



Universidad Andina del Cusco

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia



Complicaciones clínicas por traumas obstétricos en púerperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco, 2020.

TESIS PRESENTADA POR:

BCH. KARLA NURIT MORALES TTITO

TÍTULO A OPTAR:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ASESORA:

DRA. GLADIS EDITH ROJAS SALAS

Cusco – Perú

2022



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por la vida que me dio, por la madre tan buena y maravillosa quien siempre supo guiarme, orientarme, e insistir a lo largo de este camino, ser mi apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a mis padres: Doroteo Morales y Benedicta Ttito; por ser los principales promotores de mi sueño, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

Agradezco a mis docentes de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Andina del Cusco, por compartir sus conocimientos a mi persona a lo largo de la preparación de mi profesión, de manera especial, a la Dra. Gladis Edith Rojas Salas por ser mi asesora en mi proyecto de investigación quien me ha guiado con paciencia, rectitud como docente, y al personal de salud que labora en el Centro de Salud de Urubamba por facilitarme la información adecuada para mi investigación.



DEDICATORIA

Mi presente trabajo investigado lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes logre llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo y el privilegio ser su hija, son los mejores padres y a que los amo.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañarme y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A todas las personas que me han apoyado e hicieron que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que me abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.



Introducción

El trabajo de parto es un proceso fisiológico que tiene por objetivo el nacimiento de un recién nacido sano, durante este proceso pueden ocurrir laceraciones en el canal de parto los cuales pueden complicar la recuperación materna y posteriormente traer consecuencias en la madre y durante el periodo de puerperio(entre los 42 días), etapa donde el organismo se recupera de todo los cambios vividos, así como de algunas laceraciones en el canal de parto u otras complicaciones que pudieron ocurrir durante el trabajo de parto.

Las complicaciones ocasionadas por los traumatismos obstétricos en la etapa del puerperio como hemorragias posparto e infecciones puerperales pueden incrementar la morbimortalidad materna debido a que estos intervienen de manera negativa en la recuperación de la madre poniendo en riesgo su vida si no son controladas a tiempo o no son identificadas a tiempo (1).

Cuando hay traumas obstétricos, se evidencia el compromiso de las partes del aparato reproductor femenino, lo cual posteriormente afecta la calidad de vida de las madre (2), algunas de ellas son: la dehiscencia de la herida operatoria, la aparición de granulomas que afectan en la recuperación y calidad de vida de la gestante como la dispareunia o dolor constante en esa zona que les dificulta caminar, sentarse o realizar alguna actividad posterior que implique el uso de los músculos del piso pélvico y otra complicación pueden ser las fistulas anorectales.

El estudio se hizo en base al Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia, en base a 5 capítulos, de los cuales el I capitulo trata el planteamiento y formulación del problema y los objetivos, II capitulo se encuentra el marco teórico con los antecedentes a nivel internacional, nacional y bases teóricas, en el III capítulo



relacionada a la metodología empleada, el IV capítulo se observan los resultados, el V capítulo se da a conocer la discusión y posteriormente las conclusiones y recomendaciones, para terminar con los anexos .



Resumen

Complicaciones clínicas por traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco, 2020, cuyo objetivo es determinar las complicaciones clínicas ocasionadas por traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020, metodología descriptiva, cuantitativa, prospectivo, de diseño no experimental, de corte transversal, donde los resultados fueron; características sociodemográficas: el 76% tiene de 35 años a más, el 36% con educación superior no universitaria, el 58% es conviviente, el 80% es urbana. Las características obstétricas: el 84% es segundigesta, el 71% tiene un índice de masa corporal normal, el 97% tiene gestación a término, el 59% tiene de 6 a más atenciones prenatal., el 32,39% tiene infecciones, el 69,3% ingreso en trabajo de parto fase activa. Las complicaciones clínicas inmediatas: el 93% desgarro vaginal donde el 74% de I°, 17% de II° y 2% de III°; el 70% dolor, el 15% hematoma, el 3% hemorragia. En las complicaciones mediatas son 43% infección localizada, el 15% dehiscencia. En las complicaciones tardías el 27% dolor perineal. El manejo de las complicaciones clínicas para las infecciones localizadas es el uso de medicamento como eritromicina en el 100% de los casos, la vía de administración 71% vía oral y 29% vía intramuscular, el tiempo de tratamiento el 9% es largo de más de 7 días y el 91% es corto de 7 días a menos, y tiempo de hospitalización es 7% de 0 a 3 días y el 24% es de 4 a 7 días. En el manejo de desgarros de I° en el 75% se realiza sutura. En los de II° en el 100% se realiza sutura continua más administración de antibióticos y en III° se realiza una técnica de sutura más la administración de antibióticos. El manejo hematoma se realiza el uso local de frío en 80% y se usa antiinflamatorios en el 20% y manejo expectante en el 19%.

Palabras clave: traumas obstétricos, manejo, puérperas



Abstract

Clinical complications due to obstetric trauma in puerperal women attended at the Urubamba Cusco Health Center, 2020, research whose objective is to determine the clinical complications caused by obstetric trauma in puerperal women attended at the Urubamba Cusco Health Center during the year 2020, with the methodology descriptive, quantitative, prospective, non-experimental design, cross-sectional, where the results were sociodemographic characteristics: 76% are 35 years or older, 36% with non-university higher education, 58% are cohabiting, 80% is urban. Obstetric characteristics 84% second pregnancy, BMI of 71% normal, 97% term gestation, 59% had 6 or more prenatal care. 32.39% presented infections, 69,3% were hospitalized in active phase of labor. Immediate clinical complications: 93% vaginal tear: 74% I °, 17% II ° and 2% III °; 70% presented pain, 15% hematoma, 3% presented hemorrhage. In the mediate complications they are 43% localized infection, 15% dehiscence. In late complications, 27% perineal pain. The management of clinical complications for localized infections is the use of drugs such as erythromycin in 100% of cases, the route of administration 71% orally and 29% intramuscularly, the treatment time 9% is longer than from 7 days and 91% is short from 7 days to less, and hospitalization time is 76% from 0 to 3 days and 24% is from 4 to 7 days. In the management of tears of I °, 77% are sutured and 23% are not sutured. In II ° in 100% continuous suture plus administration of antibiotics is performed and in III ° a suture technique is performed plus administration of antibiotics. Hematoma management is performed with local use of cold in 80% and anti-inflammatories are used in 20% and expectant management in 19%.

Keywords: obstetric trauma, management, puerperal women



ÍNDICE

Agradecimiento

Dedicatoria

Introducción

Resumen

Abstract

Índice

Capítulo I: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	2
1.2.1. Problema general	2
1.2.2. Problemas específicos.....	2
1.3. Justificación.	3
1.3.1. Conveniencia	3
1.3.2. Relevancia social	3
1.3.3. Implicancia practica	3
1.3.4. Valor teórico	3
1.3.5. Utilidad metodológica.....	3
1.4 Objetivos de la investigación.....	4
1.4.1 Objetivo general.....	4



1.4.2. Objetivos específicos	4
1.5. Delimitación del estudio	4
1.5.1. Delimitación espacial	4
1.5.2. Delimitación temporal	4
Capítulo II: Marco Teórico.....	5
2.1. Antecedentes de estudios	5
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	5
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	6
2.1.3. Antecedentes locales.....	8
2.2 Bases teóricas.....	11
2.3. Variables	28
2.3.1. Identificación de variables	28
2.3.2. Operacionalización de variables	28
2.4 Definición de términos.....	33
Capítulo III: Método	35
3.1. Alcance de estudio	35
3.2 Diseño de investigación.....	35
3.3 Población	35
3.4. Muestra	36
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	36



3.6 Validez y confiabilidad de instrumento 36

3.7. Plan de análisis de datos 37

Capítulo IV: Resultados de la investigación..... 38

4.1. Resultados respecto a los objetivos 38

Capítulo V: Discusión

5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos 55

5.2. Limitaciones del estudio 58

5.3. Comparación crítica con la literatura existente..... 68

5.4. Implicancias del estudio..... 60

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN de DATOS

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: Características obstétricas de las púerperas con complicaciones clínicas ocasionadas por traumas obstétricos atendidas en el Centro de Salud de Urubamba 2020.

Gráfico N°2: Patologías durante la gestación de las púerperas con complicaciones clínicas ocasionadas por traumas obstétricos atendidas en el Centro de Salud de Urubamba 2020.



Gráfico N°3: Trabajo de parto en el momento de la hospitalización de las puérperas con complicaciones clínicas ocasionadas traumas obstétricos atendidas en el Centro de Salud de Urubamba 2020.

Gráfico N°4: Distocia fetal en las puérperas con complicaciones clínicas ocasionadas por traumas obstétricos atendidas en el Centro de Salud de Urubamba 2020.

Gráfico N°5: Traumas obstétricos mas frecuentes en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco 2020.

Gráfico N°6: Porcentaje de complicación de los traumas obstétricos más frecuentes identificados en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco 2020

Gráfico N°7: Complicaciones clínicas ocasionadas por episiotomía en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco 2020

Gráfico N°8: Complicaciones clínicas ocasionadas por lesiones vulvares y laceraciones en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco 2020

Gráfico N°9: Complicaciones clínicas ocasionadas por desgarro cervical en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco 2020

Gráfico N°10: Manejo de las infecciones localizadas ocasionadas por traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020.



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Características sociodemográficas de las puérperas con complicaciones clínicas ocasionadas por traumas obstétricos atendidas en el C.S. Urubamba 2020

Tabla N°2: Manejo de los desgarros ocasionados por traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020

Tabla N°3: Manejo de hematoma ocasionado por traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020

Tabla N°4: Manejo de dehiscencias ocasionadas por traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020



Capítulo I

INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

Una de las causas de mortalidad o morbilidad materna son las complicaciones que se dan en el periodo de puerperio, las gestantes durante el parto son predisponentes a padecer algún trauma obstétrico, el progreso científico, nuevas técnicas obstétricas utilizadas en la atención del parto, han contribuido a la disminución, pero a pesar de ello hay casos que se complican en la etapa del puerperio (3).

En investigaciones realizadas por otros países se dio a conocer que en las complicaciones por traumas obstétricos el 70% es por hemorragias por parto que es el más frecuentes, esto se debe al alumbramiento incompleto y hemorragias no uterinas como desgarro vaginal en 42% (4). La OMS dio a conocer que existen alrededor de 529.000 defunciones maternas al año en el mundo, de las cuales 166.000 son por hemorragias obstétricas esto es el resultado de traumas obstétricos en el 99%. (5).

Según otro estudio realizado en el Hospital Antonio Lorena Cusco el año 2018 establece que existe un porcentaje traumas obstétricos maternos en los cuales el 85% fueron desgarros vulvoperineales, en un 9% desgarros cervicales y en un 6% hematomas vulvares, los cuales podrían ocasionar complicaciones como las hemorragias posparto, dehiscencia de sutura, infecciones puerperales. (6)

En Cusco se tiene escasa investigación sobre las complicaciones por traumas obstétricos en la madre sobre todo si se presentan en la etapa de puerperio mediato o tardío. Se ha venido observando que, en el C.S. Urubamba al ser un centro de primer nivel de atención, donde se realiza la atención de partos vaginales, se ha identificado que existen algunas



complicaciones que deberían ser estudiadas y de ese modo poder evitar y/o mejorar la calidad de vida de las pacientes.

.

1.2 Formulación del problema

1.2.1. Problema general

- ¿Cuáles son las complicaciones clínicas ocasionadas por los traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas en puérperas con complicaciones clínicas ocasionadas por los traumas obstétricos que fueron atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020?
- ¿Cuáles son las complicaciones clínicas ocasionadas por los traumas obstétricos más frecuentes en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020?
- ¿Cuál es el manejo de las complicaciones clínicas ocasionadas por los traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020?



1.3 Justificación

1.3.1. Conveniencia: Es importante el análisis de las complicaciones clínicas en la salud de las pacientes, porque permitirá promover la investigación científica relacionado con los problemas que afectan la salud en la mujer sobre todo en el momento de la gestación, parto o puerperio, lo cual permitirá tomar decisiones dentro de la práctica clínica.

1.3.2. Relevancia social: porque aporta datos importantes sobre los casos más frecuentes y así poder intervenir de forma positiva en la gestación y evitar consecuencias negativas que afecten su vida sexual y reproductiva de la mujer.

1.3.3. Implicancia práctica: porque es indispensable que el personal de obstetricia tenga los datos presentes sobre la evolución y manejo de los traumas obstétricos generados en el proceso del parto.

1.3.4. Valor teórico: al conocer los resultados se tendrá una mejor supervisión y el control que es necesario a fin de evitar complicaciones y en caso de ser detectadas estas sea durante su fase inicial para dar de manera precisa el manejo necesario y así contribuir a la reducción de la tasa de morbi-mortalidad materna.

1.3.5. Utilidad metodológica: los resultados darán información necesaria que contribuirán a la realización de otras investigaciones.



1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

- Determinar las complicaciones clínicas ocasionadas por traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas y obstétricas en puérperas con complicaciones clínicas ocasionadas por los traumas obstétricos que fueron atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020.
- Determinar las complicaciones clínicas ocasionadas por los traumas obstétricos más frecuentes en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020.
- Identificar el manejo de las complicaciones clínicas ocasionadas por los traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020.

1.5. Delimitación del estudio

1.5.1. Delimitación espacial

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud de Urubamba ubicado en el distrito de Urubamba, provincia de Urubamba, departamento del Cusco.



1.5.2. Delimitación temporal

Esta investigación se realizó con los datos de las puérperas que fueron atendidas en el Centro de Salud de Urubamba en el periodo de enero a diciembre del año 2020.



