

UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

RELACIÓN ENTRE CONTROL PRENATAL Y EVOLUCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO ENTRE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A UN CONTROL PRENATAL VS. LAS QUE NO ASISTIERON A CONTROL PRENATAL, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE TOTONICAPÁN, JOSÉ FELIPE FLORES, EN LOS MESES DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 2020.



UNIVERSIDAD
MESOAMERICANA

VICTORIA ALEJANDRA SANCHEZ PORTALES

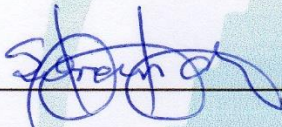
201516134

SA194

Quetzaltenango, junio 2022.

UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

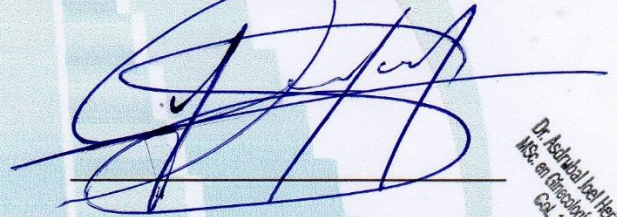
RELACIÓN ENTRE CONTROL PRENATAL Y EVOLUCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO ENTRE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A UN CONTROL PRENATAL VS. LAS QUE NO ASISTIERON A CONTROL PRENATAL, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE TOTONICAPÁN, JOSÉ FELIPE FLORES, EN LOS MESES DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 2020.



Vo. Bo Dra. Silvia Sánchez

Asesora

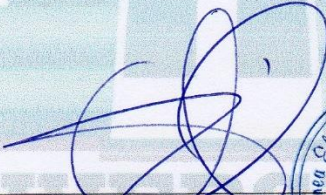
 **Dra. Silvia Sánchez**
Colegiado 8177
Ginecología y Obstetricia



Vo. Bo Dr. Asdrubal Hernández

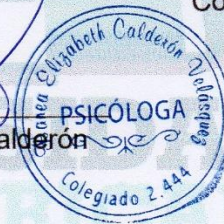
Coasesor

Dr. Asdrubal del Hernández Gal
MSc. en Ginecología y Obstetricia
Ecol. 11/1982



Vo. Bo Mtra. Hanea Calderón

Revisora


Hanea Calderón
PSICÓLOGA
Colegiado 2.444

VICTORIA ALEJANDRA SANCHEZ PORTALES

201516134

Quetzaltenango, junio 2022.



RESUMEN

Introducción: el control prenatal es una herramienta útil, que permite informar sobre el estado de salud y el reconocimiento de alarmas que ponen en peligro la vida de la gestante y el producto de la concepción; además, ayuda al médico a identificar los peligros y prevenir complicaciones. Por su parte, el puerperio inmediato se define como el periodo que procede al parto, con una duración de 24 horas, donde la mujer puede recuperarse de manera adecuada o presentar complicaciones, principalmente hemorragia posparto.

Objetivo: comparar la relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal.

Materiales y técnicas: se realizó un estudio de tipo correlacional, con una población de 146 pacientes divididas en dos grupos: las que recibieron control prenatal y las que no, que fueron atendidas en el departamento de ginecología del Hospital de Totonicapán en los meses de mayo a septiembre de 2020.

Resultados: las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en las embarazadas que no asistieron a control prenatal con el 45.20%; mientras que las mujeres que asistieron a control prenatal presentaron complicaciones en un 5.44%. Asimismo, se observó que el alumbramiento incompleto es la complicación más frecuente con el 32.4%.

Conclusiones: el 25% del total de las pacientes presentó complicaciones durante el periodo del puerperio inmediato; sin embargo, la mayoría de las pacientes pertenecieron al grupo que no acudieron a control prenatal, con el 45.20%.

Palabras claves: control prenatal, complicaciones, puerperio inmediato.



AUTORIDADES UNIVERSIDAD MESOAMERICANA

CONSEJO DIRECTIVO

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa -Rector
Dr. Luis Fernando Cabrera Juárez - Vicerrector General
Pbro. Mgtr. Rómulo Gallegos Alvarado, sdb. - Vicerrector Académico
Mgtr. Teresa García K-Bickford - Secretaria General
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales- Tesorera
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet- Vocal II
Mgtr. Luis Roberto Villalobos Quesada - Vocal III

CONSEJO SUPERVISOR SEDE QUETZALTENANGO

Dr. Félix Javier Serrano Ursúa
Mgtr. José Raúl Vielman Deyet
Mgtr. Miriam Maldonado
Mgtr. Ileana Carolina Aguilar Morales
Dra. Alejandra de Ovalle
Mgtr. Juan Estuardo Deyet
Mgtr. Mauricio García Arango

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

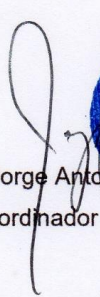

Mgtr. Juan Carlos Moir Rodas -Decano Facultad de Medicina
Mgtr. Jorge Antonio Ramos Zepeda -Coordinador Área Hospitalaria





El trabajo de investigación con el título: **“RELACIÓN ENTRE CONTROL PRENATAL Y EVOLUCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO ENTRE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A UN CONTROL PRENATAL VS. LAS QUE NO ASISTIERON A CONTROL PRENATAL, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE TOTONICAPÁN, JOSÉ FELIPE FLORES, EN LOS MESES DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 2020”**, presentado por la estudiante Victoria Alejandra Sanchez Portales que se identifica con el carné número 201516134, fue aprobado por el Comité de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado Licenciada.

Quetzaltenango, junio 2022

Vo.Bo.



Dr. Jorge Antonio Pérez Zepeda
Coordinador Área Hospitalaria

Vo. Bo.



Dr. Juan Carlos Moir Rodas
Decano
Facultad de Medicina



Quetzaltenango, junio 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

Respetables doctores:

YO, Victoria Alejandra Sanchez Portales estudiante de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, me identifico con el carné número 201516134, de manera expresa y voluntaria manifiesto que soy la autora del trabajo de investigación denominado **“RELACIÓN ENTRE CONTROL PRENATAL Y EVOLUCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO ENTRE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A UN CONTROL PRENATAL VS. LAS QUE NO ASISTIERON A CONTROL PRENATAL, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE TOTONICAPÁN, JOSÉ FELIPE FLORES, EN LOS MESES DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 2020.”**, el cual presento como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada. En consecuencia con lo anterior, asumo totalmente la responsabilidad por el contenido del mismo, sometiéndome a las leyes, normas y disposiciones vigentes.

Sin otro particular

Atentamente

Victoria Alejandra Sanchez Portales
201516134



Quetzaltenango, junio 2022

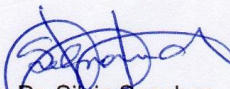
Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.


Respetables doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que **asesoré** el trabajo de investigación designado con el título, "**RELACIÓN ENTRE CONTROL PRENATAL Y EVOLUCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO ENTRE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A UN CONTROL PRENATAL VS. LAS QUE NO ASISTIERON A CONTROL PRENATAL, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE TOTONICAPÁN, JOSÉ FELIPE FLORES, EN LOS MESES DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 2020**", realizado por la estudiante Victoria Alejandra Sanchez Portales, quien se identifica con el carné número 201516134 como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente


Vo. Bo. Dra. Silvia Sánchez
Asesora

 Dra. Silvia Sánchez
Colegiado 8177
Ginecología y Obstetricia



Quetzaltenango, junio 2022

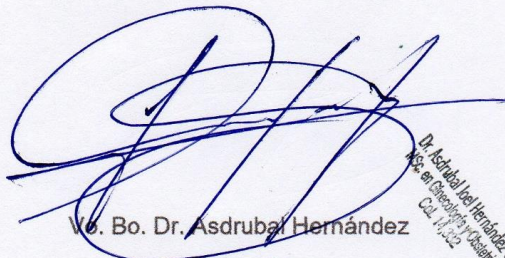
Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

Respetables doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que **asesoré** el trabajo de investigación designado con el título, **“RELACIÓN ENTRE CONTROL PRENATAL Y EVOLUCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO ENTRE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A UN CONTROL PRENATAL VS. LAS QUE NO ASISTIERON A CONTROL PRENATAL, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE TOTONICAPÁN, JOSÉ FELIPE FLORES, EN LOS MESES DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 2020”**, realizado por la estudiante Victoria Alejandra Sanchez Portales, quien se identifica con el carné número 201516134 como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente


Vó. Bo. Dr. Asdrubal Hernández
Coasesor

*Dr. Asdrubal Hernández Gil
Mg. en Ginecología y Obstetricia
Céd. 11,112*



Quetzaltenango, junio 2022


Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

Respetables doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que revisé el trabajo de investigación designado con el título **“RELACIÓN ENTRE CONTROL PRENATAL Y EVOLUCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO ENTRE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A UN CONTROL PRENATAL VS. LAS QUE NO ASISTIERON A CONTROL PRENATAL, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE TOTONICAPÁN, JOSÉ FELIPE FLORES, EN LOS MESES DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 2020”**, realizado por la estudiante Victoria Alejandra Sanchez Portales, quien se identifica con el carné número 201516134 como requisito previo para obtener el Título de Médica y Cirujana, en el grado de Licenciada, por lo que considero que el mismo reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Universidad Mesoamericana, y me permito emitir DICTAMEN FAVORABLE para que se le pueda dar el trámite correspondiente.

Sin otro particular

Atentamente


Vo. Bo. Mgtr. Hanea Calderón
Revisora del Trabajo de Investigación





DEDICATORIA

A Dios

Por la sabiduría brindada y la fuerza durante el proceso de formación.

A mis padres

Por el apoyo incondicional y el amor.

A los asesores

Dr. Asdrubal Hernández y Dra. Silvia Sánchez por su apoyo.

A la revisora

Mgtr. Hanea Calderón por su apoyo y ayuda.

A los catedráticos y autoridades universitarias

Por compartir conocimientos y formar parte de mi educación.



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN	2
III. MARCO TEÓRICO.....	3
A. Embarazo.....	3
B. Control prenatal.....	3
1. Componentes	4
2. Anamnesis	5
3. Determinación de la edad gestacional.....	6
4. Valoración fetal.....	7
5. Valoración materna	8
6. Tratamiento y suplementación.....	10
C. Puerperio.....	11
1. Puerperio inmediato	12
2. Puerperio mediato	13
3. Puerperio alejado y tardío	13
D. Puerperio complicado	14
1. Infección puerperal.....	14
2. Sepsis	15
3. Hemorragia Posparto	16
4. Mortalidad Materna.....	17
E. Complicaciones del puerperio inmediato	18
1. Atonía Uterina.....	18
2. Retención placentaria.....	18
3. Alumbramiento incompleto.....	19
4. Traumatismos del canal del parto	19



5. Inversión uterina	20
6. Acretismo placentario	21
7. Coagulopatía intravascular diseminada.....	21
IV. OBJETIVOS	23
A. Objetivo General	23
B. Objetivos Específicos.....	23
V. HIPÓTESIS	24
VI. MÉTODOS MATERIALES Y TÉCNICAS.....	25
A. Tipo de estudio.....	25
1. Correlacional.....	25
B. Universo	25
C. Población	25
D. Criterios de inclusión y exclusión	25
1. Criterios de Inclusión	25
2. Criterios de exclusión	25
E. Variables	26
F. Proceso de investigación	31
G. Aspectos éticos.....	31
VII. RESULTADOS.....	32
A. Datos generales	32
B. Perfil Ginecológico	38
C. Control prenatal	44
D. Parto.....	50
E. Complicaciones del puerperio inmediato	53
VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
IX. CONCLUSIONES	62



X.RECOMENDACIONES.....	63
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	64
XII. ANEXOS	70
A. Boleta de recolección de datos.....	70



I. INTRODUCCIÓN

El control prenatal es una herramienta útil, que permite informar sobre el estado de salud y el reconocimiento de alarmas que ponen en peligro la vida de la gestante y el producto de la concepción; además, ayuda al médico a identificar los peligros y prevenir complicaciones. Por su parte, el puerperio inmediato se define como el periodo que procede al parto, con una duración de 24 horas, donde la mujer puede recuperarse de manera adecuada o presentar complicaciones, principalmente hemorragia posparto.

El presente estudio expone si el control prenatal influye en la evolución del puerperio inmediato; en la población que fue atendida en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital de Totonicapán, Dr. José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020. Al tener acceso a las fichas clínicas, se analizaron a 146 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se transcribió la información a las boletas de recolección de datos, para luego comparar la información obtenida de las dos poblaciones de pacientes: las que habían llevado algún control prenatal y las que no lo hicieron.

Uno de los resultados expone que las complicaciones durante el puerperio inmediato no son tan comunes; sin embargo, se observó que el control prenatal disminuye su aparición, ya que las pacientes que presentaron algún problema, en su gran mayoría fueron quienes no asistieron a ningún control prenatal.

