. Guatemala: MSPAS; 2011.
33. Chile. Ministerio de Salud. Guía práctica: Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Chile; 2016.
34. Mainero FE, Miranda A, Aguilar UI, Vargas JM, Portillo IB. Enfermedades de la mama durante el embarazo y lactancia. Rev. mexicana de Mastología. [en línea]; 2007 Dic. 2 (4) p. 12-21. [citado 17 de abril 2018]. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexmastol/ma-2007/ma071_4d.pdf
35. España. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Infección puerperal. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. 2ed, Madrid. Editorial Panamericana. 2003 Vol. 1 p 433-55.
36. Mendez CD, Couto D. Enfermedad tromboembólica venosa en el embarazo y puerperio. Rev MEDISAN [en línea]; 2011;15 (10) p. 1423-44. [citado 17 de abril 2018]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445234012>
37. Ferrer F, Oyarzun E. Trombosis Venosa en el Embarazo. Rev.med.clin.condes. [en línea]; 2017; 25 (6) p. 1004-1018 [citado 17 de abril 2018]. Disponible en: https://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/22-ferrer.pdf
38. Organización Panamericana de la Salud. Manos a la salud, mercadotecnia, Comunicación y Publicidad. Herramientas para la Promoción de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 1998
39. Remon C. La formación en educación para la salud en las profesiones sanitarias. Trabajo Social y Salud. España; 2000 35 p. 205-211.
40. Arroyo V, Cerqueira M. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: Un análisis sectorial. Páginas de Salud Pública. México; 1998. Vol 40 p. 304-6.
41. Perez J, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J. La metodología de la Educación para la Salud. Protocolos de actuación para profesionales de la salud. Gobierno de Navarra, Pamplona; 2006 p. 53- 109
42. Organización Mundial de la Salud. Los hechos probados. Los determinantes sociales de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid: OMS; 2006.
43. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de la acción comunitaria. Promoción de la Salud: una Antología, Washington, D.C.;1996.

44. Vargas I, Villegas O, Sanchez A, Holthuis K. Tecnología educativa para la promoción de la salud: Planificación del componente educativo. Curso Especial de Postgrado en Atención Integral de la Salud para Médicos Generales: Universidad de Costa Rica. 1ed. Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, 2003
45. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasa de cesárea. Ginebra: OMS; 2015.
46. López Montero GK, Naula Espinoza LI. Características de las pacientes con complicaciones en el puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2013 [Tesis Medicina en línea]. Cuenca; 2015 [citado 15 julio 2020]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22408>
47. Betzold CM. Results of microbial testing exploring the etiology of deep breast pain during lactation: a systematic review and meta-analysis of nonrandomized trials. *J Midwifery Womens Health*. 2012;57(4):353-364. [citado 15 julio 2020]. Disponible en: doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00136.x
48. Godoy Cano SR, Martínez Rendon AC, Sermeño Betancourt OE. Prevalencia y etiología de mastitis en mujeres lactantes en dos hospitales de Guatemala: Seminario de investigación [Tesis Químico Biólogo]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas; 2014.
49. Farro A, Pacheco J. Mortalidad Materna: experiencia en el hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins. *Rev Per Ginecol Obstet*. [en línea] 2003; 49 (1) : 18-30 [citado 15 julio 2020]. Disponible en: <file:///D:/Users/Andreas/Downloads/458-1593-1-PB.pdf>
50. Monroy Pérez WM. Caracterización de las pacientes con infección y dehiscencia de herida operatoria obstétrica: departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Roosevelt [Tesis Ginecología y Obstetricia]. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2017.
51. evidenciaencuidados.es. Cuidados de la salud basados en evidencia [En línea]. Madrid; 2003 [citado 15 julio 2020]. Disponible en: <https://www.evidenciaencuidados.es/es/index.php/54-best-practice-information-sheets-bpis>.

VIII. ANEXOS

VIII.1 Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS POSTPARTO ADQUIRIDOS DURANTE EL CONTROL PRENATAL Y SUS RESULTADOS EN EL PUERPERIO ALEJADO

Junio – agosto 2018

La siguiente encuesta consta de una serie de preguntas de opción múltiple agrupadas en tres Secciones. Marcar con un círculo la respuesta que la persona indique.