Capítulo II

Marco Teórico

2.1 Aspectos de estudio

2.1.1. Antecedentes internacionales

- Moral E., Casteleiro N., Bobillo C., Fonseca A., González A., Cachafeiro S. (2021) en su investigación Trauma perineal en el parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar? tuvo como objetivo determinar la tasa de traumas perineales en parto eutócico y su correlación con el descenso de realización de episiotomías, investigación descriptiva, analítica y retrospectiva. *Tuvo como resultados:* la tasa de episiotomía ha experimentado un descenso progresivo de 16,25% a un 9%, en el inicio el 30.3% presento un periné integro frente a un 29,45%, en cuanto a la presencia de los desgarros de I° en el primer periodo fue de 40.75% frente a un 38%, en II° el primer periodo fue de 28,55% frente a 31,45% y III° y IV° en el primer periodo fue de 1,2% frente a 1,4%. (7)

Comentario: A pesar de haber reducido la realización de episiotomías el trauma perineal persiste ya que hay un ligero aumento de casos de desgarro de II°, III° y IV°.

- Campos J. (2018) en su estudio Trauma obstétrico y traumatismo al nacimiento en primigestas de edad avanzada en el Hospital Mariana de Jesús Guayaquil, Ecuador. Tuvo como objetivo, determinar el trauma obstétrico y



traumatismo al nacimiento en pacientes de edad avanzada, investigación tipo descriptiva, y analítica. Tuvo como resultados: que la edad donde se dieron más complicaciones fue en pacientes de 35 a 37 años (95%), de las cuales 56% tuvo desgarro perineal, 27% desgarro vulvoperineal, 7% desgarro cervical y 5% hematoma vulvovaginal. (8)

Comentario: La edad de riesgo para la presentación de desgarros es en mayores de 35 años en caso de ser primigestas, siendo el desgarro perineal el más frecuente.

- Castro M. (2015) en su investigación Factores de riesgo y complicaciones del trauma obstétrico. Hospital Gineco Obstétrico Enrique Sotomayor. Guayaquil Ecuador, tuvo como objetivo, identificar los factores de riesgo y analizar que complicaciones trae consigo los traumas obstétricos, investigación retrospectiva, descriptiva, analítica, de diseño de tipo no experimental. Tuvo como resultados: las pacientes que presentaron complicaciones del trauma durante el parto fue del 30%, de las cuales el desgarro perineal fue la más frecuente 52%, relacionado al peso del recién nacido de los que el 56% fue entre 2,501 a 3500gr (más frecuente). Dentro de las complicaciones de desgarro perineal son los hematomas que causan dolor intenso y cefalea. (9)

Comentario: Uno de los factores de riesgo para presentar trauma obstétrico en el trabajo de parto es el peso del recién nacido, lo cual ocasiona con mayor frecuencia desgarro perineal y la complicación más frecuente es el hematoma.

2.1.2. Antecedentes nacionales



- Ormeño K. (2019) en su investigación Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica. tuvo como objetivo identificar las complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, una investigación descriptiva, transversal y retrospectiva. *Tuvo como resultados:* que las complicaciones que se presentaron son desgarro vulvoperineal en 16,67%, Desgarro de vaginal en 4,76%, Desgarro Cérvix en 3,17%, esto se dio en adolescentes tardías 93.10%, con controles inadecuados 51% y primigestas 84.82%. (10)

Comentario: Las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia son los desgarros vulvoperineales sobre todo en primigestas que no tienen controles prenatales con regularidad.

- Ruiz J., Jurado T., Meza M. (2019) en su investigación Dehiscencia de las episiorrafias relacionadas a complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en el Hospital San José de Chincha, tuvo como objetivo determinar la relación de las dehiscencias de episiorrafias con complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en el Hospital San José de Chincha, estudio descriptivo, correlacional y retrospectivo. Tuvo como resultados: las pacientes con presencia de dehiscencia son las que presentan anemia 82%, infección del tracto urinario 68%, infecciones vaginales 68% y desgarros de 3er y 4to grado 82%. (11)

Comentario: Para que se presente casos de dehiscencia relacionada con complicaciones obstétricas existen factores de riesgo como lo son la anemia, infecciones del tracto urinario y vaginales, y haber tenido desgarros de 3er y



4to grado, por lo que se recomienda un adecuado control del posparto y cuidado de la gestante.

- Galván J. (2019) en su investigación Complicaciones en el puerperio inmediato en edad reproductiva extrema Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Perú, Tuvo como objetivo, determinar las complicaciones en el puerperio inmediato en edad reproductiva extrema, investigación retrospectiva, descriptiva observacional. *Tuvo como resultados:* en el puerperio las complicaciones que existen se ven influenciadas por varios factores, se identifican aproximadamente 63,8% son infecciones puerperales, de tipo vía urinaria, seguido de hemorragias después del parto 36,1% ocasionadas por atonía uterina en la mayoría de los casos. (13)

Comentario: Para que se presenten complicaciones durante el trabajo de parto uno de los factores de riesgo es la presencia de infecciones urinarias y se sigue sustentando que la atonía uterina es una de las causas más frecuentes de hemorragias posparto.

- Montenegro E. (2018) en su investigación Complicaciones obstétricas durante puerperio mediato, en relación a la nueva clasificación de embarazo a término del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, en el Hospital de Vitarte. Tuvo como objetivo Determinar la asociación entre las complicaciones puerperales y la clasificación de Embarazo a Término del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, estudio analítico, retrospectivo de tipo caso control, Tuvo como resultados que la complicación posparto más frecuente fue 61,19% infección y 30,60% hemorragias después del parto. No hubo una relación entre el embarazo a término y las complicaciones en el puerperio.



Dentro de los factores asociados esta inadecuados e insuficientes controles prenatales, multiparidad, sobrepeso, anemia y complicaciones durante el parto. (11)

Comentario: Las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia son las infecciones y hemorragia posparto, que tienen como factores de riesgo los inadecuados controles prenatales, multiparidad, sobrepeso y anemia.

2.1.3. Antecedentes locales

- Chávez B, Ortiz de Orue Y. (2018) en su investigación Factores de riesgo asociados a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el Hospital Antonio Lorena Cusco, tuvo como objetivo estimar la incidencia e identificar los factores de riesgo gestacionales e intraparto asociados a traumas obstétricos maternos y perinatales, investigación cuantitativo, analítico, correlacional, de diseño no experimental. Tuvo como resultados: existen 118 (85%) desgarros vulvoperineales, 12 (9%) desgarros de cérvix, 9 (6%) hematomas vulvares. En las características sociodemográficas la edad fue en mayores de 35, estado civil conviviente, grado de instrucción secundaria, En los factores de riesgo son multigestas, IMC: desnutrición, sobrepeso y obesidad, patologías en la gestación hemorragias, trastornos hipertensivos e infecciones, trabajo de parto al momento de la hospitalización fue activo/expulsivo (6)

Comentario: Los traumas obstétricos que más se presentan son los desgarros vulvoperineales, la edad de riesgo es en mayores de 35 años que presentaron



patologías durante su gestación como infecciones, un índice de masa corporal de desnutrición, sobrepeso u obesidad.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Puerperio

Identificado como el periodo que continua después del parto, el cual incluye un promedio de 42 días, y en este periodo el cuerpo se adapta de los cambios de que tuvo en el embarazo para volver a su estado normal, esto cambios son anatómicos y fisiológicos. (14)

Deriva del latín “puer” que es niño y “parus” que significa dar a luz. Actualmente se define que es un intervalo de tiempo después del parto en el cual ocurren varios cambios anatómicos y fisiológicos maternos generados por el embarazo regresan a su estado basal antes del embarazo. (15)

Se clasifica en:

- **Puerperio inmediato:** que consta de las primeras 24 horas después del parto, en el cual pueden ocurrir las complicaciones en caso de cesáreas relacionado con la anestesia y en caso de parto vaginal alguna patología propia de este.

En su atención se debe tener en cuenta una vigilancia estricta a la puérpera durante las 2 primeras horas, cada 15 min durante estas primeras dos horas y se debe controlar: los signos vitales, contracciones uterinas y sangrado vaginal. (16)



Se debe verificar el estado de la episiorrafia para descartar la formación de hematomas o edemas.

En este momento la puérpera esta en alojamiento conjunto con su recién nacido si este no presenta complicaciones. (17)

- **Puerperio mediato:** se comienza después de las 24 horas hasta los 7 días día después del parto, que es después del alta de la paciente, por lo que las atenciones que se le brinden se realizara en consulta externa por un profesional competente. En este periodo se debe vigilar:

Importantes cambios en cuanto a la involución, características de los loquios.

Se debe detectar de manera oportuna las complicaciones como hemorragias e infección puerperal, se debe tomar signos vitales y detectar alguna anomalía en cuanto a la frecuencia cardiaca como la taquicardia, fiebre, aumento de la respiración, sub involución uterina, dolor intenso en la palpación uterina o loquios con mal olor.

La actividad de la lactancia materna.

Brindar consejería y educación en cuidados de la salud.

- **Puerperio tardío:** desde el día 7 hasta los 42 días posparto. Considerada también cuarentena, ocurren cambios lentos y sutiles. Para que vuelva a aparecer la menstruación dependerá en parte de la frecuencia del amamantamiento. (18)

Se debe seguir con una atención por consulta externa para reforzar las buenas prácticas de higiene, educación, alimentación, lactancia materna y



seguimiento en caso de estar usando algún método de planificación familiar y en caso de no usarlo se debe reforzar la orientación y consejería en métodos de planificación familiar. (19)

FISIOLOGÍA DEL PUERPERIO

A pesar de tener menos cambios que el embarazo, generar cambios que pueden ser vistos e incluso molestos o preocupantes para la madre.

Estos cambios son:

Involución del aparato reproductor:

Canal vaginal: el tamaño de la vagina y el orificio vaginal disminuyen, pero no vuelven a su estado original de nulípara. El himen queda como colgajos pequeños de tejido cicatrizante que forman las carúnculas mirtifformes. El epitelio vaginal prolifera desde la cuarta a sexta semana y casi al mismo tiempo se restablece la producción de estrógenos. El suelo pélvico queda debilitado por la distensión de los músculos, lo que puede generar a futuro un prolapso. (20)

Vagina: en la tercera semana la vascularización se ha reducido a lo normal y desaparece el edema. El epitelio vaginal vuelve a tener sus rugosidades entre la 4ta a 6ta semana.

Periné: alrededor de la sexta semana el tono muscular se recupera y puede seguir recuperándose, pero este no volverá a su estado original antes de la gestación.

Útero y placenta: durante la gestación el volumen de los vasos aumento para mantener el embarazo, una vez culminado este periodo los vasos uterinos tienen que volver a su calibre normal gradualmente para lo cual



el útero comienza un proceso de contracción de esa manera contribuir al estrechamiento de los vasos y formando un globo de seguridad conocido como globo de seguridad de pinard.

El útero en la gestación pesa alrededor de 1000 gramos, sin tener en cuenta al feto, la placenta y el líquido amniótico. Cuando el puerperio llega a su final llega a pesar entre 50-100 gr, y la mayoría del peso se pierde en las primeras dos semanas.

En la capa del útero el endometrio se regenera de manera rápida, pero el lugar de inserción de la placenta es el que mayor tiempo de regeneración tiene.

La disminución del sangrado es decir la hemostasia del sitio placentario se va a llevar a cabo gracias a la contracción del músculo liso uterino.

El lecho placentario reduce su superficie lo que genera la producción de loquios que varían en color según pasan los días hasta terminar el puerperio.

- Loquios rojos: salida de sangre en volumen que va disminuyendo en los primeros días post parto.
- Loquios serosos: el rojo va cambiando a color café y se hace de aspecto más acuoso.
- Loquios blanquecinos-albos: la salida se hace más clara y a veces amarillenta. generalmente cesa en la 5 o 6 semana.

Se puede generar un sangrado de aspecto rojo entre los días 7-14 post parto lo cual se considera normal ya que este vuelve a cesar.

Pared abdominal: Persiste laxa por varias semanas. La recuperación depende del ejercicio materno.



Ovarios: su funcionamiento normal va estar influenciado por la lactancia materna, la frecuencia y duración debido a la generación de prolactina ya que esta inhibe la ovulación. Para el retorno de la menstruación es alrededor de la 7ma a 9na semana posparto, aunque se puede extender hasta las 12 semanas en algunos casos.

Mamas: al contrario de los demás órganos que involucionan, las mamas incrementan su tamaño. La primera leche es el calostro que es hiperproteico y protege al recién nacido los primeros dos a cuatro días.
(21)

2.2.2. Trauma obstétrico

Son aquellas lesiones que ocurrieron durante el parto, las cuales pudieron haber sido causadas por las fuerzas mecánicas propias del parto, que se dieron de manera rápida o exagerada, causando así hemorragias, edemas o infiltración de líquidos-sangre, esto pudo ocurrir a pesar de haber tenido de un adecuado manejo obstétrico, ya que están asociadas también con el componente materno y fetal.

el parto eutócico tiene una menos incidencia de traumas que generen lesiones en algunos casos el manejo solo requiere observación y control de la evolución. (15)

Los traumas obstétricos en algunas ocasiones pueden tener complicaciones que pueden repercutir en la vida de la madre, generando molestias e interferencia en la realización de sus actividades cotidianas, las complicaciones pueden ser la dispareunia, fistulas anorectales, dehiscencias de la herida operatoria, hematomas vulvovaginales o edemas vulvovaginales

Tipos:

- a. Desgarros vulvoperineales.



- b. Desgarros cervicales.
- c. Hematomas. (16)

a. Desgarros vulvoperineales

Son aquellas lesiones o laceraciones como desgarros perineales, son lesiones en la vagina o vulva, que ocurren durante el parto, y según sus características se clasifican en grados.

Primer grado:

Es en la que se presentan laceración comprometen a la horquilla, piel y vagina, sin dañar a nivel muscular.

- **Segundo grado:**

En este grupo además de las lesiones en la piel y mucosa, también van a comprometer el nivel muscular afectando a músculos como el bulbo cavernoso y transverso superficial.

- **Tercer grado:**

Además de incluir las lesiones del segundo grado, también van a comprometer a nivel del esfínter anal

- **Cuarto grado:**

Este es ya un caso más complejo de desgarro, en el cual incluyen las lesiones que abarcan hasta el tercer grado va a comprometer a la mucosa rectal. (16,17)

b. Desgarros cervicales

Cuando existe un desgarro de cuello uterino este va ser continuo y de diferentes extensiones, y como su nombre lo dice va estar ubicado en el cérvix.