Cabe mencionar que la complicación que se presentó con mayor frecuencia fue el alumbramiento incompleto (restos placentarios), por lo que la mayoría de pacientes tuvo que ser sometida a una intervención quirúrgica para realizar la limpieza uterina, de lo contrario representaría un alto riesgo de infección, hemorragia y hasta una posible histerectomía.

Lo anterior, vuelve importante estos resultados para crear o reforzar estrategias que refuercen el control y la atención prenatal en los diferentes centros que prestan servicios de salud, para evitar complicaciones y garantizar la reducción de los índices de morbi-mortalidad materna.



II. JUSTIFICACIÓN

El control prenatal es fundamental en el embarazo, ya que al realizar este proceso de manera adecuada y con personal capacitado se pueden evitar complicaciones en el puerperio. Durante este periodo, las alteraciones de la madre traen consigo una serie de problemas, que no solo afectan a las mujeres, sino también a los recién nacidos.

La investigación establece la relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. aquellas que no asistieron a control prenatal, puesto que las complicaciones pueden provocar la mortalidad materna y posterior a ello, desencadenar una serie de problemas que representan gastos adicionales, además de generar un retraso en el plano social y de salud.

Cabe mencionar que entre los problemas que se presentan más a menudo en el puerperio inmediato y que repercuten en la mortalidad materna se encuentran: hemorragia uterina, causada por atonías, coagulopatías intravasculares, rasgaduras, laceraciones y alumbramientos incompletos.

Esta investigación es significativa para afirmar que el control prenatal funge como una herramienta de ayuda en el entorno que relaciona al médico con la paciente en estado de gestación, ya que muchas de ellas presentan problemas de salud, antecedentes personales, familiares o de embarazos anteriores, que se desconocen al momento de ser atendidas, detalles que son de suma importancia, tanto para el personal que brinda la atención primaria como para el que presta la atención en el hospital al momento del parto.

El estudio da a conocer la relevancia de llevar un control prenatal adecuado y las consecuencias desfavorables de su omisión, reflejados en el parto y posteriormente en el puerperio inmediato.

Los resultados obtenidos de esta investigación benefician a médicos, personal de salud y estudiantes que trabajan en el Hospital Departamental de Totonicapán, estará disponible de forma física y digital para que sirva de apoyo en el perfeccionamiento de la atención y cuidado de la gestante.



III. MARCO TEÓRICO

A. Embarazo

El embarazo es un periodo que inicia desde la unión del óvulo con el espermatozoide, la cual da como resultado un cigoto y pasará a implantarse al útero, posteriormente, transcurrirá un tiempo en el cual se desarrollará el feto, hasta el momento del parto.

En apoyo con la definición del Diccionario Mosby (s/f, p.444) el cual describe el parto como:

Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por los periodos embrionario y fetal. Durante uno 266 días (38 semanas) a partir de la fecundación, pero en clínica se toma como fecha de partida el día de comienzo de la última menstruación y se considera que se prolonga durante 280 días (40 semanas, 10 meses lunares y nueve meses y un tercio del calendario).

Por lo tanto, el embarazo se desarrollará en un periodo de 280 días, en los cuales, la madre pasará por diferentes cambios, tanto fisiológicos, metabólicos como anatómicos, para el desarrollo y crecimiento del embrión que posteriormente será feto.

B. Control prenatal

El control prenatal conlleva una serie de consultas médicas a las cuales debe acudir la embarazada, con el objetivo de evaluar el estado de la madre y el desarrollo del feto e identificar y tratar oportunamente algún problema que se pueda presentar durante el periodo gestacional.

De acuerdo con Carvajal y Ralph (2017, p.59) describen el control prenatal como:

“El conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal”.

Por lo anterior, se puede decir que el control prenatal, maneja una serie de procesos que son importantes para la prevención de problemas que se pueden derivar en el transcurso del



embarazo, así como en el parto y puerperio, ya que ponen en peligro la vida no solo de la madre sino del neonato.

Durante los controles, se realiza una serie de procesos que van encaminados a detectar si existe algún problema, que se hubiesen presentado en embarazos anteriores o que se puedan presentar durante la gestación actual, los procesos que se realizan incluyen una anamnesis, el examen físico y exámenes de gabinete. En cada control se comparan los datos obtenidos en las citas anteriores y se evalúa si el embarazo transcurre con normalidad.

1. Componentes

Para que un control prenatal sea adecuado, tiene que tener una serie de aspectos, que se deben clasificar durante la evaluación, el primero es la detección oportuna del embarazo, los siguientes pasos en la atención por personal capacitado, educación para la madre y la pareja, que sea periódico, que se examine a detalle cada aspecto y que se realicen exámenes de gabinete.

El control prenatal en la mayoría de los países es muy similar, con pequeñas diferencias, sin embargo, la mayoría de los protocolos de salud, describen que el primer control se debe realizar antes de las 11 o 12 semanas y posteriormente se citará cada 30 días, con excepciones según sea el caso.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS, 2018, p.6) establece un orden de citas a seguir:

Primera cita: antes de las 12 semanas de gestación, segunda cita: alrededor de las 26 semanas de gestación, tercera cita: alrededor de las 32 semanas de gestación, cuarta cita: entre las 36-38 semanas de gestación. Con citas cada 30 días a partir de su primera atención prenatal hasta la semana 35 (8 meses de embarazo). Luego citas cada 15 días hasta el parto.

Sin embargo, en un artículo publicado por la editorial Elsevier (2014) se describe que:

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



de controles, generalmente entre 7 y 11 visitas, aunque el número óptimo para un control adecuado en pacientes de bajo riesgo es algo en continua discusión.

Durante las visitas que realice la embarazada al servicio de salud, se tendrá un expediente de la paciente, en el cual se anotarán todos los datos obtenidos en cada visita, con el fin de comparar y evaluar, si el embarazo está llevándose se de manera adecuada o se encuentra algún problema, y de esta manera, evitar que la gestante presente complicaciones en cualquiera de las etapas siguientes. Además, la embarazada tendrá los datos más importantes anotados en un carné o ficha, la cual llenará el médico en cada visita que esta realice.

La información que se recolectará durante cada cita de la gestante, tiene un objetivo y todas las papeletas solicitan la misma información en cada persona.

2. Anamnesis

En esta sección, la persona encargada de realizar la consulta, realizará una serie de preguntas a la embarazada, con el objetivo de obtener la mayor información posible. Primero preguntará sus datos personales, ¿Cuál es su nombre completo? ¿Cuántos años tiene?, origen y residencia, ¿a qué dedica?, dónde se debe seguir un orden para realizar el examen, posteriormente, preguntas sobre sus antecedentes (médicos, quirúrgicos, familiares, vicios y manías y antecedentes ginecológicos). Cuando el examinador haya reunido todos los datos necesarios procederá al siguiente paso que es la evaluación.

De acuerdo con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2018, p.2) puntualizan que:

La historia familiar y anamnesis lo más detallada posible de la pareja y sus familiares, para identificar el riesgo de aparición o repetición de una alteración genética, debe recoger: edad de ambos progenitores, antecedentes de abortos espontáneos o mortinatos, antecedentes de esterilidad, técnicas de reproducción asistida, historia personal o familiar de enfermedades genéticas, malformaciones congénitas o retraso mental, historia familiar de enfermedades psiquiátricas y abuso de sustancias.

En esta sección es importante crear una comunicación, en la que la paciente le tenga confianza al médico o personal médico que la atenderá, ya que será más fácil recolectar



la información, también ella podrá exponer las preguntas que tenga o que se generen durante el interrogatorio y de esta manera servir de mejor manera, además que expondrá datos que son de relevancia o útiles y que muchas veces no son mencionados. Asimismo, se podrá tener un mayor número de controles ya que ella visitará el servicio de salud con libertad.

3. Determinación de la edad gestacional

Esta sección es muy útil, ya que, por medio de la edad gestacional, se evaluará el desarrollo y crecimiento fetal, al mismo tiempo se obtendrá una fecha probable de parto y se determinará en qué semana o mes de gestación se encuentra la embarazada, para asociar con mayor facilidad que problemas podría presentar y que tratamiento es el recomendado.

Para la determinación de la edad gestacional, se utilizan diferentes métodos. El que se maneja con mayor frecuencia, responde a preguntar la fecha de última menstruación, que es una de las más confiables, aunque muchas veces se presenta el inconveniente de que no recuerda o refieren tener ciclos irregulares, lo cual hace que esto no sea confiable. Otro método es el ultrasonido en las primeras semanas de gestación, pero puede presentar fallas; ya que a veces no se puede realizar por falta de recursos económicos o debido a que la embarazada consulta luego de los tres meses de gestación. Una tercera manera de obtener este dato, es por medio de la medición de la altura uterina, al igual que las otras no son tan confiables, debido a que en embarazos gemelares o problemas de polihidramnios u oligohidramnios la medición puede variar.

Carvajal, Donoso, Vera y Poblete (2017) plantean que:

Un pilar fundamental del control prenatal es el correcto diagnóstico de la edad gestacional. Este diagnóstico preciso debe formularse en el primer control prenatal (máximo el segundo si se solicita ecografía). **DIAGNÓSTICO DE EDAD GESTACIONAL**, el diagnóstico preciso se basa en conocer la FUM segura y confiable y una ecografía precoz (7-10 semanas).

Con la fecha de la última regla, lo que se pregunta a la embarazada, consiste en: día de inicio y la última menstruación que ella presento. Con esa fecha, se puede determinar cuantas semanas tiene aproximadamente y también, se le puede informar la fecha probable



de parto que puede tener. Esta fecha se obtiene al sumar 7 días a la fecha y restándole 3 meses, (ej. FUR 15/09/2020 su FPP sería (22/06/2021)

El ultrasonido obstétrico ayuda, cuando el médico tiene duda de que la paciente este embarazada o que el embarazo transcurra correctamente, Súros (2001) da a conocer que la ecografía obstétrica por, “diagnóstico inicial del embarazo, descartando patología propia del mismo como gestación extrauterina, etc. para enfermedades fetales (se realiza alrededor de las 20 semanas), permite valorar todos los órganos y extremidades del feto en su normalidad o cuando existen alteraciones”.

Sin embargo, la altura uterina es un método muy fácil de utilizar y de fácil acceso en las comunidades o áreas rurales, en las cuales, no se tiene acceso a realizar una ecografía o la mujer no recuerda su FUR.

La medición de la altura uterina es un método más utilizado en la práctica clínica. Se define como la distancia en centímetros (cm), desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta la altura del fondo uterino a través de la pared anterior del abdomen. El crecimiento uterino progresivo puede vigilarse a lo largo del embarazo, además de utilizar la altura del fondo uterino para calcular la edad gestacional. (Tumbaco, 2018)

4. Valoración fetal

Esta sección es una de las más importantes del control prenatal, ya que, puede detectar si existe algún problema o enfermedad presente en el feto, permite al médico explicar a los padres y si es posible, tratar el problema. Para la evaluación de la valoración fetal, se solicita una ecografía con perfil biofísico y según de los resultados obtenidos, se solicitará un ultrasonido estructural, para determinar si existe algún problema anatómico en el feto.

Las técnicas disponibles usadas para predecir el bienestar fetal se enfocan en los hallazgos biofísicos fetales, que incluyen frecuencia cardiaca, movimiento, respiración y producción de líquido amniótico. Estos hallazgos se emplean para realizar la vigilancia fetal anterior al parto a fin de alcanzar los objetivos señalados por el American College of Obstetricians and Gynecologists y la American Academy of Pediatrics (2012), que incluyen la prevención de la muerte fetal y la omisión de las intervenciones innecesarias. (Cunningham, Dashes, Leveno, Hoffman, Bloom, Casey, Spong y Sheffield, 2015)

Figura 1

Interpretación del perfil biofísico

Puntuación del perfil biofísico	Interpretación	Medidas recomendadas
10	Feto normal, sin asfixia	No existe indicación fetal para intervenir; repetir la prueba cada semana con excepción de la mujer diabética y el embarazo de postérmino (dos veces por semana)
8/10 (AFV normal)	Feto normal, sin asfixia	No existe indicación fetal para intervenir; repetir la prueba de acuerdo con el protocolo
8/8 (no se efectuó NST) 8/10 (AFV disminuido) 6	Sospecha de asfixia fetal crónica Posible asfixia fetal	Inducir el parto Si el volumen de líquido amniótico es anormal, inducir el parto Si el líquido es normal >36 semanas y el cuello uterino tiene una situación satisfactoria, inducir el parto Si la repetición de la prueba indica un recuento ≤6 puntos, inducir el parto Si la repetición de la prueba indica un recuento >6 puntos, observar a la embarazada y repetir la prueba de acuerdo con el protocolo
4	Probable asfixia fetal	Repetir la prueba el mismo día; si la puntuación del perfil biofísico es ≤6 puntos, inducir el parto
0 a 2	Asfixia fetal casi segura	Inducir el parto

AFV, volumen de líquido amniótico; NST, cardiotocografía en reposo. Modificado con autorización a partir de Manning, 1987.