Primera sección

Datos Socio-demográficos

1. Edad _____ Años
2. Estado Civil
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Unión de echo
 - d. Divorciada
3. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?
4. Que religión profesa
 - a. Católica
 - b. Protestante
 - c. Testigo de jehová
 - d. Mormón

5.Cuál es su procedencia geográfica

- a. Rural
- b. Urbana

6. ¿A qué etnia pertenece?

- a. Indígena
- b. No indígena

7. ¿Qué tipo de parto tuvo?

- a. vaginal
- b. abdominal

8. presento alguna enfermedad **antes** del embarazo?

- a. No
- b. Sí

cuál? _____

9. Presento alguna enfermedad **durante** el embarazo

- a. No
- b. Sí

cuál? _____

Sección Dos

Conocimientos

10. ¿Qué tipo de reposo realizo?

- a. Absoluto
- b. Relativo
- c. Deambulación

11. ¿Realizo alguna dieta?

- a. Libre
- b. Blanda
- c. Liquida
- d. Hipograsa
- e. Diabética

12. ¿Efectuó baños diarios durante el periodo postparto

- a. Sí
- b. No

13. ¿Tuvo limpieza oral?

- a. Sí
- b. No

14. ¿Realizo rasurado genital?

- a. Sí
- b. No

Conteste las preguntas **15 a 18** si le realizaron cesárea o episiotomía:

15. ¿Realizaba curaciones de herida operatoria o episiotomía?

- a. No
- b. Sí

16. ¿Se colocaba apósitos en herida operatoria o episiotomía?

- a. Sí
- b. No

17. ¿Utilizaba tratamientos tópicos en herida operatoria o episiotomía?

- a. No
- b. Sí

18. ¿Realizaba limpieza de herida operatoria o episiotomía?

- a. Sí
- b. No

19. ¿Cómo es la limpieza del hogar?

- a. Buena
- b. Regular
- c. Mala

20. ¿Realizaba limpieza de mamas?

- a. Sí
- b. No

21. ¿Utilizaba métodos de extracción de leche?

- a. Sí
- b. No

22. ¿Convivio con mascotas?

- a. Sí
- b. No

23. ¿Realizo alguna actividad laboral?

- a. Sí
- b. No

24. ¿Tuvo actividad sexual?

- a. no
- b. Sí

¿Cuántas Veces? _____

25. Si contesto **SI** a la pregunta anterior conteste, ¿utilizo protección al realizar actividad sexual?

- a. Sí
- b. No

26. ¿Proporciona lactancia Materna?

- a. Sí
- b. No

27. ¿Consumió algún tipo de medicamentos?

- a. ACO's
- b. Multivitaminas
- c. Antitrombóticos
- d. Diuréticos

- e. Antidepresivos
- f. Hipoglucemiantes
- g. Otros
- h. Ninguno

SECCION 3

28. ¿Conoce o ha oído hablar acerca de los cuidados postparto?

- a. Sí
- b. No

29. ¿Dónde recibió la información sobre los cuidados postparto?

- a. Profesional de salud
- b. Familia
- c. Vecinos
- d. Comadrona
- e. No recibió información

30. ¿Durante el periodo postparto presento alguna de las siguientes complicaciones?

- a. Mastitis
- b. Fiebre postparto
- c. Infección de herida operatoria o episiotomía
- d. Dehiscencia de herida operatoria o episiotomía
- e. Problemas vasculares

31. Si marco alguna respuesta en la pregunta **30** responda: ¿a los cuantos días presento la complicación?

a. _____

32. ¿Consulto a alguna unidad sanitaria para tratar el problema que presento?

a. Sí

b. No

33. Si la respuesta anterior fue **SI**, responda: ¿a qué unidad sanitaria se presentó?

a. _____

34. Presenta algún problema actual respecto al parto

a. No

b. Sí

¿Cuál?

VIII.2 Consentimiento informado:



Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
Escuela de Estudios de Postgrado, Facultad de Ciencias Médicas.
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Conocimientos de cuidados postparto adquiridos durante el control prenatal y sus resultados en el puerperio alejado.

Junio a agosto 2018.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado (a) a participar en la investigación "Conocimientos de cuidados postparto adquiridos durante el control prenatal y sus resultados en el puerperio alejado". Entiendo que se me realizará un cuestionario. He sido informado (a) que no hay riesgos hacia mi persona.

He leído y comprendido la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se ha contestado satisfactoriamente a las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera a mi cuidado (médico).

Firma del participante _____

Fecha _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“Relación entre complicaciones presentadas durante el puerperio con conocimientos de cuidados postparto adquiridos”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.