Casi siempre ocurren pequeños desgarros a este nivel en los partos lo cual justifica por qué el OCE no vuelva a la forma circular que tienen las mujeres que no dieron parto.

Lo primero que se va ver es la presencia de hemorragia a nivel vaginal que no está relacionado con lesiones en de la pared vaginal ni genitales externos.

La intensidad del sangrado fluctúa de acuerdo a al tamaño o extensión del desgarro y del calibre de los vasos dañados.

Pueden ser de tipo:

- único, bilateral o radiado. (18)

c. Hematomas

Son hemorragias que se presentan en el interior de la vulva (el área de los labios menores-mayores), que pueden alcanzar hasta longitudes de 10 a 15 cm., las personas que lo padecen refieren dolor en la zona afectada y se puede evidenciar tumefacción y hemorragia. (22) generalmente son sensibles al tacto o movimiento causando sensación de dolor.

2.2.3. Complicaciones clínicas:

Se refiere a la evolución desfavorable de una patología o de un procedimiento médico en relación a una afección existente anteriormente, o que se da de manera espontánea en relación causa efecto más o menos directo con el diagnóstico o manejo dado. En este caso va estar relacionada con los sucesos que ocurren en el trabajo de parto y son identificadas y manejadas en el periodo de puerperio.

A. Complicaciones clínicas obstétricas:



Es la aparición de complicaciones generadas en el transcurso del trabajo de parto en las cuales las más frecuentes son: hemorragias, desgarros, hematoma, edema, infección y dehiscencia.

a.1. Complicaciones inmediatas

Dentro de las cuales encontramos a:

- **Desgarros y prolongaciones**

Se va definir como prolongación al incremento de la abertura tanto en su vértice como profundidad en una incisión que va continuar la dirección dada por la línea del corte inicial; lo cual la hace diferente a los desgarros en las cuales no se identifica un borde definido ni un vértice marcado, ocurren sin la realizan de un incisión, es dado la ruptura espontanea del tejido sometido a su máximo estiramiento, en este se tienen en cuenta las características histológicas de la piel como elasticidad, tono y apariencia.

- **Hemorragias.**

Es la pérdida de sangre continua en una cantidad mayor a 500cc en parto eutócico y 1000cc en cesárea. En una hemorragia se debe tenerse en cuenta el manejo rápido y oportuno que puede incluir el pinzamiento de los vasos sanguíneos con el uso de una pinza curva- Kelly cuando hay retraso en la salida de la cabeza, la identificación y restauración inmediata del vaso antes de la salida de la placenta.

- **Hematomas**

Afecta con frecuencias a las paredes medio laterales de la vagina y labio mayores. Su manifestación es temprana y se asocia a la sintomatología de dolor intenso en el perime y se identifica como un cuerpo extraño de crecimiento rápido, si se



identifica un hematoma y este está relacionado con una episiotomía debe ser drenado de inmediato.

Dolor

Si este no está en relación con la presencia de un hematoma, con frecuencia tiene una intensidad de leve a moderada. Esta puede ceder con la administración de analgésicos de efecto suave y a baños de asientos realizados con soluciones astringentes (a base de glicerina) de preferencia frías. (22) (23)

a.2. Complicaciones mediatas

- **Infección**

Se manifiesta entre las 48 a 72 horas después de una afección, se puede generar por la contaminación de algún microorganismo patógeno que ingrese a una solución de continuidad o lesión.

- **Dehiscencia**

Separación de las estructuras anteriormente unidas por sutura. Mayormente relacionada a una herida infectada.

- **Granulomas**

Se va identificar mayormente en el extremo de la vaginal. Se recomienda la extirpación y su base debe cauterizar con ácido tricloroacético o con el uso del electrocauterio.

a.3. Complicaciones tardías

- **tenemos a la dispareunia y al dolor perineal con o sin actividad sexual.**



Una infección o una inadecuada cicatrización pueden dar como consecuencia que ocurra dolor al coito y a una mala calidad de vida para la mujer.

- **Procesos adherenciales pélvicos.**

También conocido como bridas, aparecen como bandas que se forman en la pelvis, conformadas de tejido fibroso, lo cuales forman adherencias entre el aparato reproductor femenino y otro tejido u órgano adyacente.

- **Endometriosis sobre cicatriz de episiotomía.**

Se genera como una lesión de tipo nodular de aspecto rojo-violáceo o color piel que se acompaña de dolor cíclico en la zona de la cicatriz, en relación con la menstruación.

- **Quistes de glándula de Bartholino dada por el corte del conducto excretor.**

Se define como quiste de las glándulas de Bartholino a la aparición de pequeñas bolsas llenas de moco o secreción mucosa, que se presentan cuando estas glándulas que se encuentran situadas junto a la abertura vaginal se obstruyen o lesionan a nivel de su conducto excretor.

- **Fistulas recto vaginal**

Se dan como consecuencia de una episiotomía mediana prolongada hasta la luz del recto o un desgarramiento de 4 grado en la cual hubo una reparación inadecuada, en un inicio es inadvertida y se asocia a infección. (22) (24)

B. Diagnóstico de infección

Se encontrarán las siguientes sintomatologías relacionadas a la episiotomía:



- dolor en lugar de la episiotomía
- presencia de líquido purulento
- presencia de edema
- presencia de temperatura alta.

Se va diagnosticar una infección cuando va ver de dolor, alza térmica en la puérpera, ante este hallazgo se debe hacer un examen físico para descarte de infección en la zona de la episiotomía.

El diagnóstico que fue identificado debe estar plasmado en la historia clínica de la paciente y debe contener los datos anteriores al suceso, el parto, y los hallazgos encontrados en la exploración física.

En partos donde ocurrieron traumas obstétricos se debe llevar a cabo revisiones de forma minuciosa de la vía de parto teniendo en cuenta una exploración hasta la zona del recto.

b.1. Diagnóstico de desgarro:

Se realiza por reconocimiento directo del canal del parto. Debe considerarse la posibilidad de desgarro en caso de haber tenido o asistido un parto dificultoso, haber hecho uso de instrumentos, o haber la ejecutado una episiotomía media, o cuando terminado el parto se identifica perdida sanguínea de manera continua de aspecto fresco y rutilante, aunque sea vea en cantidad escasa.

Para un adecuado diagnóstico y tratamiento se usa una clasificación estandarizada de desgarros de Sultán.

Cuando una paciente ha tenido desgarro perineal después del parto se recomienda dar antibióticos de largo alcance o amplia cobertura ya que está expuesta al riesgo de



una posible infección, también se debe contemplar el uso de metronidazol por la cercanía con el ano, que está contaminada por material fecal

b.2 Diagnóstico de hematoma

Se va identificar en las pacientes con signos perseverantes de pérdida de volumen, aunque se haya realizado de la restitución con fluidos, o con presencia hematomas en aumento en las cuales se requiera el corte del hematoma y para la salida del coagulo, el sector expuesto debe ser irrigado y se debe reparar los vasos sanguíneos dañados mediante la correcta ligadura de estos.

Se preverá de la presencia de un hematoma cuando la paciente manifieste: dolor, tumefacción vulvar o edema e induración, tenesmo.

Cuando existen casos graves se identificará el compromiso de los signos vitales por el sangrado.

b.3. Diagnóstico de dehiscencia

La dehiscencia se explica como la abertura espontanea de una lesión o herida quirúrgica. Cuando se identifique una herida expuesta que anteriormente fue suturada.

C. Manejo o tratamiento de las complicaciones

C.1. manejo de infecciones:

Los microorganismos identificados en el tracto genitourinario pueden ocasionar alguna morbilidad posparto y pueden estos generar: alza térmica, infección en el endometrio, infección en la episiotomía con o sin presencia de desgarro. Esto se produce porque la flora en el tracto genitourinario es aerobia mixta y anaerobia con una prevalencia de bacterias gran negativas como los enterococos, los estreptococos



del grupo B, los estafilococos, los bacilos gramnegativos y los anaerobios, Gardnerella vaginales, staphylococcus aureus y bacterias anaerobias del cuello uterino.

Dentro de los fármacos que tienen una mejor respuesta están:

- Eritromicina
- cefuroxima -Cefalosporinas de 2da generación
- Cefalosporinas de 3era generación
- Clindamicina
- Metronidazol para casos de contaminación con heces.

Son de primera elección los medicamentos como cefalosporinas de 1era y 3era generación porque cubren una amplia variedad de bacterias y por su bajo riesgo de desencadenante alérgico.

Si la paciente presente alergia a las cefalosporinas de deberá usar la clindamicina o eritromicina.

Si hay desgarró perineal en la paciente después del parto se sugiere usar antibióticos que cubran gran variedad de microorganismos, ya que está expuesta a la adquisición de infección, se debe tener en cuenta también la administración de metronidazol para evitar una infección por contacto con bacterias anaerobias de las heces. Si se identifica un absceso este debe ser tratado.

C.2. Manejo de desgarró.

Una vez identificado el desgarró, se debe proceder a la reparación con el uso de puntos simples o sutura continua. El desgarró de 1er grado sin presencia de sangrado



y con bordes afrontados en la mayoría de los casos no necesita sutura, a diferencia de los de II a IV grado que si se requiere una reparación mediante la sutura.

Se recomienda el uso de sutura simples cuando hay desgarros de II grado, a diferencia con las suturas continuas para el cierre del periné, siendo estas últimas las que se vinculan con aumento de dolor hasta los diez días después del parto.

Para la reparación de desgarros con lesiones de esfínter anal externo, hay 2 técnicas quirúrgicas usadas para su reparación.

- termino-terminal(aproximación)
- reparación con superposición.

El método de reparación de los desgarros que llegan hasta el esfínter anal está sugerido con el objetivo de disminuir a largo plazo la incontinencia rectal y fecal.

Los desgarros de IV grado tiene el riesgo de contaminarse por la presencia de bacterias que hay en el recto, lo que incrementa que ocurra una infección en la herida, por lo cual se sugiere el empleo de metronidazol.

El material que se puede usar en las suturas donde hay daño de musculo es la polidioxanone o sutura de poliglactina y debe ser mejor el uso de dos o tres ceros.

La administración de laxantes post-operatorio se recomienda con la finalidad de evitar la dehiscencia de la herida, por posible daño frente a deposiciones sólidas.

C.3. Manejo de hematomas

En presencia de hematomas simples, existe la posibilidad de manejarla de forma expectante y con uso de administración de antiinflamatorios.



En una meta-análisis de la ECA sobre la utilidad del uso local de una compresa fría como el hielo, se identificó que existe una mejoría en el dolor durante las 24 a 72 horas posparto.

El uso de una compresa fría o del frío local es recomendado para el controlar el dolor en pacientes que tuvieron trauma perineal posparto.

C.4. Manejo de dehiscencia

Si existen abscesos o dehiscencias de la herida se debe:

Como primer paso abrir la herida y para lo cual se debe retirar los pocos puntos de sutura existentes.

- se debe descartar la presencia de fascitis.
- se realiza desbridamiento de la herida.
- se debe tener limpieza de la herida, con una frecuencia de mínimo dos veces al día.
- se debe dar la administración de algún fármaco antiinflamatorio.

Una vez que la herida ya este sana sin presencia de infección o algún signo de este se procederá con la sutura.

Se debe tener un adecuado control de la revisión de la dehiscencia, para identificación y descarte que pueda haber de infección por la cercanía a la zona anal.

Si existe la presencia de abscesos se recomienda hacer un cultivo de la herida.



En la administración de medicamentos se debe tener en cuenta el uso profiláctico de antiinflamatorios para reducir la aparición de una infección en la herida, por razones ya mencionadas. (24) (25)

	Elección	Alergia a la penicilina
Tercer grado	Cefalosporina de 2 ^a o 3 ^a gen iv o im (dosis única)	Gentamicina* 240mg iv + metronidazol 500mg iv (dosis única)
Cuarto grado	Cefuroxima 250mg/12h + metronidazol 500mg/8h (durante 10 días)	Gentamicina* 240mg/24h iv + metronidazol 500mg/8h (durante 10 días)
* (adaptar a 3-5 mg/kg en caso de IMC extremos) Fuente: (López, 2010)		

D) criterios de referencia

En caso de desgarros de III Y IV grado tengan episiotomías complicadas se recomienda la referencia de la paciente a un centro de mayor complejidad y especializado en ginecoobstetricia, antes realizando un taponamiento con gaza del sangrado y hemostasia del mismo.

2.2.4. Características obstétricas

a) Edad

Hace referencia al tiempo en años cumplidos de la gestante en el momento de consulta o atención médica, las edades extremas se consideran aquellas menores de 19 años y las mayores de 35 años, se considera edad adecuada a las que tienen entre 19 y 34 años.

b) Índice de masa corporal



Es la clasificación del peso corporal mediante el cálculo de índice de masa corporal (IMC), el cual se halla mediante el empleo de una fórmula matemática.

($IMC = \text{peso en kg} / \text{estatura en m}^2$) y se clasifica en según el resultado en:

Desnutrición - menores de 18.5

Normal - entre 18.5 a 24.9

Sobrepeso- entre a 25-29.9

Obesidad- mayores de 30.

c) Atención prenatal

En un sucesivo servicio de atención de la salud reproductiva donde se realizan importantes actividades de atención, como la educación en salud, el diagnóstico, y la prevención de patologías. Se corrobora que si se lleva a cabo en un tiempo adecuado la atención prenatal puede salvar vidas, ya que se detectan anomalías oportunamente y se toman medidas con antelación.

d) Edad gestacional

Es un término usado para hacer referencia al tiempo de gestación y tener idea del nivel de madurez fetal, este es en semanas que se cuentan desde el inicio del último ciclo menstrual hasta la fecha en la que acudió a consulta.

e) Vía del término de la gestación

Hace referencia a la forma en cómo se terminó la gestación, la cual puede ser tipo vaginal o cesárea ocasionada por alguna distocia durante el trabajo de parto.

f) Distocia fetal



Este término hace referencia a la desproporción del feto y el canal de parto, o a una inadecuada presentación del feto al canal de parto. Este será identificado mediante ecografía o durante el proceso del parto.