Nota: Gráfica de interpretación de los aspectos que califica el perfil biofísico. Tomado de Obstetricia de Williams (p. 342, 2015).

5. Valoración materna

Este inciso del control prenatal, se enfoca en el estado de la embarazada, en el cual, se realiza una serie de pasos, con el objetivo de determinar el estado de salud de la misma y asegurar que no presente ningún problema que ponga en riesgo la vida de la paciente, como la del feto.

En este apartado se le pregunta a la embarazada si presenta alguna molestia o problema que ella detecte, como malestar al orinar, flujo, cefalea, dolor epigástrico entre otras. Además, se realiza una batería de exámenes que incluyen: un hemograma, pruebas serológicas, examen de uroanálisis, coproanálisis, entre otros.

Carvajal (2017) describe que:

En cada control prenatal se vigilará la condición de salud materna, mediante anamnesis y examen físico. El objetivo es recabar información remota y próxima, de elementos normales y mórbidos personales y familiares; conocer el motivo de consulta, y la aparición de síntomas, normales y patológicos. En el primer control se hará una



anamnesis y examen físico completo; mientras que en los demás controles prenatales se hará una anamnesis y examen físico dirigido a elementos específicos.

Los laboratorios que se solicitan a la embarazada dependen de la semana o trimestre de gestación que se encuentre, esto será según de la guía que se utilice en el área de salud.

Figura 2

Laboratorios solicitados en las Guías del Ministerio de Salud de Guatemala

Primer control <ol style="list-style-type: none">1. Orina.2. Heces.3. Hematología4. Glicemia en ayunas.5. Grupo y Rh.6. VDRL (análisis para detección de enfermedades venéreas)/RPR (Prueba de reargina plasmática rápida para sífilis).7. Ofertar prueba de VIH.8. Prueba rápida de Hepatitis B.9. Papanicolaou o Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA).10. De ser accesible se recomienda realizar TORCH (toxoplasmosis, rubeola, citomegalovirus, herpes virus).	Segundo Atención prenatal <ol style="list-style-type: none">1. Orina.2. Glicemia en ayunas.3. Ofertar prueba de VIH,4. VDRL/RPR.5. Hepatitis B.
	Tercera Atención Prenatal <ol style="list-style-type: none">1. Hematología.2. Orina.3. Glicemia en ayunas.
	Cuarta Atención Prenatal <ol style="list-style-type: none">1. Orina.2. Glicemia.3. Ofertar prueba de VIH.4. VDRL/RPR.5. Hepatitis B.
A toda paciente con fiebre, en zona endémica de malaria o nexo epidemiológico familiar o comunitario, realizar gota gruesa. En zonas endémicas de Chagas realizar tamizaje	

Nota: laboratorios solicitados en cada control prenatal. Tomado de las Normas de Atención "Salud Integral" (p. 8, 2018) MSPAS.

La OMS y PAHO (2003) describen una serie de laboratorios que se le puede solicitar a la gestante, según el trimestre en que se encuentre.

Primer trimestre: En orina: Examen General de Orina (EGO). En sangre: Prueba de VIH-SIDA previa consejería y consentimiento informado de la embarazada, RPR, Hemoglobina (Hb), Tipo y Rh, Glucemia. El Ultrasonido no debe ser indicado de rutina en la evaluación de un embarazo sin riesgo, cuando exista ALGUN FACTOR DE RIESGO SEGÚN EL FORMULARIO DE CLASIFICACION Y FACTORES DE RIESGO DE HCPB referir a médico especialista quien la valorará y decidirá su ABORDAJE



CLINICO. Segundo trimestre Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención. Indicar nuevamente el resto de exámenes si no se los ha realizado aun (VIH/ SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia). Tercer trimestre. Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención. Indicar nuevamente el resto de exámenes (Tipo y Rh, Glucemia) si no se los ha realizado aún.

Estos exámenes son importantes para detectar algún problema que presente la embarazada y de esta manera, dar tratamiento oportuno para evitar una complicación futura. La OMS (2019) argumenta que “se estima que más de 40% de las embarazadas del mundo sufren anemia. Al menos la mitad de esta carga de anemia se atribuye en principio a la carencia de hierro”. Esto se puede detectar gracias a un examen de hematología completa, la cual brinda no solo el dato si la embarazada sufre de anemia, sino que también, si pasa por un proceso infeccioso.

6. Tratamiento y suplementación

El tratamiento depende de los resultados que se obtengan de los laboratorios. Los cuales se deben revisar en cada control prenatal, así como la clínica que presente la embarazada, ya que esto indicara si se presenta algún estado patológico que necesite tratamiento.

Por lo general el tratamiento que reciben las embarazadas es por infecciones del tracto urinario, así como por problemas de anemias, y es menos frecuente que se trate por otras enfermedades, aunque se debe tomar en cuenta si existe alguna comorbilidad, que necesite de tratamiento como hipertensión, diabetes u hipotiroidismo.

La suplementación durante el embarazo es muy importante, no solo porque previene que presente alguna patología tanto para la gestante, sino que advierte futuras complicaciones en el parto y puerperio. Además, esta suplementación es aún más importante que se realice antes del embarazo, para evitar defectos del tubo neural en el feto u algunas otras malformaciones.



La OMS (2019) describe que la suplementación en las embarazadas debe ser:

Para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, el bajo peso al nacer y el nacimiento prematuro se recomienda que las embarazadas tomen un suplemento diario por vía oral de hierro y ácido fólico con entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico. El equivalente de 60 mg de hierro elemental es 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso. La ingesta de ácido fólico debería comenzar lo antes posible (preferiblemente antes de la concepción) para prevenir los defectos del tubo neural.

C. Puerperio

El Ministerio de Salud de México (2018) define el puerperio como: “Período que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días”.

Por lo que se puede decir que el puerperio es el periodo inmediatamente después del parto, en el cual el organismo de la madre regresará a un estado fisiológico normal, para ello deberá pasar por distintos procesos, los cuales se dan en un tiempo determinado. El puerperio tiene una división según las horas o días posparto de la paciente.

“El puerperio inmediato: 24 horas. Incluye el puerperio postparto (2 primeras horas, vigilar hemorragias), puerperio precoz o propiamente dicho: primera semana, puerperio tardío: 40-45 días (retorno de la menstruación), puerperio alejado: 45 días hasta un límite impreciso”. (Granero, 2004).

Mientras el Ministerio de Salud de Guatemala (2018) lo divide de la siguiente manera: “inmediato (primeras 24 horas), mediano (de 2 a 7 días) y tardío (de 8 a 42 días). De acuerdo a las horas o días posteriores al parto”.

Según el período del puerperio, se evaluará a la paciente y esta división también ayuda a clasificar e identificar patologías que se pueden presentar con mayor frecuencia, según el tiempo que haya transcurrido para dar tratamiento oportuno.

Pero el puerperio, más allá de ser un período que transcurre después del parto, es una etapa en la cual el organismo de la paciente regresará a un estado fisiológico, sus órganos



volverán a funcionar de la manera que lo hacían antes de pasar por el periodo gestacional. Para una mejor explicación se puede decir que “Durante el puerperio, los órganos y sistemas maternos que sufrieron transformaciones durante el embarazo y parto, presentan modificaciones que los retornan o involucionan en gran medida a las condiciones pregestacionales”. (Peralta, 1996)

1. Puerperio inmediato

El puerperio inmediato es descrito por Schwarcs, Fescína & Duverges (2005, p.538) como:

Primeras 24 horas desde el parto. El pulso es regular con una frecuencia de 6 a 70 latidos por minuto. La tensión arterial se encuentra normal o algo baja. A veces hay escalofríos. Se debe vigilar la formación y persistente del globo de seguridad de Pinard, existe una pérdida sanguínea pequeña de alrededor de 300ml. Durante estas horas la madre está expuesta al mayor riesgo de hemorragias y shock. Además de vigilarse el estado general debe prestarse atención a la posible hemorragia causada por atonías uterina, por retención de restos placentarios o por desgarros cervicouterinos y vaginales altos.

Es de suma importancia vigilar a la puérpera durante este periodo y aún más sustancial, vigilarla las primeras dos horas, ya que, hay mayor riesgo de que presente problemas de atonía uterina, provocada por diversas patologías, la misma desencadena una hemorragia, que, si no se controla a tiempo, puede crear alteraciones y provocar Shock.

En las instituciones guatemaltecas de los servicios de salud, se utilizan protocolos, que permiten evaluar el estado general de la puérpera en las primeras 2 horas, posteriores al parto que ayudan a evaluar que esté transcurra como un puerperio inmediato normal, y si no fuese de esta manera, identificar de manera más rápida alguna complicación y tratarla oportunamente para evitar complicaciones. Los protocolos son:

Toma de signos vitales cada 15 minutos, durante 2 horas y luego cada 30 minutos por 2 horas más, vigile estado de conciencia, asegure que el útero se encuentre involucionado, palpándolo cada 15 minutos, asegurándose que esté duro y debajo del ombligo (globo de seguridad de Pinard) y que no haya hemorragia vaginal, pregunte, observe y verifique que no presente signos y síntomas de peligro: Hemorragia vaginal, convulsiones, cefalea fuerte, visión borrosa, o dolor fuerte en la boca del estómago.



Dificultad para respirar, temperatura mayor de 38° C, ausencia de involución uterina, desgarros en región perineal, Hipertensión arterial (sistólica igual o mayor a 140 mm de Hg, diastólica igual o mayor a 90 mm de Hg), Hipotensión arterial. (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2018)

2. Puerperio mediato

El puerperio mediato, es el período que transcurre a partir del segundo día, y depende de la literatura en la que se revise, puede tomar hasta el 7mo u 10mo día. También puede ser llamado como el puerperio propiamente dicho.

La OMS y PAHO (s/f) describe que durante este período es importante evaluar ciertos aspectos como:

La atención que se realiza posterior al alta hospitalaria para efectuar control de la evolución del puerperio. Debe ser indicada a todas las mujeres cuyo puerperio fue normal. Síntomas: Indagar sobre cambios en las mamas, la involución uterina, existencia de entuertos, características de loquios. Si hay persistencia de entuertos después del 3er día sospechar de retención de restos placentarios. Signos Vitales. Hay pérdida de peso de 4 a 6 Kg. La temperatura es normal (37°C) e incrementarse un poco con la secreción láctea, puede existir una ligera hipotermia (36.4°C a 36.8°C), la presión arterial es normal o un poco baja, el pulso puede oscilar entre 60 y 70 latidos por minuto (excepto si ha habido hemorragia en el alumbramiento).

Es importante explicar a la paciente cuales son los datos o aspectos que ella puede observar y que son normales/anormales, por los que tendría que consultar a un servicio de salud, para que le brinden un tratamiento oportuno y adecuado.

3. Puerperio alejado y tardío

El puerperio alejado, es el que ocurre a partir del 8vo. O 11vo. día hasta los 40 días posparto. En este periodo, el médico debe evaluar la involución completa del útero. Además, se puede decir que todos los órganos regresan a un estado fisiológico que presentaba previo al embarazo, concluyéndose esta etapa.



D. Puerperio complicado

Como se describió con anterioridad, el puerperio, es el periodo inmediatamente después del parto, sin embargo, al presentar alguna alteración la paciente en este tiempo, se describe como un periodo complicado.

La mayor complicación en este periodo es la hemorragia posparto, la cual si no se trata en un tiempo determinado y no se da un manejo adecuado la paciente puede morir.

Carvajal et al. (2017) describe como “El puerperio es un complejo período del parto, en él pueden presentarse complicaciones graves que incluso pueden llevar a la muerte materna. Las complicaciones más frecuentes son las hemorragias y las infecciones”.

Las complicaciones puerperales incluyen una lista mucho más amplia de complicaciones, en algunas literaturas se detalla:

Las complicaciones puerperales incluyen muchas de las que ocurren durante el embarazo, sin embargo, también hay otras que son más frecuentes en este periodo. La más típica es la infección pélvica puerperal, un asesino conocido de las mujeres en esta etapa. Otras infecciones son la mastitis y los abscesos mamarios. Las tromboembolias en el puerperio de seis semanas tienen la misma frecuencia que durante las 40 semanas anteriores al parto. (Cunningham et al., 2015, p.682)

1. Infección puerperal

La infección puerperal es una complicación que puede sufrir la mujer en el periodo posparto, por lo general esta se presenta después de varias horas o días; existen algunos casos en que la paciente desconoce que ya cursaba con una infección, que puede ser tracto urinario, vaginal o corioamnioitis. En períodos más largos de tiempo puede presentar infección de herida operatoria, ya sea cesarí o episiotomía.

Cunningham et al. (2015, p.682) mencionan que:

Por lo general, el término infección puerperal se utiliza para describir cualquier infección bacteriana del aparato genital después del parto. Durante gran parte del siglo xx las infecciones puerperales, la preeclampsia y la hemorragia obstétrica formaron parte de la tríada letal de mortalidad materna.



Para identificar una infección, se debe tener un control de la paciente y además educarla sobre los signos y síntomas de peligro a presentarse en este periodo e indicar que consulte a un servicio de salud para su atención oportuna, así evitar que esta tenga desenlaces con mayores complicaciones.

Habitualmente las complicaciones infecciosas puerperales se detectan por un cuadro febril. Dado que el primer día post-parto se pueden observar alzas térmicas en pacientes sin un cuadro infeccioso, es recomendable mantener una conducta expectante hasta después del primer día. La fiebre puerperal se reconoce por fiebre posterior a las 24 h post parto, con 2 tomas de T° axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$ separadas por 6 horas. En estas pacientes es necesario hacer todos los esfuerzos por determinar el foco febril, analizando el cuadro clínico, el momento de presentación, el examen físico y los hallazgos de laboratorio. (Carvajal et al., 2017)

2. Sepsis

La sepsis es un cuadro de infección severa, ya que esta no se encuentra en delimitada, sino pasa a estar en un plano sistémico, complica el estado de la salud de la paciente llegándola a poner en riesgo de falla orgánica, shock y uso de cuidados intensivos.

Esta complicación se puede evitar si la infección se trata a tiempo, al apegarse al tratamiento y establecer el tipo de infección que presente la puérpera.

Sánchez y Mata (2018) definen este término como:

La sepsis es un síndrome complejo, difícil de diagnosticar y tratar, inducido por un proceso infeccioso, y que presenta una elevada morbimortalidad, especialmente cuando se asocia a disfunción orgánica y/o shock y no se trata de manera precoz. La sepsis es uno de los motivos más frecuentes de ingreso en el hospital y en las unidades de cuidados intensivos, y a menudo complica el curso de otros procesos. Su letalidad es del 10%, mayor que la del ictus, el infarto agudo de miocardio o el trauma grave, y aumenta hasta el 40% cuando se produce shock séptico.

Cuando una puérpera sufre de esta complicación, se debe pensar, en cuál fue el cuadro de origen que no fue tratado a tiempo o qué pasó desapercibido y ha causado esta patología. La Secretaría de Salud de México (2018), expresa que:



Una infección del tracto genital que ocurre entre el periodo transcurrido entre la rotura de membranas o el nacimiento y los 42 días posparto y la presencia de uno o más de los siguientes datos clínicos: dolor pélvico, flujo vaginal anormal, flujo fétido transvaginal y retardo en la involución uterina y fiebre.

Como esta complicación es muy común y se presenta no solamente en puerperio, se han realizado varios estudios, con los que se ha podido brindar recomendaciones de una detección rápida, y así, evitar que esta produzca la muerte de los pacientes y tratar de manera oportuna, es por ello que la Society of Critical Care Medicine (2016) ha lanzado un documento, denominado: Sepsis Surviving Campaign, mismo que es utilizado a nivel mundial:

El SIRS es un examen rápido en el que se evalúan ciertos signos con lo que es más fácil diagnosticar si presenta o no sepsis. Dos o más de los siguientes signos: temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$, FC $> 90/\text{min}$, FR $> 20/\text{min}$ o $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$, recuento de leucocitos $> 12\ 000/\text{mm}^3$ o $< 4000/\text{mm}^3$ o $> 10\%$ formas inmaduras.

3. Hemorragia Posparto

La hemorragia posparto es la complicación que se presenta con mayor frecuencia, inmediatamente después del parto y esta es producida por diferentes causas, una de las principales es por atonía uterina, también puede ser producida por restos placentarios, polihidramnios, embarazo gemelar entre otras causas.

Las hemorragias postparto constituyen aún una importante causa de Mortalidad Materna (MM). Según la OMS, el 2005 las hemorragias graves ocuparon el primer lugar dentro de las causas de MM a nivel mundial, dando cuenta de un 25% de las muertes maternas totales, independiente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país. Si bien el 99% de estas muertes ocurrieron en países en vías de desarrollo, es importante destacar la importancia de esta complicación, tanto por su magnitud como por la existencia actualmente de herramientas disponibles para evitar o disminuir al mínimo su ocurrencia. (Solarí, Wash, Guerrero, Enríquez, 2014).

Al detectar la hemorragia, es importante que esta se clasifique para dar un tratamiento adecuado y preciso, de esta manera disminuir las posibilidades de que agrave. Anteriormente, la HP se clasificaba según las pérdidas hemorrágicas que presentaba la



mujer, pero en la actualidad, a esta se le agregan otros síntomas y signos que se manifiestan, como estado de conciencia, frecuencia cardíaca, temperatura, presión arterial sistólica.

Chanadreaaran y Kishna (2019) dan a conocer algunas de las diferentes causas que pueden provocar la hemorragia uterina.

La HP atónica secundaria a la atonía del músculo uterino está presente en casi el 80% de las mujeres con sangrado excesivo del tracto genital dentro de las 24 horas posteriores al parto. Las mujeres que han tenido un parto prolongado, embarazos múltiples, polihidramnios, feto grande, pirexia durante el parto o son obesas están en alto riesgo. Las causas raras de HP primaria son la inversión uterina, la placenta previa y las hemorragias extragenitales. La causa más frecuente de HP secundaria es la endometritis. Se estima que más del 85% de las mujeres que tienen un parto vaginal sufrirá algún grado de trauma perineal, y, de ellas, el 60-70% requerirá una sutura. Una episiotomía por sí misma puede aumentar hasta 5 veces el riesgo de HP.

4. Mortalidad Materna

La mortalidad materna es la complicación más preocupante que se puede presentar en los servicios de salud, ya que es un indicador de subdesarrollo, que afecta no solo a la familia, sino a la comunidad, ya que es un indicador de atraso en varios aspectos.

La OMS (2018) expresa y argumenta que:

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), las infecciones



(generalmente tras el parto), la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto, los abortos peligrosos.

E. Complicaciones del puerperio inmediato

Las complicaciones del puerperio inmediato, se presentan después del parto y en las primeras 24 horas. Por lo que estas son detectadas por el personal de salud, que se encuentra a cargo de la paciente, generalmente se esperan la mayoría de complicaciones en las primeras dos horas, es por ello que, en las instituciones públicas de Guatemala, se tiene una evaluación y control de la paciente, para detectar y tratar a tiempo este tipo de dificultades.

1. Atonía Uterina

Smith (2005, p.161) define como atonía uterina a la “Pérdida del tono uterino después del parto, que se presenta con frecuencia como hemorragia posparto”.

Para determinar las causa que provocan atonía uterina, se debe utilizar, el nemotécnico de las 4 T, la primera T es de tono, falta de contractibilidad del útero, la segunda tejido, es importante revisar que la placenta haya salido completa y que no quede nada dentro de la cavidad uterina, la tercera es trauma, existe la posibilidad que cuando salió el producto pudo causar alguna laceración u rasgadura que cause el sangrado, y la cuarta es de tiempos, es la más rara, es producida por una coagulopatía intravascular diseminada.

El tratamiento generalmente, no utiliza medicamentos, más bien, se realiza un masaje uterino que busca formar un globo de seguridad de Pinard, que es cuando el útero se contrae y se puede palpar como una masa dura en la región supra púbica, si esta técnica no funciona, se puede utilizar medicamento; la oxitocina es el de primera elección. Si esta falla, se puede utilizar una lista de medicamentos o dar tratamiento con otras herramientas, según sea el grado de resolución que se necesite.

2. Retención placentaria

La retención placentaria, es un proceso patológico en el cual no se da el alumbramiento de la placenta, por lo que Asturizaga y Toledo (2014) indican que:

Si luego del manejo activo del alumbramiento y realizar la tracción controlada del cordón, la placenta permanece retenida después de 30 minutos, se establece el diagnóstico de placenta retenida. El primer paso en el manejo de esta patología es la



inyección venosa intraumbilical de oxitocina: 10-20 U diluidas en 20 ml de solución fisiológica. Si luego de 15 a 30 minutos no se observa signos de desprendimiento se debe realizar una extracción manual de la placenta.

3. Alumbramiento incompleto

Cuando se produce un alumbramiento incompleto, esto quiere decir que, se encuentran segmentos de la placenta dentro de la cavidad uterina lo que, Dubóm y Romero (2011) definen como “La retención de restos placentarios se puede manifestar en el puerperio tardío en forma de sangrado genital intermitente, presencia de loquios fétidos, endometritis y subinvolución uterina. El ultrasonido pélvico es de gran utilidad para el diagnóstico diferencial de esta entidad”.

Para que esta complicación no suceda, después del parto se debe activar el tercer período el cual La Sociedad Argentina de Sociedades de Ginecología y obstetricia (2019, p.4) define como:

Aplicación de intervenciones que facilitan la expulsión de la placenta aumentando las contracciones uterinas y, acortando los tiempos, para prevenir la hemorragia post-parto por atonía uterina. Administración de un agente uterotónico, preferentemente oxitocina, inmediatamente después del nacimiento. Tracción controlada del cordón (TCC) para desprender la placenta. Masaje del fondo uterino después de la expulsión de la placenta durante 5 minutos.

4. Traumatismos del canal del parto

Dentro de las lesiones o traumatismos del canal del parto podemos encontrar, rasgaduras o laceraciones y estas suceden cuando el producto está pase por dicho canal, el perineo no se distiende lo suficiente o no se realiza una episiotomía correcta, que ocasione estos traumatismos.

Toledo y Asturizaga (2014) postulan que:

Asociado a un parto instrumentado, a la presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa. La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de



continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio. Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarro. Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas.

Por anterior, es importante que después del parto y del alumbramiento de la placenta, se revise y evalúe el canal de parto, para descartar lesión y de haberla, evaluar si esta no necesita de una sutura, para impedir que la puérpera tenga perdidas hemáticas y presente una hemorragia.

Es importante reflexionar que, si existe algún tipo de lesión, se le informe a la paciente, para que tenga los cuidados necesarios.

5. Inversión uterina

Borges, Díaz, Rodríguez, Garaboto, Moya y Moré (2016) definieron la inversión uterina como:

Una de las complicaciones más graves del tercer estadio del parto que pone en peligro la vida de la parturienta. La inversión del útero consiste en un cambio de disposición de sus paredes, la cara interna se convierte en externa y el órgano se invagina en forma de dedo de guante. Los factores de riesgo se asocian a un inadecuado manejo de la tercera etapa del parto. Se describen entre ellos la tracción inapropiada del cordón umbilical, las maniobras de presión fúndica (maniobra de Credé), la extracción manual de la placenta, el acretismo placentario y la presencia de un cordón corto. También, aunque raro, puede asociarse con malformaciones congénitas del útero.

Para evitar esta complicación, es importante que, al iniciar con el tercer estadio del parto, se realice de forma adecuada la maniobra correspondiente para el alumbramiento de la placenta y no precipitar este proceso.

El tratamiento para esta patología es manual, lo que busca es colocar el útero a su posición, si esto no es posible se debe realizar tratamiento quirúrgico.



Figura 3

Clasificación de inversión uterina

Grado	Características
Grado I	El fondo se extiende hasta el cuello uterino
Grado II	Protrusión del fondo por debajo del anillo cervical pero no alcanza el orificio vaginal
Grado III	Completa. Extensión del fondo hasta el orificio vaginal
Grado IV	Total o prolapso. Vagina invertida con el útero por debajo del orificio vaginal

Nota: La tabla clasifica los grados de complicación que puede presentar la inversión uterina. Tomado de Borges (2016).

6. Acretismo placentario

El acretismo placentario es una implantación anómala de la placenta en el útero, crece a través de las 3 capas del útero, según su clasificación.

La ACOG (2018) en una publicación define el acretismo placentario como:

Se define como la invasión anormal del trofoblasto de parte o toda la placenta hacia el miometrio de la pared uterina. El espectro de placenta accreta, antes conocido como placenta de adherencia mórbida, se refiere al rango de adherencia patológica de la placenta, que incluye placenta increta, placenta percreta y placenta accreta.