2.3. Variables

2.3.1. Identificación de variables

Variable dependiente: Complicaciones clínicas de los traumas obstétricos

Variable independiente: puérpera

2.3.2. Operacionalización de variables



Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Expresión final	Escala	Instrumento
Características sociodemográficas.	Es el conjunto de rasgos distintivos biológicos y socioeconómicos que presenta una población de estudio	Es el conjunto de características distintivas que están presentes en las púerperas.	Edad	Menor de 19 años	Adolescente	Intervalo	Ficha de recolección de datos
				19 a 34 años	adulto		
				35 a más años	mayor		
			Grado de instrucción	Sin educación	Analfabeta	Ordinal	
				Educación básica	Primaria		
					Secundaria		
				Educación avanzada	Superior universitaria Superior no universitario		
			Estado civil	Casada	Casada	Nominal	
				Conviviente	Conviviente		
				Soltera	Soltera		
				Viuda	Viuda		
			Procedencia	Divorciada	Divorciada	Nominal	
				Urbano	Urbano		
				Rural	Rural		



Variable	Definición Teórica	Definición Operacional	Dimensión	Indicador	Expresión Final	Escala	Instrumento
Características obstétricas de las púerperas	Es el conjunto de rasgos distintivos presentes en la población estudiada.	Es el conjunto de características distintivas que presentaron durante el periodo de puerperio .	Gestaciones	Primera gestación	Primigesta	Ordinal	Ficha de recolección de datos
				Segunda gestación	Segundigesta		
				Más de dos gestaciones	Multigesta		
			Índice de masa corporal	De 18.5 - 24.99	Normal	Ordinal	
				Menor de 18.5	Desnutrición		
				Mayor o igual a 25	Sobrepeso		
				Mayor a 30	Obesidad		
			Tiempo de gestación	<37 sem.	Pre termino	Intervalo	
				37 a 40 sem	A termino		
				Mayor a 40 sem	Post termino		
			Atención prenatal	0-5 APN	No controlada	Ordinal	
				>o igual a 6 APN	Controlada		
			Patologías en la gestación	Sangrado excesivo	Hemorragias	Nominal	
				HTA	Trastornos hipertensivos		
				Infecciones	Infecciones		
				Sin patologías	Sin patologías		
			Trabajo de parto a la hospitalización	Sin trabajo de parto	Sin trabajo de parto	Nominal	
				fase latente	fase latente		
				fase activa	fase activa		
				expulsivo	expulsivo		
Distocia fetal	Si	Si	Nominal				
	No	No					



Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Índice	Expresión final	Escala	Instrumento			
Complicaciones clínicas de los traumas obstétricos	Agravación de los traumas obstétricos ocurridos durante el trabajo de parto que fueron identificados en la etapa puerperal	Agravación de los traumas obstétricos que se ocasionaron en el parto en las púerperas.	Traumas obstétricos maternos	Episiotomía		-----	Presencia/ausencia.	Ordinal	Ficha de recolección de datos		
				Lesiones vulvar, laceraciones		-----	Presencia/ausencia.	Nominal			
				Desgarro cervical		-----	Presencia/ausencia.	Nominal			
			Complicaciones.	episiotomías	Inmediata	Hemorragia Hematoma Dolor		Si No		I, II, III, IV grado	Nominal
						Desgarro					
						Infección					
				tardía	Mediata	dehiscencia		Si No			
						Dolor perineal Procesos adherenciales Quistes de la glándula de Bartholino Fistulas recto vaginales.		Si No			
						Inmediata		Hemorragia Hematoma Dolor		Si No	
				Lesiones vulvares	Mediata	Desgarro		I, II, III, IV grado			
						Dehiscencia		Si No			
						Infección		Localizada Generalizada			
			Desgarro cervical	Tardía	Dolor perineal Procesos adherenciales Quistes de la glándula de Bartholino Fistulas recto vaginales.		Si No				
					Inmediata		Hemorragia Hematoma Dolor	Si No			
					Mediata		Dehiscencia Infecciones				



			Manejo	De infecciones	Eritromicina	Si No	nominal	
					Cefalosporinas			
					Clindamicina			
					Metronidazol			
					Período de tratamiento	Corto (7 días) Largo (>7 días)		
					Período de hospitalización	0-3 días 3-7 días		Ordinal
				vías de administración	Vía oral/ endovenosa Vía intramuscular	Nominal		
				De desgarros	Sin sutura	I °	Si No	Nominal
					Sutura continúa más antibióticos	II °		
					técnica de sutura más antibióticos Uso de laxantes	III ° y IV °		
				De Hematoma	Manejo expectante	Si No	Nominal	
					Antiinflamatorio			
					Uso local de frio			
				De Dehiscencia	Limpieza	Si No		
					Desbridamiento			
					Antibioticoterapia			
Reparación- sutura.								



2.4. Definición de términos

Trauma obstétrico: son lesiones ocasionadas por fuerzas mecánicas ejercidas durante el momento del parto. Estos daños en ocasiones no pueden ser prevenidas en su totalidad a pesar de haber realizado un parto adecuado.

Distocia: es cuando el parto no se va generar con normalidad ya que existen factores que lo alteran como alteraciones en la secuencia normal de la dilatación, cuando el feto es más grande y no pasa por el estrecho pélvico DCP. Cuando sucede esto es normal que se produzca sufrimiento fetal, que va determinar la culminación de la gestación de manera urgente.

Primigesta: se denomina así cuando es la primera vez que se acontece la gestación.

Multigesta: es cuando ya ha ocurrido la gestación más de dos veces.

Trabajo de parto: se va definir de manera tacita cuando hay presencia de más de 2 contracción en 10 min, con duración larga, acompañada de cambios en el cérvix como borramiento mayor o igual a 50% y una dilatación mayor a 1 cm.

Sutura: procedimiento que se usa con la finalidad de contribuir a la cicatrización de una herida por medio de la reparación y afrontamiento de los bordes para unirlos y mantenerlos así.

Dehiscencia: separación espontánea de una parte anteriormente suturada durante una intervención quirúrgica.

Clínica: hace referencia a la actividad de prevenir, diagnosticar y brindar tratamiento a las dolencias, las enfermedades y los trastornos en la persona.



Complicaciones clínicas: hace referencia a cuando hay un sobre agregación patológica que desfavorece la recuperación, puede ser de una enfermedad o pasos realizados en el manejo de una patología, se va dar de manera espontánea y va estar relacionada con el manejo aplicado.

Manejo: hace referencia al conjunto de pasos o medios que se usan para el tratamiento de una patología como puede ser el empleo de medicamentos o pasos secuenciales realizados manualmente.



Capítulo III

Método

3.1. Alcance de estudio

Estudio descriptivo, de enfoque tipo cuantitativo, con medición numérica y análisis estadístico descriptivo para establecer las complicaciones.

3.2. Diseño de investigación

Es de tipo no experimental, transversal porque los datos se obtuvieron en una sola toma. Los hechos fueron estudiados de las historias clínicas de pacientes que tuvieron parto anterior (año 2020) por lo que son retrospectivos.

3.3. Población

3.3.1. Descripción de la población

Está conformada por puérperas que tuvieron la atención del parto en el Centro de salud de Urubamba entre el 1ero de enero al 31 de diciembre del 2020 que presentan traumas obstétricos maternos.

Según el informe del Centro de Salud de Urubamba se tiene un total de 866 partos vaginales atendidos en el año 2020, de ellos, 176 son los casos que presentaron traumas obstétricos en las puérperas.



3.4. Muestra

Se trabajó con las 176 historias clínicas de pacientes puérperas que presentaron traumas obstétricos, las cuales cumplieron con los criterios de selección:

- Historias clínicas de pacientes puérperas con complicaciones clínicas por traumas obstétricos atendidas en el centro de salud
- Historias clínicas que estén con los datos completos
- Historias clínicas procedentes de pacientes con parto vaginal.

3.5. Tipo de muestra

El tipo de muestra fue de tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia.

3.6. Técnica e instrumentos de recolección de datos

Se usó como técnica la observación indirecta haciendo uso de la revisión de las historias clínicas, previamente seleccionadas; y como instrumento una ficha para recolectar datos la cual fue elaborada, y esta se validada por medio del juicio de 5 expertos obteniendo así un instrumento adecuado para su aplicación.

3.7. Validez y confiabilidad de instrumento

Para la investigación se utilizó como instrumento el cuestionario de preguntas cerradas, el cual fue elaborado por la tesista y validado por el juicio de 5 expertos, entre los cuales se encontraban ginecólogos y obstetras de grado de magíster.

La encuesta estuvo formada por 24 preguntas de respuesta múltiple fáciles de diferenciar de acuerdo a las dimensiones e indicadores elaborados en la Operacionalización de variables. Cada pregunta constaba de una opción para marcar



El instrumento fue validado por el juicio de expertos a los cuales se le proporciono los objetivos, el instrumento y la hoja de validación que estuvo conformada por 10 ítems, cada ítem fue calificado por una escala de medición con puntajes del 1 al 5, siendo el puntaje máximo 5 puntos. Cada experto dio su valoración y aporte para mejorar el instrumento, y concluyeron que el instrumento era adecuado en gran medida para su aplicación. La confiabilidad del instrumento se realizó mediante la escala de valoración del alfa de Cronbach que dio un resultado de 0, 71 que indica que el instrumento es aceptable. Una vez aprobado el instrumento se procedió a su aplicación, el cual se usó para recolectar los datos sobre las características sociodemográficas, traumas obstétricos, complicaciones y manejo de las historias clínicas de púerperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba, que fueron incluidos en la presente investigación.

3.8. . Plan de análisis de datos

Los datos hallados serán transcritos en la ficha de recolección de datos por la tesista, se generó una base de datos con el uso del programa estadístico SPSS Versión 25 y, los datos fueron trasladados al programa Epiinfo versión 7.2, y los resultados serán presentados mediante gráficos.



Capítulo IV

Resultados de la investigación



5.1. Resultado respecto a los objetivos específicos

I. Característica Sociodemográfica.

Tabla 1

Características sociodemográficas de las púerperas con complicaciones clínicas ocasionadas por traumas obstétricos atendidas en el C.S. Urubamba 2020

Características sociodemográficas		porcentaje
edad	De 19 a 34 años	24%
	De 35 años a más.	76%
procedencia	Rural	20%
	Urbano	80%
Grado de instrucción	primaria	10%
	secundaria	32%
	Superior no universitaria	36%
	Superior universitaria	22%
Estado civil	soltera	13%
	Conviviente	58%
	casada	29%

Fuente: historias clínicas

En las características sociodemográficas de la población de estudio, se evidencia que el 76% tiene de 35 años a más y el 24% entre 19 a 34 años, el 36% tiene educación superior no universitaria, seguido del 32% con educación secundaria, en relación al estado civil el 58%



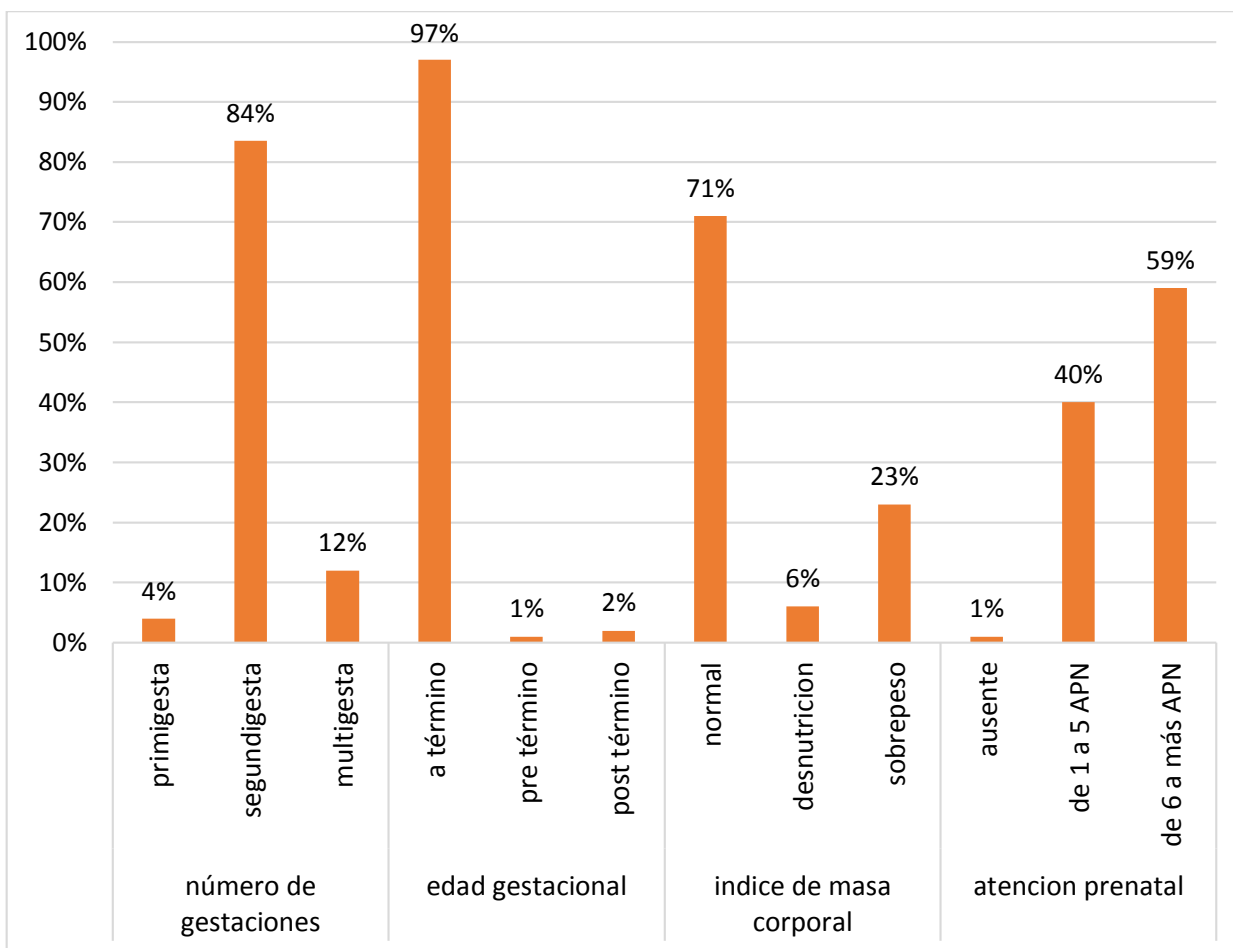
es conviviente seguido del 29% que es casada, con respecto a la procedencia el 20% es rural y el 80% es urbana.