Entre los factores de riesgo que pueden ocasionar esta patología se encuentran:

El más común es un parto por cesárea anterior, con la incidencia del espectro de placenta accreta que aumenta con el número de partos por cesárea previos. Los factores de riesgo adicionales incluyen edad materna avanzada, multiparidad, cirugías uterinas previas o legrado y síndrome de Asherman, (ACOG, 2018)

7. Coagulopatía intravascular diseminada

La coagulación intravascular diseminada (CID) es un síndrome que puede iniciarse por una gran cantidad de trastornos médicos, quirúrgicos y obstétricos. La CID, también conocida como coagulopatía consuntiva o de consumo, contribuye con frecuencia a la morbilidad y mortalidad materna y se asocia con hasta un 25% de muertes maternas. La etiopatogenia de la CID es compleja y actualmente se piensa que se inicia por el



factor tisular o tromboplastina, que se libera del tejido trofoblástico o fetal, o de la decidua materna o el endotelio. El factor tisular activa la secuencia de coagulación que provoca la coagulación de la fibrina y su disolución por el sistema de fibrinolisis. El resultado de este proceso puede variar desde leves alteraciones de laboratorio clínicamente insignificantes hasta una marcada coagulopatía con sangrado en sitios de traumatismo mínimo. Aunque el reconocimiento clínico varía según la gravedad de la enfermedad, varias organizaciones han intentado estandarizar el diagnóstico a través del desarrollo de sistemas de puntuación. En el área obstétrica específicamente, algunos tipos de coagulopatía de consumo siguen siendo un problema a más de un siglo de la descripción de DeLee sobre "la hemofilia temporal" que se desarrolló en las mujeres con desprendimiento de la placenta o fetos muertos retenidos por tiempo prolongado, en 1901. Ratnoff y colaboradores describieron más tarde las anomalías hemostáticas resultantes de la embolia de líquido amniótico. (Cunningham et al., 2015, p.1-2)

El test de Wimer es una prueba que se puede realizar, para identificar que no exista ningún problema de coagulación.

Prueba que se realiza para el diagnóstico precoz de trastornos de coagulación y que se hace junto a la paciente. Se debe colocar 5ml de sangre en un tubo de vidrio sin anticoagulante y mantenerlo de 5 a 8 minutos dentro del puño (temperatura corporal) con las siguientes interpretaciones: si se forma coágulo no existe trastorno de la coagulación (fibrinógeno más de 150 mg/dl). Si el coágulo se forma, pero se desorganiza al agitar, existe una disminución del fibrinógeno debajo de 150mg/dl (entre 100 y 150 mg/dl). No se forma el coágulo, existe una fibrinogenemia grave (menor de 100 mg/dl). (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Programa Nacional de Salud Reproductiva, 2013, p.13).



IV. OBJETIVOS

A. Objetivo General

1. Comparar la relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal, vs. Las que no asistieron a control prenatal.

B. Objetivos Específicos

1. Describir el perfil epidemiológico y gineco-obstétrico de las pacientes que recibieron vs. las que no asistieron a control.
2. Identificar en qué trimestre de gestación acudieron con mayor frecuencia para un control prenatal.
3. Comparar la evolución del puerperio inmediato de las pacientes que recibieron, y no un control prenatal.
4. Identificar las morbilidades en el embarazo que contribuyeron a un puerperio complicado.
5. Identificar las complicaciones más comunes, que presentan las mujeres en el puerperio inmediato.



V. HIPÓTESIS

Hi: Sí existe relación entre el control prenatal y la evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a su control prenatal, vs. Las que no asistieron a control prenatal.

Ho: No existe relación entre el control prenatal y la evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a su control prenatal, vs. Las que no asistieron a control prenatal.



VI. MÉTODOS MATERIALES Y TÉCNICAS

A. Tipo de estudio

1. Correlacional.

“Tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto particular”. (Hernández, Fernández, Bautista, 2014)

B. Universo

Pacientes embarazadas que consultaron en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Departamental de Totonicapán “José Felipe Flores” durante los meses de mayo a septiembre del 2020.

C. Población

146 pacientes embarazadas que recibieron control prenatal vs. Las que no asistieron a control prenatal y consultan al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Departamental de Totonicapán, Dr. José Felipe Flores y consultaron en los meses de mayo a septiembre del 2020.

D. Criterios de inclusión y exclusión

1. Criterios de Inclusión

- a. Pacientes embarazadas que recibieron control prenatal por personal capacitado.
- b. Pacientes embarazadas que recibieron control prenatal por personal no capacitado.
- c. Pacientes embarazadas que no recibieron control prenatal.
- d. Pacientes atendidas en el Hospital de Totonicapán José Felipe Flores.
- e. Pacientes atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia.

2. Criterios de exclusión

- a. Pacientes no embarazadas.
- b. Pacientes con complicaciones del puerperio posteriores a las 24 horas
- c. Pacientes que acudieron a otro servicio.



E. Variables

Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Dimensión de medición	Escala de medición	Instrumento de medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente a la fecha.	Cuantitativa	< 15 15-20 21-25 25-30 31-35 35-40 >40	Nominal de razón	Registro médico.
Ocupación	Papel que desempeña la persona en su entorno social.	Cualitativo	Ama de casa Dependiente de mostrador Comerciante. Enfermera. Maestra Otros	nominal	Registro médico.
Etnia	Conjunto de personas que pertenecen a una misma raza y, generalmente a una misma comunidad lingüística y cultural.	Cualitativo	Maya Mestizo Garífuna	Nominal	Registro médico.



Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Dimensión de medición	Escala de medición	Instrumento de medición
Procedencia	Lugar del que acude (vive).	Cualitativo	Totonicapán San Cristóbal San Francisco El Alto San Andrés Xecul Momostenango. Santa María Chiquimula Santa Lucía La Reforma San Bartolo Quetzaltenango Salcajá Otro.	Nominal	Registro médico.
Perfil ginecológico	Parte de la anamnesis, la cual cuenta con información ginecológica de la paciente.	Cuantitativo	Gestas, abortos Partos eutócicos simples Partos distócicos simples Hijos vivos, hijos muertos Menarquia Fecha ultima de regla Inicio de vida sexual.	Nominal	Registro médico.



Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Dimensión de medición	Escala de medición	Instrumento de medición
			Utilización de métodos de planificación familiar Periodo intergenésico Número de parejas sexuales.		
Control prenatal	Citas a las que acude una mujer gestante para evaluación del desarrollo del embarazo.	Cuantitativo	Número de citas	Ordinal	Registro médico.
Fechas de última menstruación	Es el último día de la última menstruación	Cuantitativo	Fecha	Nominal	Registro médico.
Fecha probable de parto	Es el día posible en que pueda ser el parto. La cual se realiza por fórmulas.	Cuantitativo	Fecha	Nominal	Registro médico.
Semanas de gestación	Es el periodo comprendido entre la concepción y el nacimiento.	Cuantitativo	1-13 14-27 28-40	Ordinal	Registro médico.



Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Dimensión de medición	Escala de medición	Instrumento de medición
Números de gestas	Cantidad de embarazos que ha tenido con anterioridad.	Cuantitativo	Gestas	Nominal	Registro médico.
Signos vitales	Son medidas de varias características fisiológicas.	Cuantitativo	Presión arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria Temperatura Saturación de oxígeno.	Ordinal	Registro médico.
Tratamiento	Conjunto de medicamentos que poseen una reacción fisiológica.	Cualitativo	Ácido fólico Hierro Prenatales	Ordinal	Registro médico.
Enfermedades durante el embarazo	Patologías que se presentan durante el periodo de embarazo.	Cualitativo	Hipertensión Diabetes mellitus Hipotiroidismo, desnutrición infecciones urinarias, parasitismo intestinal, etc.	Ordinales	Registro médico.



Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Dimensión de medición	Escala de medición	Instrumento de medición
Enfermedades Preexistentes	Patologías que se presentaron antes del embarazo.	Cualitativo	Hipertensión Diabetes mellitus Hipotiroidismo, etc.	Ordinales	Registro médico.
Peso materno	Medida antropométrica de la masa corporal del cuerpo.	Cuantitativo	Ganancia de peso de la madre durante el embarazo que puede ser de 25 a 30 durante la gestación. IMC	Nominal	Registro médico.
Peso fetal	Medida antropométrica de la masa corporal del cuerpo.	Cuantitativo	Peso que tiene el niño al nacer el peso normal de 5.8 lb 0 6 lb	Nominal	Registro médico.
Resolución del parto	Situación por la que el feto nace.	Cualitativo	Parto eutócico simple Parto distócico simple		Registro médico.



Variable	Definición conceptual	Tipo de variable	Dimensión de medición	Escala de medición	Instrumento de medición
Complicaciones del puerperio	Evolución patológica que presentan en un determinado momento.	Cualitativo	Hemorragia posparto, sepsis, infecciones, hipertensión, atonías uterinas, alumbramiento incompleto, laceraciones y rasgaduras uterinas, CID.	Ordinal	Registro médico.

F. Proceso de investigación

1. Selección y aprobación del tema.
2. Elaboración y correcciones de anteproyecto.
3. Elaboración y correcciones de protocolo.
4. Solicitud y aprobación de recolección de datos.
5. Análisis y elaboración de gráficas exponiéndose los datos obtenidos.
6. Realización de discusión de resultados.
7. Entrega de trabajo final.

G. Aspectos éticos

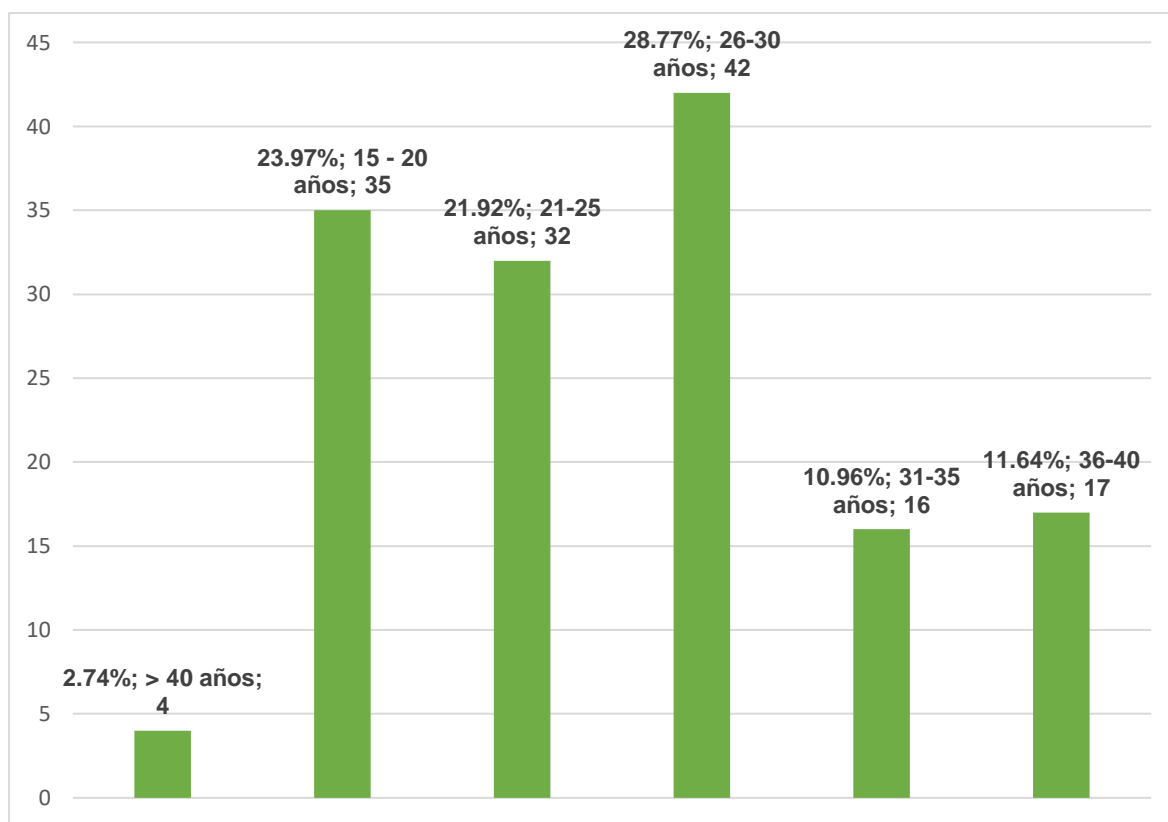
La información recolectada durante el proceso de trabajo de campo se obtuvo a través de papeletas que se solicitaron en Registro del Hospital de Totonicapán. Su uso se manejó de forma confidencial y no se expusieron los datos personales de las pacientes.

VII. RESULTADOS

A. Datos generales

Gráfica A. 1

Edad de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre Control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. Las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.

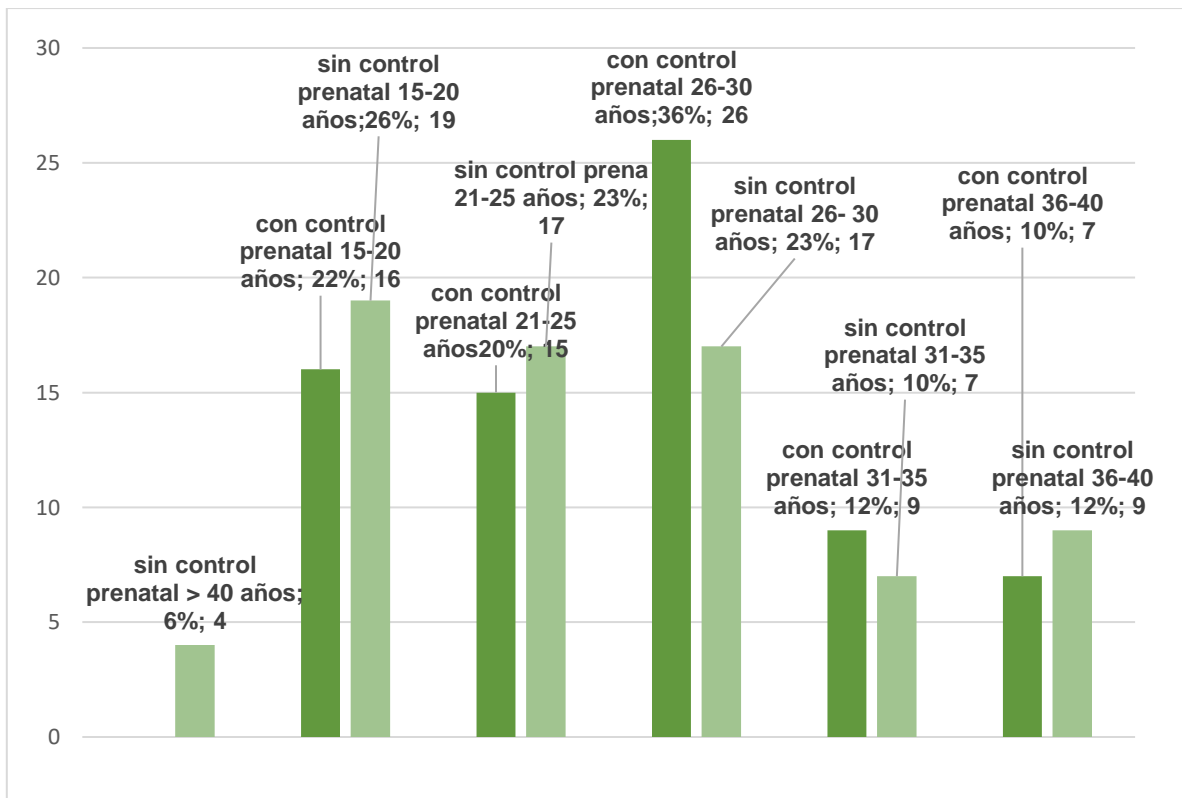


Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se establece que la mayoría de la población estudiada se encuentran en el rango de 26 a 30 años de edad con el 28.7%; mientras que la minoría de las pacientes son mayores de 40 años con un 2.74%.

Gráfica A. 2

Asociación entre la edad de las gestantes y la asistencia a control prenatal, de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre el control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. Las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.



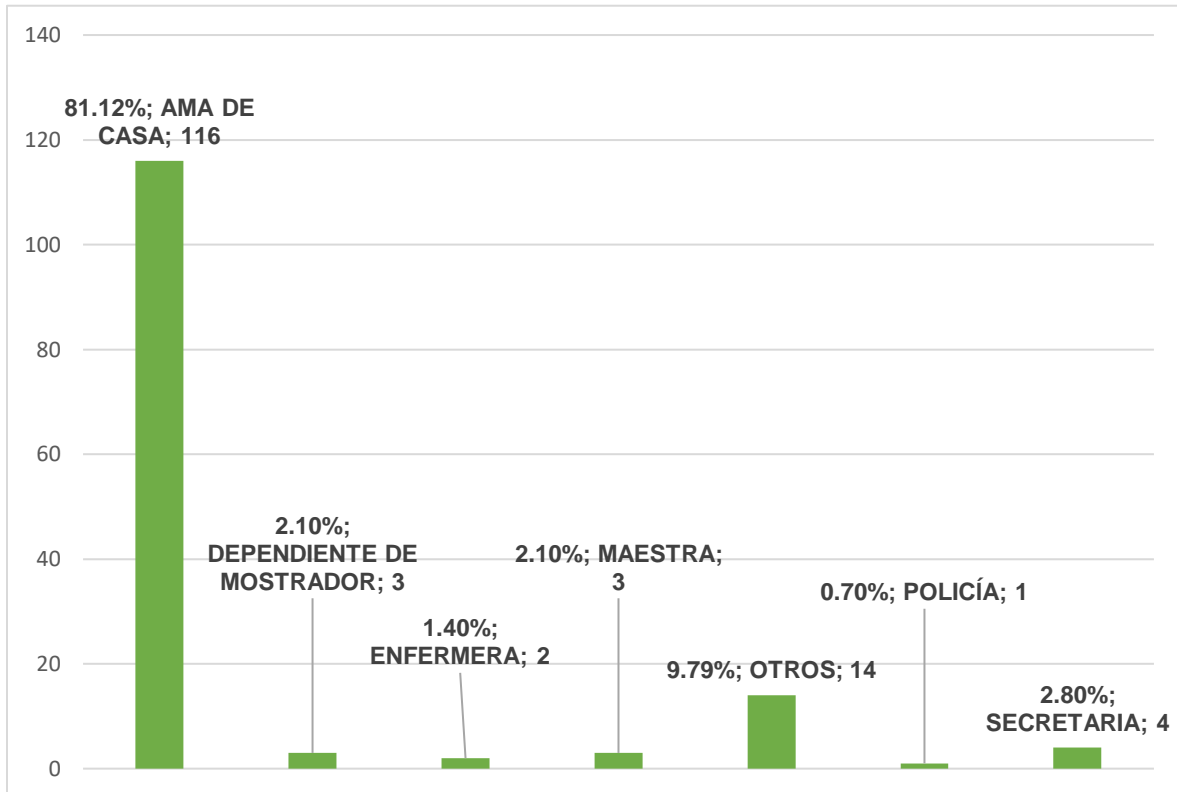
Fuente: boleta de recolección de datos

Descripción: se muestra que del grupo de gestantes que acudieron a control prenatal, la mayoría se encuentra entre el rango de 26 a 30 años con el 36%, y ninguna fue mayor de 40 años; en tanto que el grupo que no asistió a control prenatal la mayoría se encuentra entre los 15 a 20 años, con el 26%.



Gráfica A. 3

Ocupación de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. Las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.

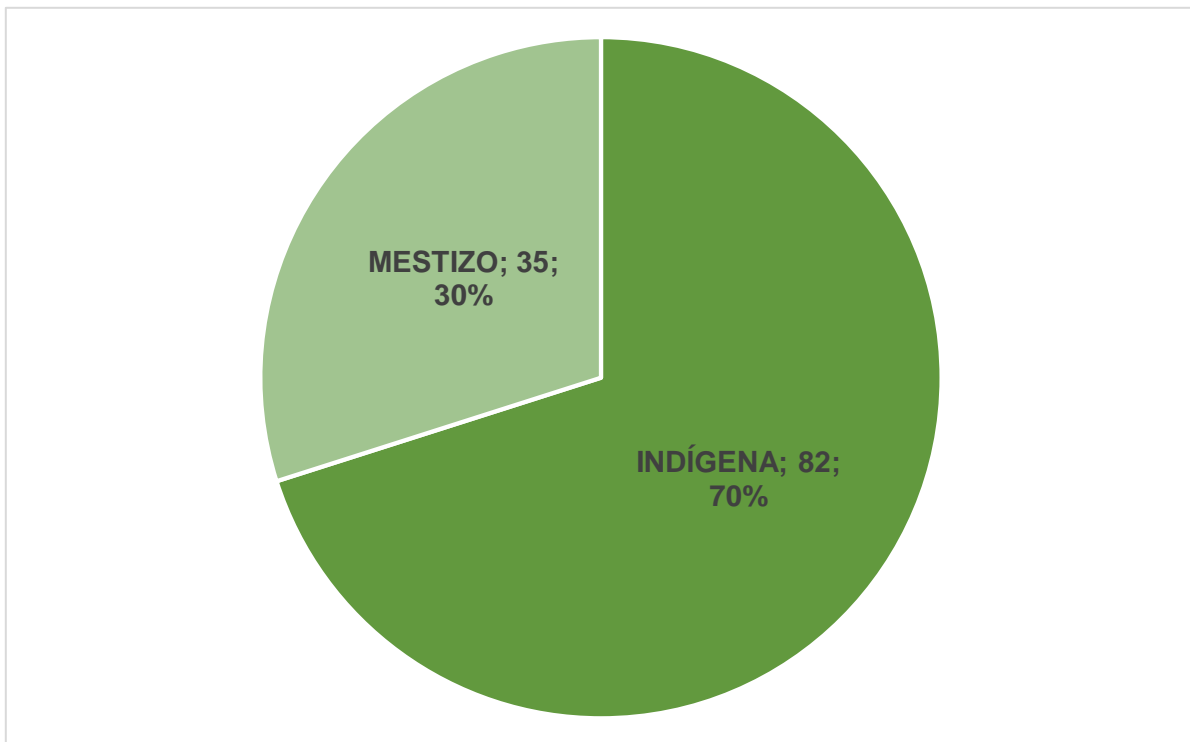


Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: en la gráfica se aprecia que la mayoría de pacientes se dedican a ser amas de casa, con un 81.12%; mientras que un 9.79%, tienen otras ocupaciones.

Gráfica A.4

Etnia de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. Las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.

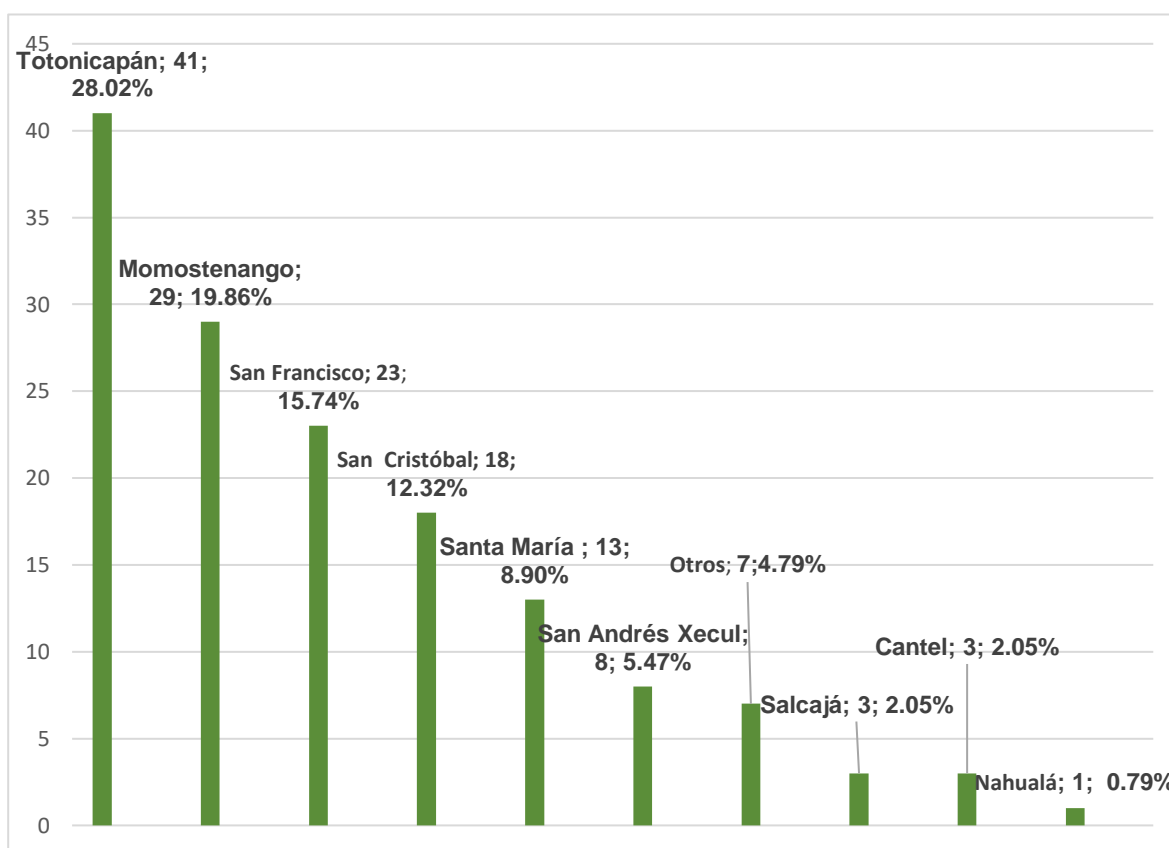


Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se determina que un 70% son de etnia indígena y solo un 30% son mestizas.

Gráfica A. 5

Procedencia de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. Las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.