Comentario: La población de estudio está conformada más por mujeres de 35 años a más, estudios superiores no universitario, lo que da a conocer que las mujeres están posponiendo más su maternidad

II: Características obstétricas

Gráfico 1

Características obstétricas de las púerperas con complicaciones clínicas ocasionadas por traumas obstétricos atendidas en el C.S. Urubamba 2020.



Fuente: historias clínicas

En las características obstétricas de la población de estudio se evidencia que 84% son segundigestas y el 12% son multigestas, en relación al índice de masa corporal el 71% tiene un IMC normal, 6% tiene desnutrición y 23% tiene sobrepeso, en relación de la edad gestacional al termino del embarazo, el 97% es a término y en relación al número de

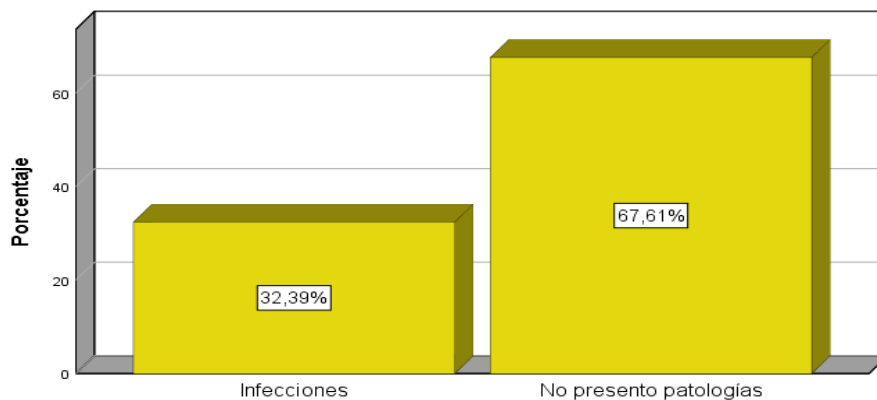


atenciones prenatales que tuvieron, el 40% tiene de 1 a 5 atenciones prenatales y el 59% tiene de 6 a más atenciones prenatales.

Comentario: se observa que hay un adecuado control prenatal lo que favorece a la disminución de factores de riesgo, hay una mayor prevalencia de segundigestas y disminución de multigestas lo cual disminuye los factores de riesgo en cuanto a atonías uterinas. Las gestaciones son a término lo que disminuye riesgo en recién nacidos.

Gráfico 2

Patologías durante la gestación de las puérperas con complicaciones clínicas ocasionadas por traumas obstétricos atendidas en el C.S. Urubamba 2020



Fuente: historias clínicas

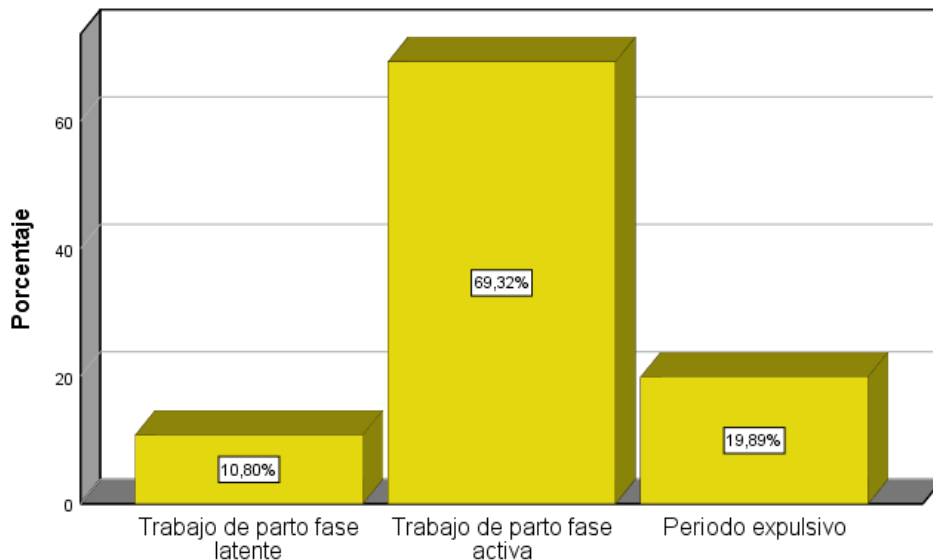
Las patologías que las puérperas presentaron durante la gestación fue: el 32,39% infecciones urinarias y vaginales, el 67,61% no presentó patologías.

Comentario: una de las patologías más comunes en las gestantes son las infecciones urinarias y vaginales, lo que se corrobora con los resultados ya que sigue siendo una de las patologías con mayor prevalencia.

Gráfico 3

Trabajo de parto en el momento de la hospitalización de las púerperas con complicaciones clínicas ocasionadas por traumas obstétricos atendidas en el C.S.

Urubamba 2020



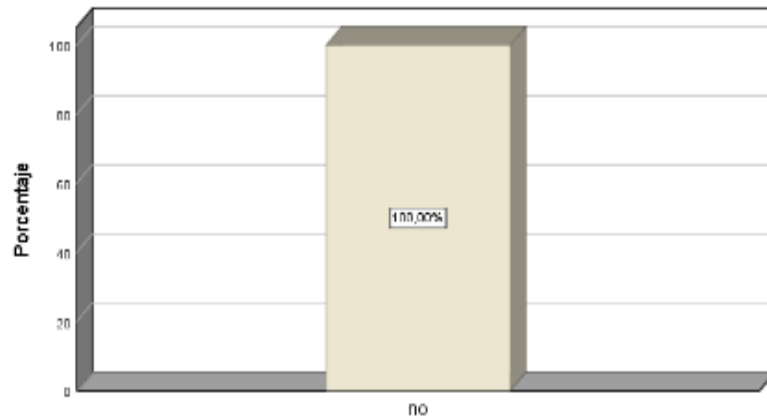
Fuente: historias clínicas

Respecto al trabajo de parto en el momento de la hospitalización de las púerperas con complicaciones: el 10,8% se hospitalizó en trabajo de parto fase latente, el 69,3% se hospitalizó en trabajo de parto fase activa y el 19,9% se hospitalizó en periodo expulsivo.

Comentario: se recomienda que las gestantes se hospitalicen en trabajo de parto en fase activa si no hay ningún factor de riesgo que ponga en peligro su vida y la del recién nacido, ya que disminuye el tiempo de hospitalización, así como reducir el stress en la gestante.

Gráfico 4

**Distocia fetal en las puérperas con complicaciones clínicas ocasionadas por traumas
obstétricos atendidas en el C.S. Urubamba 2020**



Fuente: historias clínicas

Con respecto a la presencia de distocia fetal durante el trabajo de parto de las puérperas con complicaciones fue de 0%.

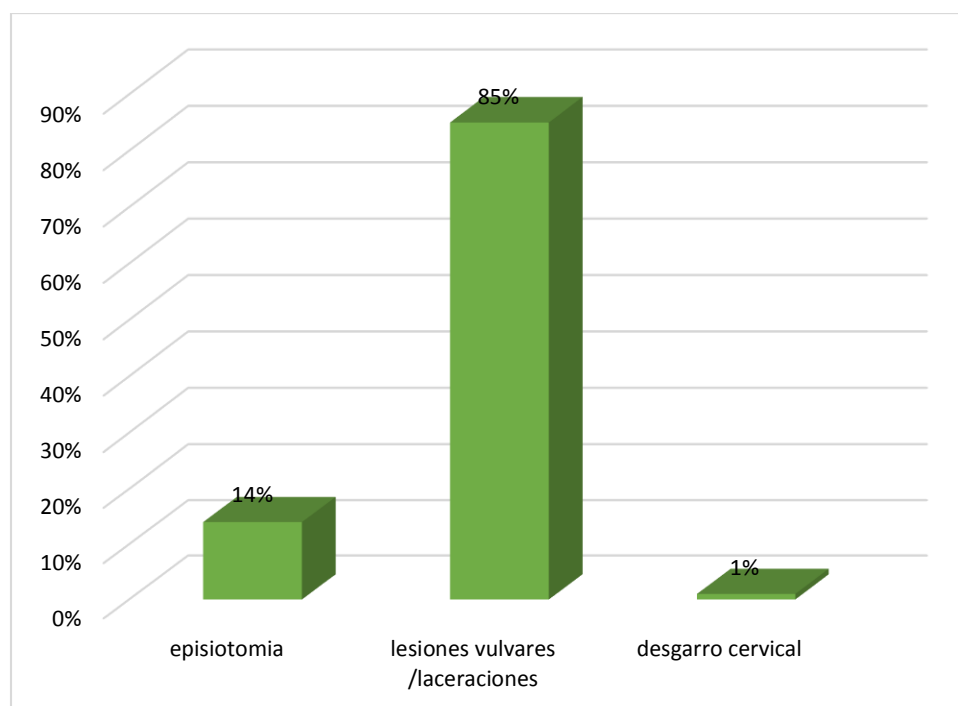
Comentario: se observa que no hay presencia de distocias lo que indica un diagnóstico en los controles prenatales.



III: Complicaciones clínicas por los traumas obstétricos más frecuentes.

Gráfico 5

Traumas obstétricos más frecuentes en púerperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco 2020



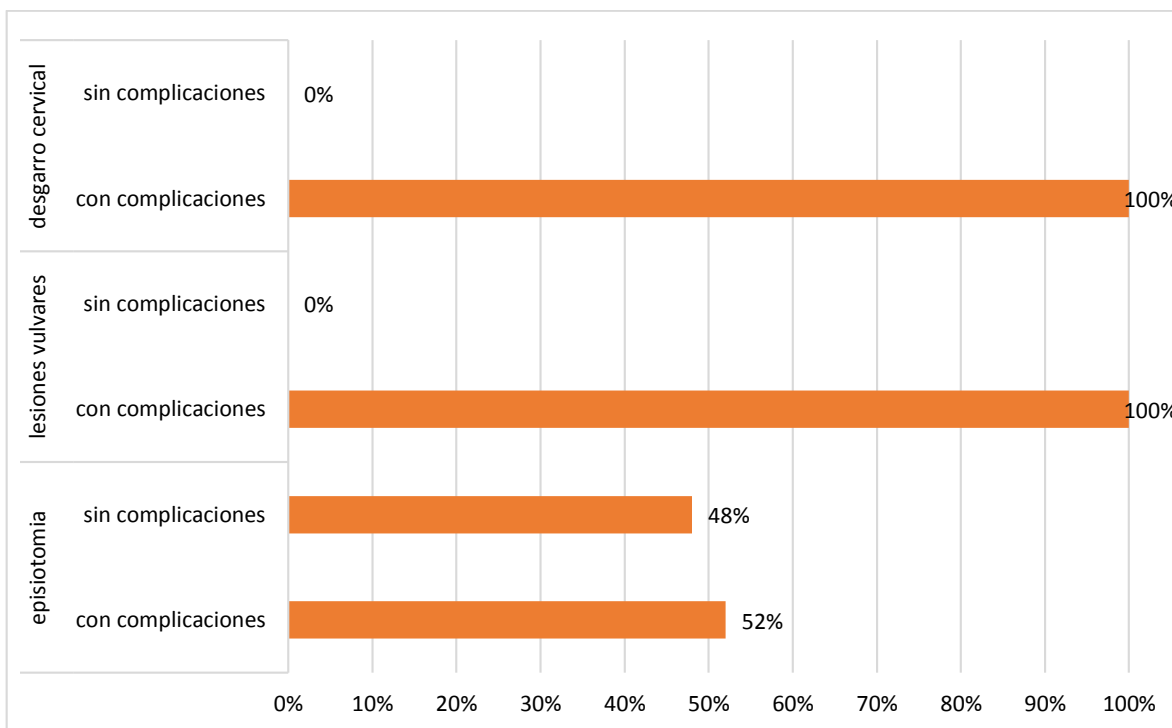
Fuente: historias clínicas

De las 176 historias clínicas que presentaron traumas obstétricos, se identificó que el 14% (25) presentaron episiotomías, el 85% (149) lesiones vulvares y laceraciones y el 1% (2) desgarro cervical.

Comentario: se observa que se realiza con poca frecuencia episiotomías, pero no hay una técnica adecuada para la protección del periné en el momento del periodo expulsivo lo que genera mayor predominio de laceraciones y lesiones vulvares.

Gráfico 6

Porcentaje de complicación de los traumas obstétricos más frecuentes identificados en púerperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco 2020



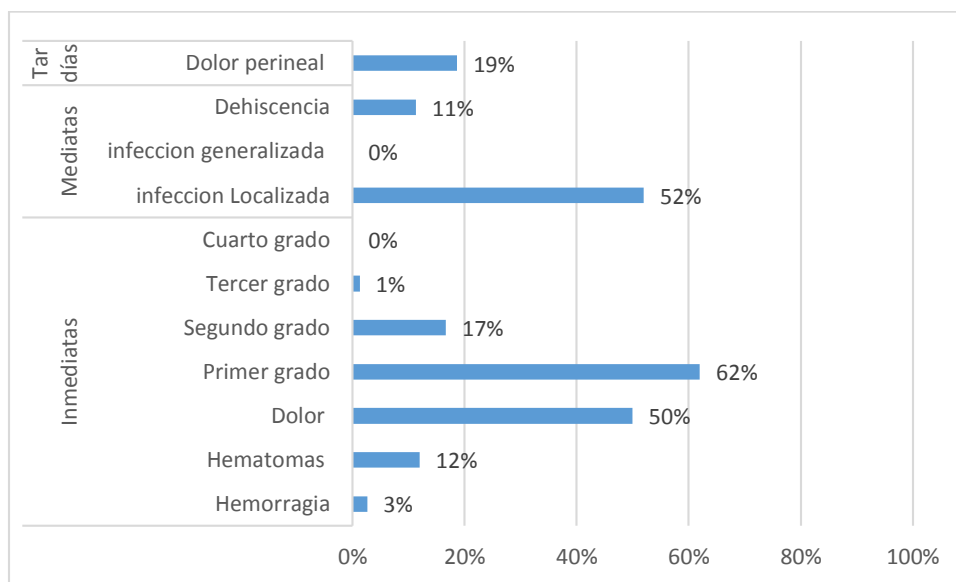
Fuente: historias clínicas

El 100% de los traumas obstétricos por desgarro cervical (2) y lesiones vulvares (149) presentaron complicaciones, y el 52% (13) presentó complicaciones en presencia de episiotomía y el 48% (12) no presentaron complicaciones.

Comentario: hay un predominio de lesiones vulvares con complicaciones lo que indica que no hay una adecuada protección del periné o el tejido epitelial de esa zona se encuentra débil. A pesar de que hay poca realización de episiotomías estas en su mayoría llegan a complicarse.

Gráfico 7

Complicaciones clínicas ocasionadas por episiotomía en púerperas atendidas en el
Centro de Salud de Urubamba Cusco 2020



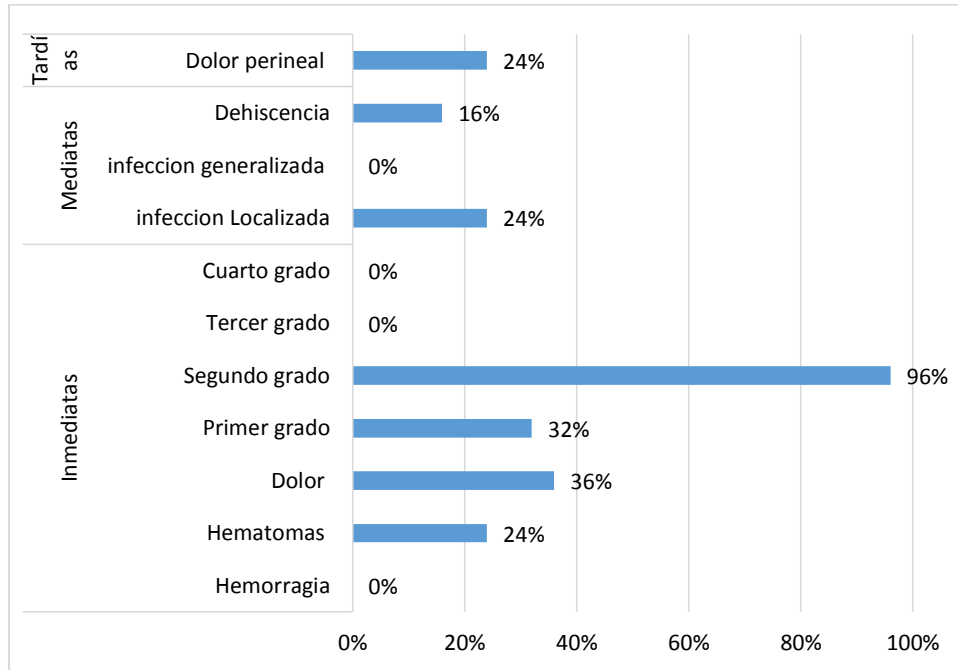
Fuente: historias clínicas

De los 13 casos de episiotomía, se evidenció que dentro de las complicaciones inmediatas el 62% presentó desgarros de primer grado y dolor el 50% y el 12% hematomas. En las complicaciones mediatas el 52% presentó infección localizada, el 11% dehiscencia y en tardías el 19% presentó dolor perineal.

Comentario: la realización de la episiotomía tiene como propósito evitar los desgarros vaginales y facilitar la reparación y recuperación del tejido lacerado por sus bordes definidos, pero a pesar de ello aún existen complicaciones.

Gráfico 8

Complicaciones clínicas ocasionadas por lesiones vulvares y laceraciones en púerperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco 2020



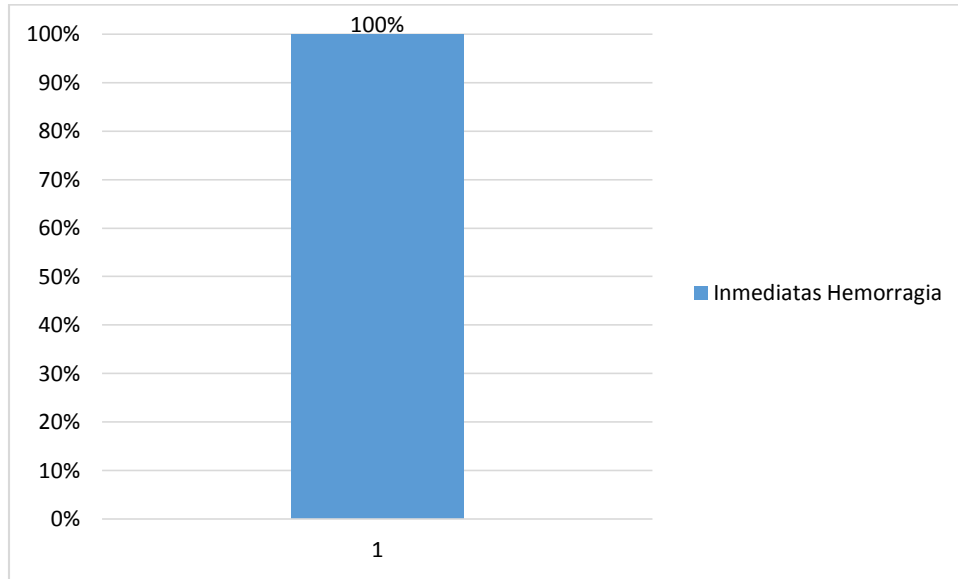
Fuente: historias clínicas

En los 149 casos de lesiones vulvares, las complicaciones inmediatas fueron desgarros de segundo grado en un 96%, dolor en 36%, desgarros de primer grado, 32% y hematomas 24%, en las complicaciones tardías el 24% presentó dolor perineal.

Comentario: los desgarros de segundo grado son los más frecuentes afectando a piel y músculos del periné, y si no hay un buen cuidado puede generar infecciones localizadas y dehiscencia.

Gráfico 9

Complicaciones clínicas ocasionadas por desgarro cervical en puérperas atendidas en
el Centro de Salud de Urubamba Cusco 2020



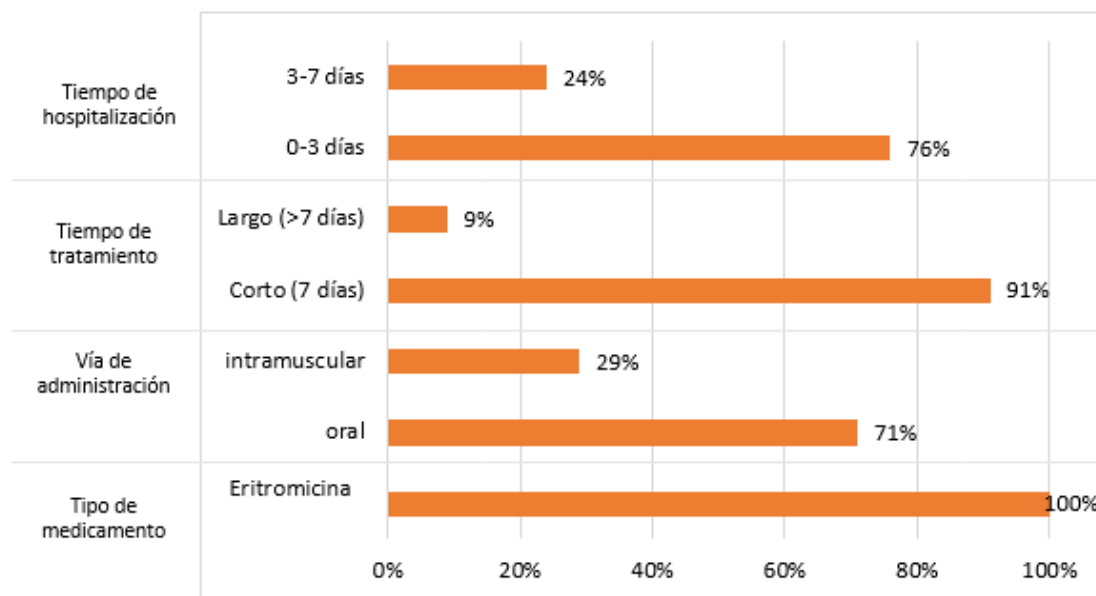
Fuente: historias clínicas

El 100% de las puérperas que presentaron desgarro cervical se complicaron con hemorragias.

Comentario: el desgarro vaginal se caracteriza por presentar hemorragia lo cual se corrobora en el resultado.

Gráfico 10

Manejo de las infecciones localizadas ocasionadas por traumas obstétricos en púerperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020



Fuente: historias clínicas

El manejo de las infecciones localizadas identificadas en la población de estudio es según el tipo de medicamento la Eritromicina se usa en el 100% de los casos, la vía de administración es de 71% vía oral y 29% vía intramuscular, según el tiempo de tratamiento el 9% de largo más de 7 días y el 91% es corto menos o igual a 7 días, según el tiempo de hospitalización el 76% es de 0 a 3 días y el 24% es de 3 a 7 días. Comentario: el tiempo de hospitalización, tratamiento, medicamento y vía de administración está relacionado con la magnitud de la complicación, por lo que en este caso es menor.



Tabla 2

**Manejo de los desgarros ocasionadas por traumas obstétricos en puérperas atendidas
en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020**

Tipo de desgarro	Tipo de manejo	casos	Manejo	
			Si	No
I° grado	Sin sutura	133	33	100
II° grado	Sutura continua más antibióticos.	28	28	0
III° y IV° grado	Uso de laxantes y Técnica de sutura más antibióticos	3	3	0

Fuente: historias clínicas

Interpretación:

Del total de los 164 casos de desgarros ocasionados por traumas obstétricos en puérperas: 133 casos son de primer grado, de los cuales a 100 (75%) se realiza sutura. 28 son casos de desgarros de segundo grado, de los cuales a los 28 (100%) se realiza sutura continua más administración de antibióticos y 3son casos de desgarros de tercer grado a los cuales se le realiza técnica de sutura más antibióticos.

Comentario: los desgarros de primer grado si no causan sangrado o hay una adecuada anastomosis sin necesidad de sutura de preferencia se dejan sin manejo, los de segundo, tercer y cuarto grado si requieren manejo.



Tabla 3

Manejo de hematoma ocasionadas por traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020

cantidad	Tipo de manejo	Manejo	
		Si	No
25	Uso local de frio	20	5
	Antiinflamatorio	10	15
	Manejo expectante	20	5

Fuente: historias clínicas

El manejo de los 25 casos de hematomas ocasionadas por traumas obstétricos en puérperas es: uso local de frio en 20 casos (80%) y uso de antiinflamatorios es en 10 casos (20%) y se realizó manejo expectante en 5 casos (19%).

Comentario: se recomienda el manejo de un hematoma ya que esta causa molestias y dolor a la madre, en algunas ocasiones impidiéndoles realizar una correcta técnica de lactancia.



Tabla 4

**Manejo de dehiscencia ocasionadas por traumas obstétricos en puérperas atendidas
en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020**

Tipo de manejo	casos
Limpieza más desbridamiento más antiinflamatorios más reparación y sutura.	6
Limpieza más antiinflamatorios	11
Solo limpieza	3
Sin limpieza y sin manejo	6
Total	26

Fuente: historias clínicas

El manejo de los 26 (15%) casos de dehiscencia de las suturas o episiorrafias ocasionadas por traumas obstétricos en las puérperas es: 6 (23%) se realizó limpieza más desbridamiento más uso de antiinflamatorio y reparación y sutura. en 11 casos (42%) se realizó limpieza y uso de antiinflamatorios, en 3(12%) casos solo limpieza y en 6 casos (23%) no se realizó ningún manejo.

Comentario: las dehiscencias generalmente se deben a una inadecuada técnica de sutura o cuidado posparto, en su mayoría solo requieren manejo con antinflamatorios y limpieza, pero si la dehiscencia compromete varios planos y dificulta la reparación se debe realizar una nueva intervención.



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

- Las características sociodemográficas de la población de estudio se identifican que la el 76% tiene una edad de 35 años a más, con respecto al grado de instrucción el 32% educación secundaria, y el 36% con educación superior no universitaria, con respecto al estado civil el 29 % casada y el 58 % es conviviente, con respecto a la procedencia el 80% es urbana.

Se puede identificar que la población con mayor frecuencia es son las puérperas consideradas dentro de la clasificación de edades extremas mayores o igual a 35 años, dentro del grado de estudios hay un predominio de puérperas con educación secundaria y estudios superiores no universitarios, en cuanto al estado civil la mayoría es conviviente y de procedencia urbana. Estas características facilitan que se realice una mejor educación en cuanto a los cuidados postparto, así como la evaluación de toma de medidas de prevención frente a la edad de riesgo.

- Las características obstétricas de la población de estudio se identificaron que el 84% es segundigesta, La edad gestacional al término de la gestación el 97% a término. El índice de masa corporal es de 71% normal, 5,68% desnutrición y 22,73% sobrepeso. En cuanto al número de atenciones prenatales el 59% tiene de 6 a más atenciones prenatales. Respecto a las patologías durante la gestación el 32,39% presento infecciones urinarias y vaginales, el 67,61% no presento patologías. Respecto al trabajo de parto en el momento de la hospitalización el 69.3% fue en trabajo de parto fase activa y el 19.9% fue en periodo expulsivo.