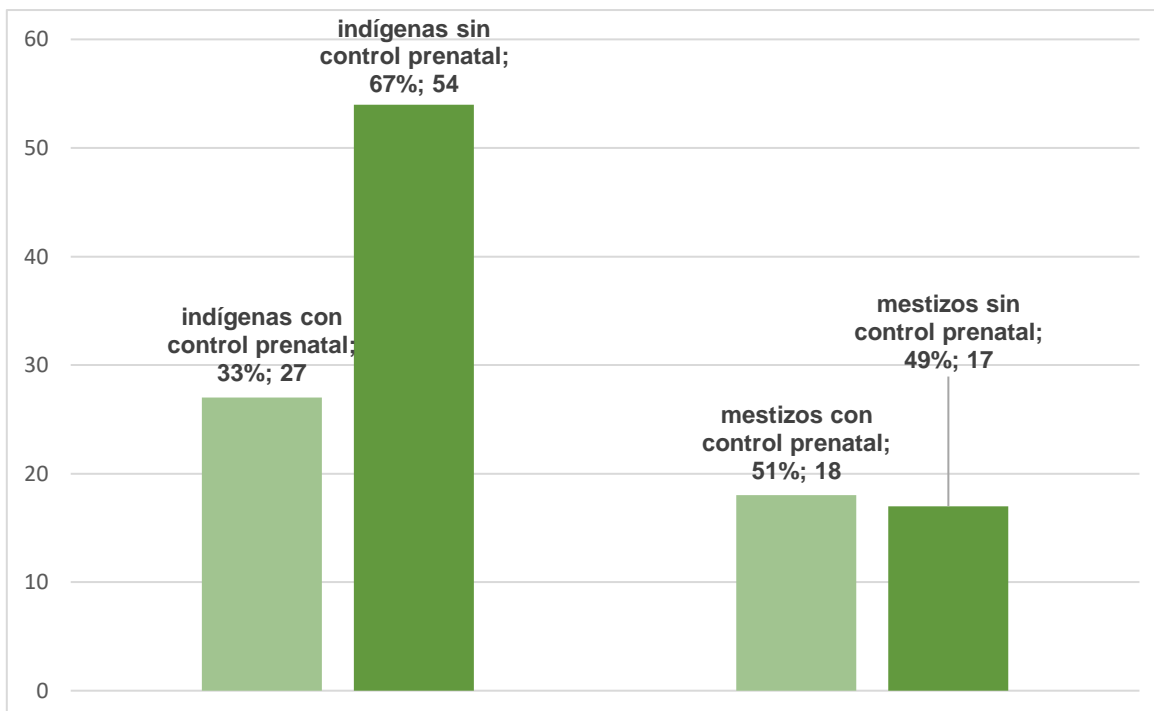
Fuente: Boleta de recolección de datos.

Descripción: se observa que la mayoría de las pacientes son procedentes del municipio de Totonicapán con 28.02%; y un pequeño porcentaje son de Nahualá con 0.79%.



Gráfica A. 6

Relación entre el control prenatal y la precedencia de las pacientes incluidas en el estudio: Relación ente Control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. Las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.



Fuente: boleta de recolección de datos

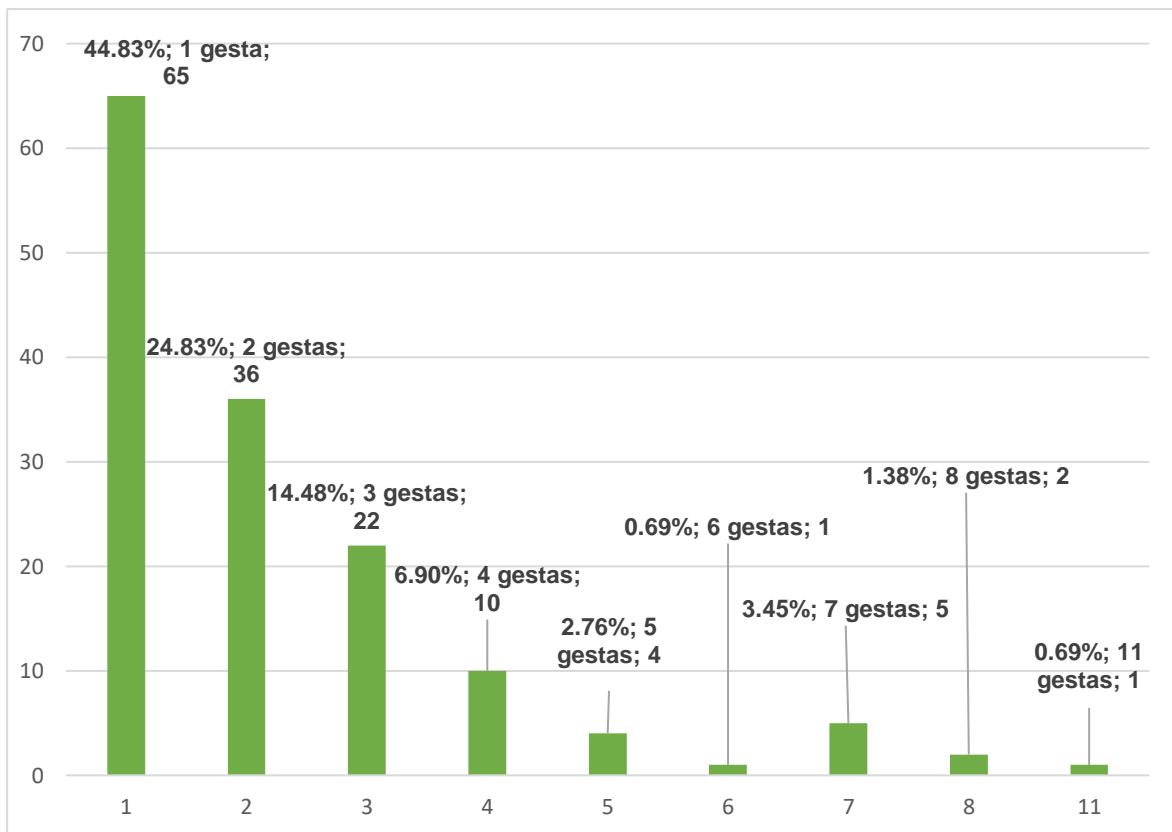
Descripción: se observa que la mayoría de pacientes indígenas no acudieron a un control prenatal, con el 67% de la población; en contraparte, las mestizas están representada por el 49% que no cuentan con controles.



B. Perfil Ginecológico

Gráfica B. 1

Gestas de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.

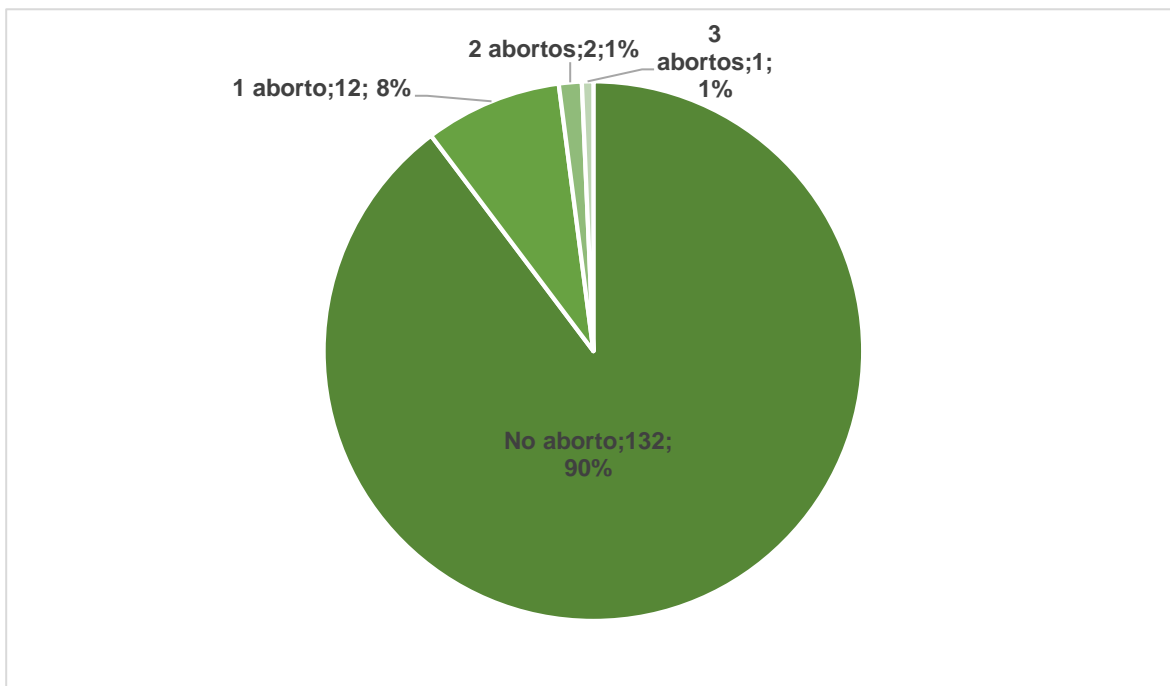


Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se aprecia que la mayoría de las pacientes cursaban con su primera gesta, con el 44.83%; mientras que la minoría se encontraba entre dos grupos con la sexta y decimoprimer gesta, con un 0.69%.

Gráfica B. 2

Abortos de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.

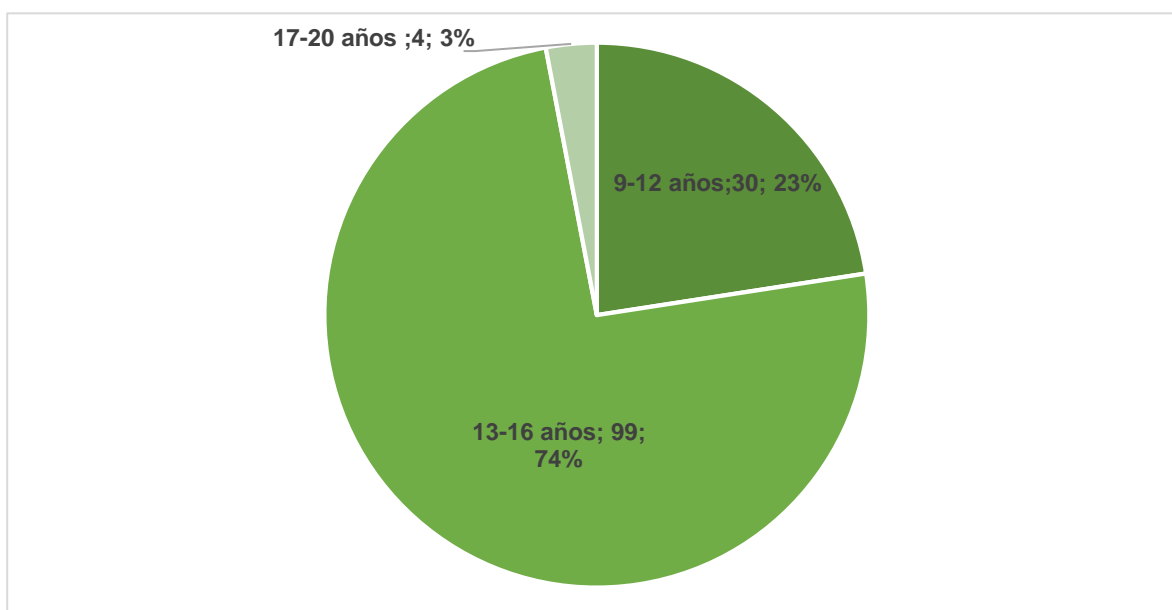


Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se muestra que el 90% de las pacientes no han presentado ningún aborto, un 8% ha presentado aborto en una ocasión; y el 1% han prestado entre dos o tres abortos.

Gráfica B. 3

Menarquia de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.