En relación a las características obstétricas se observa que hay un mayor predominio de puérperas segundigestas, con IMC normal, gestación a término, control prenatal mayor a 6, patologías que se presentaron con mayor frecuencia son las infecciones urinarias y vaginales; y el trabajo de parto fue de

fase activa al momento de la hospitalización. Datos que favorecen a que se desarrolle una gestación saludable y un trabajo de parto con bajo riesgo de complicaciones excepto por la presencia de infecciones lo cual favorece la presencia de desgarros.

- Las complicaciones clínicas ocasionadas por episiotomías, en inmediatas son: desgarros de primer grado 63% y dolor 50%, en mediatas son: infección localizada 52% y tardía: dolor perineal.

En las complicaciones clínicas ocasionadas por lesiones vulvares y laceraciones, en inmediatas son desgarros de segundo grado 96% y de primer grado 32%, en mediatas: infección localizada 24% y dehiscencia 16% y en tardía: dolor perineal 24%.

En las complicaciones clínicas ocasionadas por desgarro cervical, en inmediata es hemorragia.

Dentro de las complicaciones inmediatas de los traumas obstétricos en mayor predominio son los desgarros de primer grado y la presencia de hemorragias en un menor porcentaje.

- El manejo de las complicaciones clínicas ocasionadas por traumas obstétricos en la población de estudio para las infecciones localizadas el uso de medicamento como



eritromicina que se usa en el 100% de los casos, la vía de administración es de 71% vía oral y 29% vía intramuscular, el tiempo de tratamiento el 9% es largo más de 7 días y el 91% es corto menor o igual a 7 días, y tiempo de hospitalización el 76% es de 0 a 3 días y el 24% es de 4 a 7 días.

El manejo de los 133 casos de desgarros de primer grado, en 100 (75%) de ellos se realiza sutura, el los de segundo grado en todos se realiza sutura continua más administración de antibióticos y el los de tercer grado se realiza una técnica de sutura más antibióticos.

El manejo de los 25 casos de hematomas ocasionadas por traumas obstétricos en púerperas es: uso local de frio en 20 casos (80%) y uso de antiinflamatorios es en 10 casos (20%) y solo se realiza manejo expectante en 5 casos (19%).

El manejo de los 26 casos de dehiscencia de las suturas o episiorrafias: en 6 (23%) se realizó limpieza más desbridamiento más uso de antiinflamatorio y reparación y sutura. En 11 casos (42%) se realizó limpieza y uso de antiinflamatorios. En 3(12%) casos solo limpieza y en 6 casos (23%) no se realizó ningún manejo.

Por último, en cuanto al manejo de las complicaciones se observó que el medicamento más usado es la eritromicina que está clasificado como un medicamento de primera generación, la vía de administración es la oral y el tratamiento es corto, lo cual nos indica que las infecciones son leves y localizadas. En cuanto al manejo de desgarros en su mayoría se realizan suturas y administración de medicamentos. En los hematomas se usa frio local en la mayoría de los casos, la administración de medicamentos antiinflamatorios es menor comparada con el uso de frio, lo cual no favorece en su mayoría a la disminución del dolor de manera rápida y en un menor



porcentaje no se realizan procedimientos y se espera su recuperación natural. En cuanto a las dehiscencias en la mayoría no se realiza suturas y se usa antibióticos para evitar infecciones, así como la limpieza, aunque se identificó que 6 pacientes no se les realizó limpieza-ni manejo, lo cual no es adecuado porque favorece a la recuperación lenta y posible riesgo de infección.

5.2. Limitaciones del estudio

- Los trámites para la recolección de datos demoraron, sin embargo, se obtuvo el apoyo del personal que trabaja en el área de archivos del C.S. Urubamba.
- Existieron historias clínicas que describían de manera general e inespecífica los procedimientos y manejos que se realizaba.
- Los resultados son propios de la población de estudio por lo cual no pueden ser generalizadas.

5.3. Comparación crítica con lo literatura existente

En relación con las características sociodemográficas obtenidas se analiza que se asemeja a los datos de Campos J. (2018) demostró que las complicaciones que se dieron más veces fueron en pacientes de 35-37 años en el 95%. Y Chávez B, Ortiz de Orue Y. (2018) indico que dentro de las características sociodemográficas la edad fue de mayores de 35 años, estado civil fue conviviente, el grado de instrucción fue



secundaria. Y características obstétricas fue con más frecuencia en pacientes multigestas, con IMC de desnutrición, sobrepeso y obesidad, la patología más frecuente fue la infección y el periodo de trabajo de parto en para la hospitalización fue durante la fase activa y el periodo expulsivo.

Estos datos se asemejan a los datos obtenidos en la investigación donde el 76% tiene una edad de 35 años a más, en el grado de instrucción el 32% educación secundaria, y el 36% con educación superior no universitaria, el 58% es conviviente. En las características obstétricas el 84% es segundigesta, el IMC es normal 71% y sobrepeso 22.73%, en la patología más frecuente durante la gestación fue infección vaginal y urinaria, el trabajo de parto fue fase activa.

En relación a las complicaciones y manejo que se presentan los datos se asemejan a los estudios de Castro M. (2015) concluyo que los traumas obstétricos con más frecuencia fue el desgarro perineal en 52 % y las complicaciones del desgarro perineal son los hematomas que causan un dolor intenso. Campos J. (2018) en su investigación demostró que el 56% tuvo desgarro perineal, el 27% desgarro vulvoperineal, 7% desgarro cervical, 5% hematoma vulvovaginal.

Moral E., Casteleiro N., Bobillo C., Fonseca A., González A., Cachafeiro S. (2021) en su investigación indico que la tasa de episiotomía ha experimentado un descenso progresivo de 16,25% a 9%, en cuanto a los desgarros de I grado el primer periodo fue de 40.75% frente a un 38%, en los desgarros de II grado el primero fue de 28,55% frente a 31,45% y en los desgarros de III y IV grado fue de 1,2% frente a 1,4% en el segundo.



Ruiz J., Jurado T., Meza M. (2019) indico que hay dehiscencia de episiorrafia en pacientes con anemia en el (82%), infección de tracto urinario (68%), infecciones vaginales (68%) y desgarros de tercer y cuarto grado (82%).

Chávez B, Ortiz de Orue Y. (2018) La incidencia de desgarros vulvoperineales es 118 (85%), desgarros cervicales 12 (9%) y hematomas vulvares 9 (6%).

Estos datos guardan relación con los obtenidos en la investigación, en los cuales los traumas más frecuentes fueron lesiones y laceraciones vulvares 85%, en las complicaciones ocasionadas por episiotomías la complicación inmediata más frecuente está el desgarro de primer grado 63%, dolor 50% y hematoma 12%. En mediata: infección localizada 52% y en tardía: dolor perineal. En las complicaciones en las lesiones vulvares y laceraciones como inmediatas: desgarro de segundo grado 96%, de primer grado 32% y hematomas 24%, en mediatas: infección localizada 24% y dehiscencia 16%.

5.4. Implicancias del estudio

El presente trabajo favoreció a la descripción de las complicaciones clínicas de las puérperas, promoviendo el análisis del manejo práctico que se da frente a una complicación, así como la toma de decisiones que emplea el personal de salud frente a los casos presentados.

Los datos permiten contribuir a la mejora de calidad de atención a las usuarias, desde la perspectiva académica permitiendo analizar la integración de la teoría que se ha abordado en la problemática con relación a la práctica que se aplica en el C.S. Urubamba.



Desde el punto una perspectiva practica las conclusiones permiten evaluar la toma de decisiones frente a la respuesta del manejo de complicaciones para reforzar y mejorar la práctica.

También la investigación brinda datos para permitir e incentivar investigaciones futuras relacionadas con este tema.



CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de la población de estudio se identifica que la el 76% tiene de 35 años a más y el 24% tiene entre 19 a 34 años, con respecto al grado de instrucción 10% cuenta con educación primaria, el 32% con educación secundaria, el 36% con educación superior no universitaria y el 22% con educación superior universitaria, con respecto al estado civil el 13% es soltera, el 29% casada y el 58% es conviviente, con respecto a la procedencia el 20% es rural y el 80% es urbana.
Las características obstétricas de la población de estudio el 4% son primigestas, 12% son multigestas y el mayor porcentaje es de 84% por segundigestas. El índice de masa corporal es de 71% normal, 6% desnutrición y 23% sobrepeso. La edad gestacional al término de la gestación es de 1% pre término, 2% post termino y el 97% a término. El número de atenciones prenatales es de 1% no tienen atenciones prenatales, el 40% tiene de 1 a 5 atenciones prenatales y el 59% tiene de 6 a más atenciones prenatal. Respecto a las patologías durante la gestación el 32,39% presento infecciones urinarias y vaginales, el 67,61% no presento patologías. Respecto al trabajo de parto en el momento de la hospitalización el 10.8% fue en trabajo de parto fase latente, el 69.3% fue en trabajo de parto fase activa y el 19.9% fue en periodo expulsivo.
- Los traumas obstétricos más frecuentes fueron la episiotomía, lesiones vulvares y laceraciones y desgarro cervical, de los cuales las complicaciones clínicas inmediatas ocasionadas por episiotomías son: desgarros de primer grado 63% y dolor 50%, en mediatas son: infección localizada 52% y tardía: dolor perineal.



En las complicaciones clínicas ocasionadas por lesiones vulvares y laceraciones, en inmediatas son desgarros de segundo grado 96% y de primer grado 32%, en mediatas: infección localizada 24% y dehiscencia 16% y en tardía: dolor perineal 24%.

En las complicaciones clínicas ocasionadas por desgarro cervical, solo se identificaron complicaciones inmediatas la cual es hemorragia en el 100%.

- El manejo de las complicaciones clínicas ocasionadas por traumas obstétricos en la población de estudio es para las infecciones localizadas el uso de medicamento como eritromicina que se usa en el 100% de los casos, la vía de administración es de 71% vía oral y 29% vía intramuscular, el tiempo de tratamiento el 9% es largo de más de 7 días y el 91% es corto de 7 días a menos, y tiempo de hospitalización es 76% de 0 a 3 días y el 24% es de 4 a 7 días.

El manejo de los 133 casos de desgarros de primer grado, en 100 (75%) de ellos se realiza sutura, el los de segundo grado en todos se realiza sutura continua más administración de antibióticos y el los de tercer grado se realiza una técnica de sutura más antibióticos.

El manejo de los 25 casos de hematomas ocasionadas por traumas obstétricos en puérperas es: uso local de frio en 20 casos (80%) y uso de antiinflamatorios es en 10 casos (20%) y solo se realiza manejo expectante en 5 casos (19%).

El manejo de los 26 casos de dehiscencia de las suturas o episiorrafias: en 6 (23%) se realizó limpieza más desbridamiento más uso de antiinflamatorio y reparación y sutura. En 11 casos (42%) se realizó limpieza y uso de antiinflamatorios. En 3(12%) casos solo limpieza y en 6 casos (23%) no se realizó ningún manejo.



RECOMENDACIONES

- Se deben socializar los datos obtenidos de la población de estudio para generar una mejor vigilancia, manejo y prevención de las posibles complicaciones y traumas a las cuales están más expuestas según sus características presentadas, de esa manera poder prevenir estos mediante la capacitación continua y así poder evitar el incremento de los diferentes traumas identificados, de esta manera se contribuirá a la promoción en el cuidados de la salud, mediante la educación sobre la importancia del cuidado posparto en las puérperas.
- Se debe supervisar de manera objetiva la atención de parto que realiza el personal que se encuentra en proceso de formación académica, para mejorar la guía, manejo y procedimientos utilizados durante la atención del parto.
- Se debe concientizar al personal de salud sobre la importancia de un adecuado manejo de las complicaciones de traumas obstétricos que se presentaron para lograr el bienestar de las puérperas y brindar una atención de calidad.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Delgado M. Traumatismos del recién nacido. Rev. Ginecol Obstet Mex [internet] 2017 [consultado 15 jun 2021]; 75(7):419-30 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom077j.pdf>
2. Ministerio de salud Panamá. Guías Manejo de las Complicaciones del Embarazo. [internet] Panamá: MINSA-CSS; 2015 [consultado 15 jun 2021]. Disponible en: https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf
3. Murguía A., Hernández R, Nava M. factores de riesgo de traumas obstétricos. Ginecol Obstet Mex [internet] 2016[consultado 15 jun 2021]; 81 (06)Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42435>
4. Karlsson H., Pérez C. Hemorragia postparto. Anales Sis Navarra [Internet] 2009 [consultado 15 jun 2021]; 32(01): 159-167. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-272009000200014&lng=es.
5. Organización panamericana de la salud. Cero muertes maternas. [Internet] OPS [consultado 15 jun 2021] disponible en: <https://www.paho.org/es/cero-muertes-maternas>
6. Chávez B, Ortiz de Orue Y. Factores de riesgo asociado a pacientes con traumas obstétricos maternos y perinatales atendidos en el HAL del Cusco [Pregrado]. Universidad Andina Del Cusco; 2019. [consultado 15 jun 2021]. disponible en:



<https://repositorio.uandina.edu.pe/browse?type=author&value=Ortiz+De+Orue+Condori%2C+Yeshica>

7. Moral E., Casteleiro N., Bobillo C., Fonseca A., González A., Cachafeiro S. Trauma perineal en parto eutócico y su correlación con la estrategia de descenso progresivo de la tasa de episiotomía en nuestro medio. ¿Necesitamos reflexionar? Suelo Pélvico. [internet] 2016[consultado 25 Sep. 2021]; 2021; 14(1): 6-15 Disponible en: <https://revistasuelopelvico.com/wp-content/uploads/2021/04/Original-trauma-perineal.pdf>
8. Campos J. Trauma obstétrico y traumatismo al nacimiento en primigestas de edad avanzada en el Hospital Mariana de Jesús Guayaquil, Ecuador. [Pregrado]. Universidad de Guayaquil; 2018. [consultado 26 sep. 2021]. disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31628>
9. Castro M. Factores de riesgo y complicaciones del trauma obstétrico en el H. Gineco-Obstétrico E. Sotomayor, Guayaquil Ecuador [Pregrado]. Universidad de Guayaquil; 2015. [consultado 26 sep. 2021]. disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1799>
10. Ormeño K. Complicaciones obstétricas durante el parto en adolescentes atendidas en el H. Santa María del Socorro de Ica. [Pregrado]. Universidad Nacional “San Luis Gonzaga”, 2021. [consultado 25 Sep. 2021] Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2313798>
11. Ruiz J., Jurado T., Meza M. Dehiscencia de las episiorrafias relacionadas a complicaciones obstétricas en pacientes atendidas en el H. San José de Chincha.



- [pregrado]. Universidad Autónoma de Ica, 2019. [consultado 25 Sep. 2021]
Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/1012>
12. Galván J. Complicaciones en el puerperio inmediato en edad reproductiva extrema
H. Nacional Edgardo Rebagliati Martins-Perú. [Posgrado] Universidad San Martín
de Porres, 2019. [consultado 25 jun. 2021] Disponible en:
[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5078/galvan_bjc.pdf
?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5078/galvan_bjc.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Montenegro E. Complicaciones obstétricas durante puerperio mediato, en relación a
la nueva clasificación de embarazo a término de la ACOG, en el H. de Vitarte.
[Pregrado]. Universidad Ricardo Palma, 2018. [consultado 25 Sep. 2021] Disponible
en:
[https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/complicacione
s-obstetricas-puerperio](https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/complicaciones-obstetricas-puerperio)
14. Peralta O. Aspectos clínicos del puerperio. [internet] 2008. Editorial: ICIMER, Chile
[consultado 19 feb del 2022] disponible en:
https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf
15. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Williams Obstetricia. 24ª Edición. Editorial
Panamericana. Madrid 2015.
16. Ministerio de Salud. Guía nacional de atención integral de salud sexual y
reproductiva. Editorial: MINSAL, Lima 2004.



17. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio. Editorial: MINSA, Lima 2019.
18. Paitabmala H. Lesiones traumáticas periféricas durante el parto. [internet] 2014. Editorial Aedos. Madrid, España [consultado 15 jun del 2021] disponible en:
<http://51.222.106.123 > RPGO > article > download>
19. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. [consultado 15 ener 2022]. Disponible en:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
20. Carbajal J. Constanza R. Manual de obstetricia y ginecología. 8va ed. Editorial: UCC. Chile, 2017.
21. Pérez R. Obstetricia y ginecología. [internet] 2013. Editorial: Medicina oriente. Chile [consultado 15 jun del 2021] disponible en:
<http://booksmedics.org/ginecologia/obstetric/.pdf>
22. García, C. puerperio. Revista de Ginecología y Obstetricia [consultado 15 jun 2021]. Disponible en: <http://palma.ine.cl/demografia/menu/glosario.pdf>
23. Murguía A., Hernández R., Nava M. Factores de riesgo de trauma obstétrico. Ginec y Obst. México 2013 [consultado 15 jun del 2021] disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?idarticulo=42435>
24. García H. Peña A. Incidencia de lesiones asociadas al nacimiento en R.N. Rev. Lim Per 2014 [consultado 15 jun del 2021] disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?idarticulo=55227>



25. Moreira C, Torres A. Guía didáctica para el taller: “episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación, Univ. Técnica Particular de Loja, Ecuador, 2013. [consultado 15 jun del 2021] disponible en: https://esalud.utpl.edu.ec/sites/default/files/pdf/guia_taller_episiotomia_episiorrafia_0.pdf
26. Valbuena I. Trauma obstétrico en el H. Dr. Adolfo Pons. Rev. Obstétrica y Ginecológica de Venezuela 2015 [consultado 15 jun del 2021] disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-251826>
27. López T. Parálisis del plexo braquial con traumatismo obstétrico. Editorial Trillas S.A. México 2015 [consultado 15 jun del 2021] disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-paralisis-del-plexo-braquial-como-S0210573X01770980>
28. Organización Mundial de la Salud. puerperio [internet] 2016 [consultado 15 jun 2021]. disponible en : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
29. Mediplus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 2009. [consultado 15 jun 2021]. Disponible en: <http://palma.ine.cl/demografia/menu/glosario.pdf>
30. Mediplus [Internet]. Puérpera complicaciones. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 2009. [consultado 15 jun 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish>
31. Rodríguez C. La patología asociada al proceso del parto. Ed. Asociación Española de Pediatría Madrid España 2016. [consultado 15 jun del 2021] disponible en:



https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200013

32. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención del parto con pertinencia intercultural. Editorial: MINSA, Lima 2019.



INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° _____

I Características sociodemográficas

1. Edad

a) < de 19 años []

b) entre 19 a 34 años []

c) > 35 años []

2. Estado civil

a) Soltera []

b) Casada []

c) Conviviente []

3. Grado de instrucción

a) Primaria []

b) Secundaria []

c) Superior no universitaria []

d) Superior universitaria []

e) analfabeta []

4. procedencia

Urbano [] rural []

II. Características obstétricas

5. Número de Gestaciones



- a. Primigesta []
 - b. Segundigesta []
 - c. Multigesta []
6. Índice de masa corporal
- a. Normal []
 - b. Desnutrición []
 - c. Sobrepeso []
 - d. Obesidad []
7. Edad gestacional al término de la gestación
- a. Pre término []
 - b. Post término []
 - c. A término []
8. Atención prenatal
- a. ninguna,
 - b. 1- 5 APN []
 - c. >De 6 APN []
9. Patologías durante la gestación
- a. Hemorragia,
 - b. Trastorno hipertensivo
 - c. Infecciones [] tipo.....
 - d. No presento patologías []
10. Trabajo de parto en la hospitalización
- a. sin trabajo de parto,
 - b. fase latente []
 - c. fase activa,



d. expulsivo []

11. Peso del recién nacido.

a. más de 4000 kg. []

b. De 2500 a 3 999 Kg []

c. Menos de 2500 Kg. []

12. Distocia fetal.

Si []

1. Especificar.....

No

III. Traumas obstétricos maternos

13. episiotomía con desgarro

a) si []

b) no []

14. lesión vulvar y laceraciones

a) desgarro de labio mayor []

b) desgarro de labio menor []

15. Desgarro cervical

a. Si []

b. No []

Complicaciones

Inmediatas

a) hemorragia: sangrado mayor a 500 cc []

a) hematoma vulvar Si [] No []

b) dolor Si [] No []



- c) desgarro Si No
- I grado
 - II grado
 - III grado
 - IV grado

Mediatis

- a) infección Si No :
Localizada generalizada
- b) dehiscencia Si No
- c) granulomas Si No

Tardías

- a) Dolor perineal. Si No
- b) Procesos adherenciales vaginales o bridas. Si No
- c) Quistes de la glándula de Bartholino Si No
- d) Fistulas recto vaginales. Si No

Manejo de los traumatismos obstétricos

- a) de infecciones
- a. Administración de antibióticos
 - 1era generación () eritromicina
 - 2da generación () cefuroxima
 - 3era generación () cefotaxima
 - b. vías de administración de medicamentos
 - Oral ()



Endovenosos ()

Intramuscular ()

c. tiempo de administración de medicamentos.....

b) En desgarros

a. I° sin sangrado- sin sutura Si [] No []

b. II° uso de sutura continua más antibióticos Si [] No []

c. III° y IV°: Uso combinado de técnica de sutura más antibióticos de amplio espectro. Si [] No []

Uso de laxantes. Si [] No []

c) De hematomas:

a. Manejo expectante Si [] No []

b. Uso de antiinflamatorios Si [] No []

c. Uso local de frio Si [] No []

d) De Dehiscencia

d. Abrir herida Si [] No []

e. Limpieza Si [] No []

f. Desbridamiento Si [] No []

g. Antibioticoterapia Si [] No []

h. reparación y sutura. Si [] No []

A. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Complicaciones clínicas por traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco, 2020

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGIA
General ¿Cuáles son las complicaciones clínicas ocasionadas por los traumas	GENERAL Determinar las complicaciones clínicas	Variable Puérpera	Tipo: descriptivo-cuantitativo



<p>obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020?</p>	<p>ocasionadas por traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones clínicas • Traumas obstétricos. 	<p>Diseño: no experimental, trasversal, retrospectivo</p>
<p>SUBPROBLEMAS</p> <p>¿Cuáles son las características obstétricas y sociodemográficas en puérperas con traumas obstétricos atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones clínicas ocasionadas por los traumas obstétricos más frecuentes en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020?</p> <p>¿Cuál es el manejo de las complicaciones clínicas ocasionadas por los traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco durante el año 2020?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar las características obstétricas y sociodemográficas en puérperas con traumas obstétricos atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco en el año 2020.</p> <p>Determinar las complicaciones clínicas ocasionadas por los traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco en el año 2020.</p> <p>Identificar el manejo de las complicaciones clínicas ocasionadas por los traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco en el año 2020</p>		<p>Población: pacientes que tuvieron complicaciones por traumas obstétricos y fueron atendidas en el Centro de salud de Urubamba entre el 1ero de enero al 31 de diciembre del año 2020</p> <p>Muestra: De acuerdo a los criterios de selección</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Ficha de recolección de datos.</p> <p>Técnica de análisis de datos:</p> <p>Se hará uso de SPSS 24 y el programa de Epi Info.</p>



CARTA PARA SOLICITUD DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Dr (a):

Presente:

Reciba usted un cordial saludo, me dirijo a usted para indicarle que estoy realizando una **investigación** para optar el Título de Licenciada en Obstetricia, mediante mi investigación titulada “**Complicaciones clínicas por traumas obstétricos en puérperas atendidas en el Centro de Salud de Urubamba Cusco, 2020**”. Cuyo instrumento consiste en una ficha de recolección de datos, que se aplicará para la recolección de datos de historias clínicas de puérperas con complicaciones atendidas en el C.S. Urubamba lugar del cual sacare datos para realizar mi investigación, el cual debe ser validado por CRITERIOS DE EXPERTOS; por lo cual solicito a usted tenga a mi bien emitir su opinión al respecto al instrumento en su la calidad de persona entendida de la materia.

Agradeciendo anticipadamente por la atención favorable.

Atte.



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALAS DE MEDICIÓN				
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende estudiar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems son adecuados para tener una comprensión del estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos de este instrumento son una muestra relevante del universo de estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. que los conceptos usados en este instrumento son todos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades de esta ficha, obtendremos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en esta ficha tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que las palabras empleadas en la ficha son claras y sencillas?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura la ficha es adecuada?	1	2	3	4	5
9. ¿Considera Ud. que las escalas de medición usadas son pertinentes a los objetivos del estudio?	1	2	3	4	5

10. ¿Qué aspectos habría que modificar o incrementarse?

Firma y sello del profesional



Procedimiento de calificación

1. se realizó una tabla con los puntajes de los ítems obtenidos.

NUMERO DEL ÍTEM	CRITERIO DE LOS EXPERTOS					MAXIMO VALOR (X)	PROMEDIO (Y)	$(X^n - Y^n)^2$
	A	B	C	D	E			
PRIMERO	4	4	5	4	4	4	5	4.2
SEGUNDO	5	5	5	5	5	5	5	5
TERCERO	5	5	4	4	5	4	5	4.8
CUARTO	4	5	5	5	5	5	5	4.8
QUINTO	5	4	5	4	5	5	5	4.6
SEXTO	5	5	5	5	5	5	5	5
SÉPTIMO	4	4	5	4	4	4	5	4.2
OCTAVO	4	4	5	4	4	4	5	4.2
NOVENO	4	4	5	4	4	4	5	4.2

2. seguido se halla la distancia de punto múltiple con la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x1 - y1)^2 + \dots + (X9 - Y9)^2}$$

$$DPP = 1.21$$

Representando:

X= Valor máximo de un determinado Item

Y= Promedio de un determinado Item

3. Se halló la distancia del valor obtenido respecto al punto cero.

$$Dmáx = \sqrt{(x1 - 1)^2 + \dots + (x9 - 1)^2}$$

D máx. es 12

Donde:

X= Valor máximo para cada ítem (5).

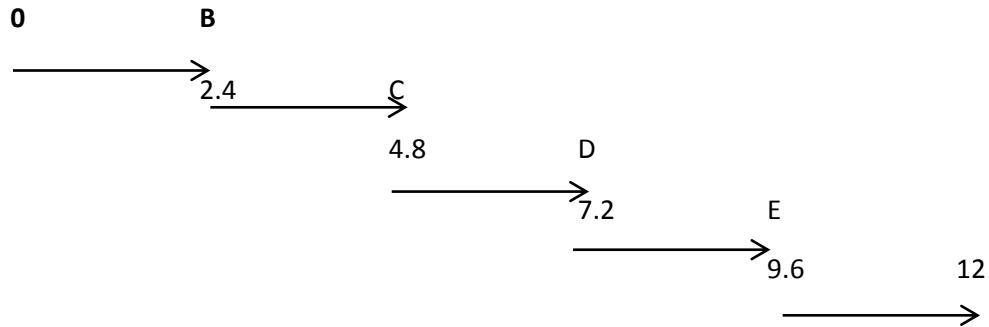
Y= Valor mínimos para cada ítem (1).

4. La D máx. Se dividió entre el valor máx. de la escala = 2.4



5. Con el valor hallado se realiza una nueva escala valorativa a partir de cero, se divide en valores iguales y de denomina A, B, C, D, E,

A



Representando:

A=Adecuación total.

B=Adecuación en gran medida.

C=Adecuación promedio.

D=Escasa adecuación.

E=Inadecuación

6. El punto DPP debe estar en A o B; sino se requiere reestructuración y/o modificación.

El valor de DPP en este caso es de 2.6, lo cual indica que el instrumento es adecuado por lo que puede ser aplicado.