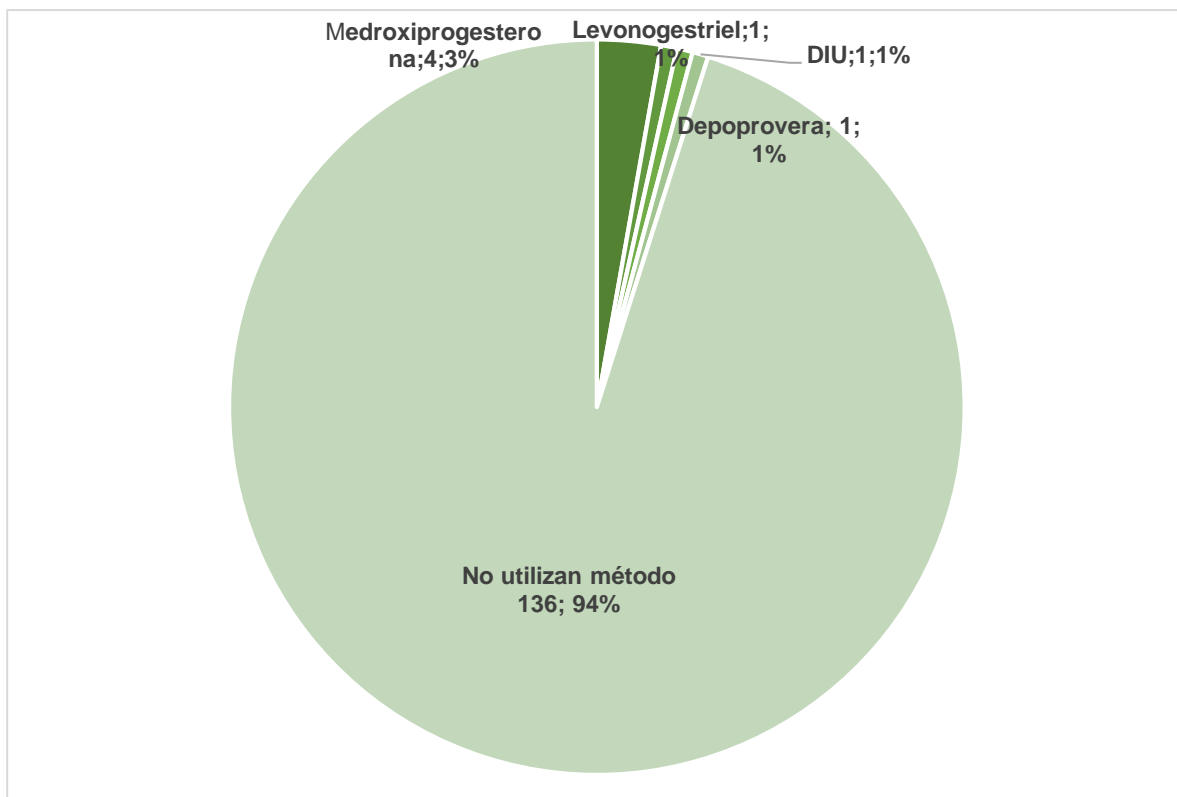


Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se observa que la mayoría de las pacientes tuvieron su primera menstruación entre los 13 a 16 años con un 74%; mientras que solo un 3% la tuvieron entre los 17 y 20 años.

Gráfica B.4

Método de planificación familiar de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.

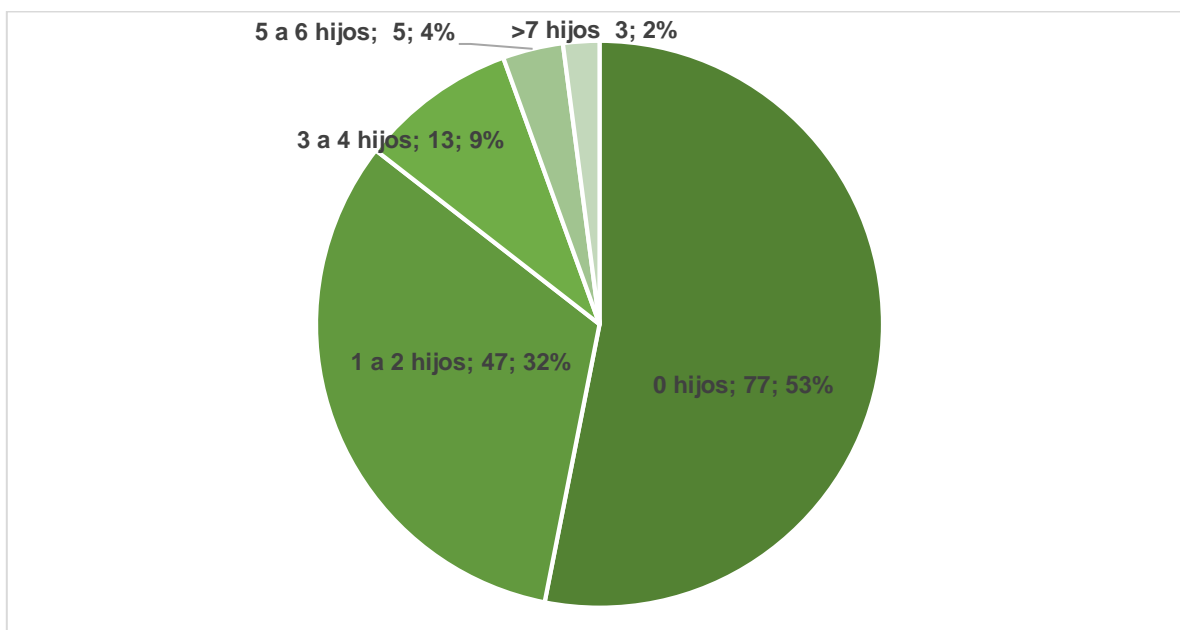


Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se aprecia que el 94% no utilizan métodos de planificación, mientras que 3 grupos con un 1%, utilizan un método de planificación familiar.

Gráfica B.6

Cantidad de hijos vivos de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.

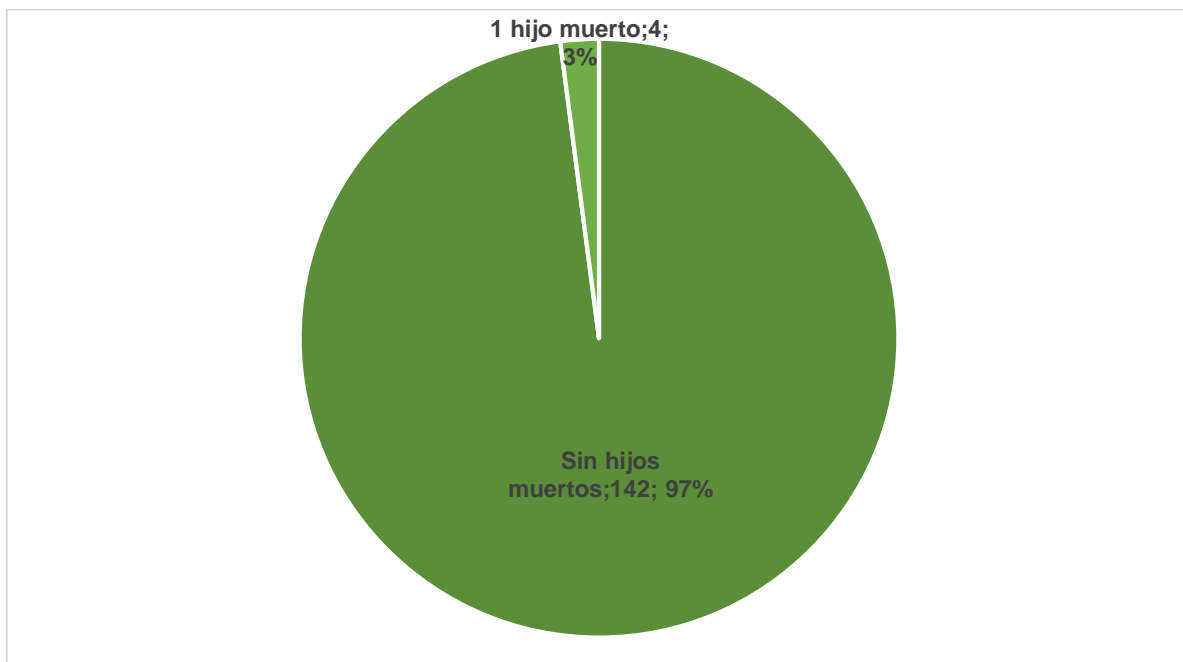


Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se aprecia que la mayoría tienen de 1 a 2 hijos con un 32%; y solo 2% tienen 7 o más hijos.

Gráfica B.7

Cantidad de hijos muertos que refirieron las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.



Fuente: boleta de recolección de datos.

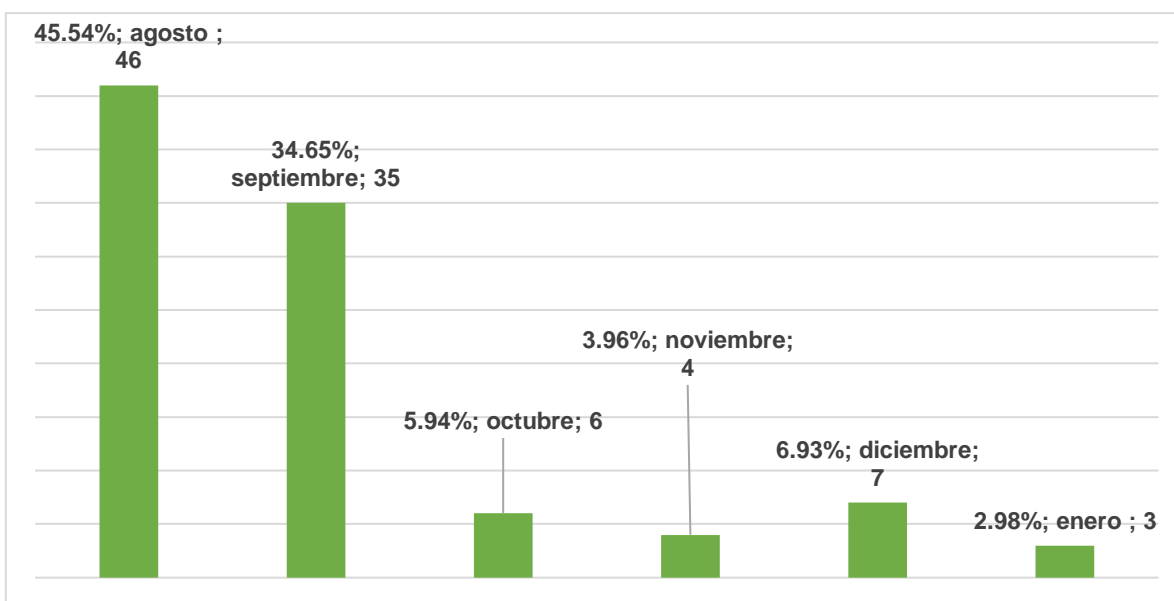
Descripción: se observa que la mayoría no tenían hijos muertos con un 97%; mientras que solo un 3% si refieren tener 1 hijo muerto.



C. Control prenatal

Gráfica C.1

Fecha de última regla de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.

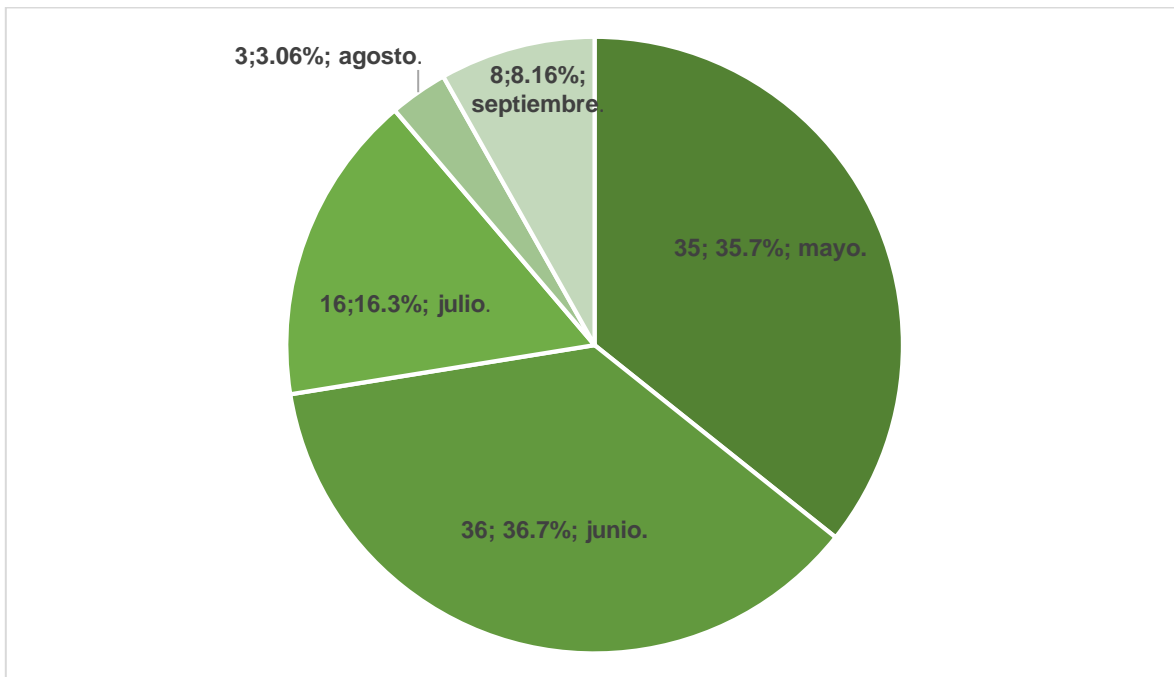


Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se observa que la mayoría de las pacientes presentaron su FUR en el mes de agosto con un 45.54%; mientras que la minoría la presentaron en enero con un 2.98%.

Gráfica C.2

Fecha probable de parto de las pacientes incluidas en el estudio: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. Las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.



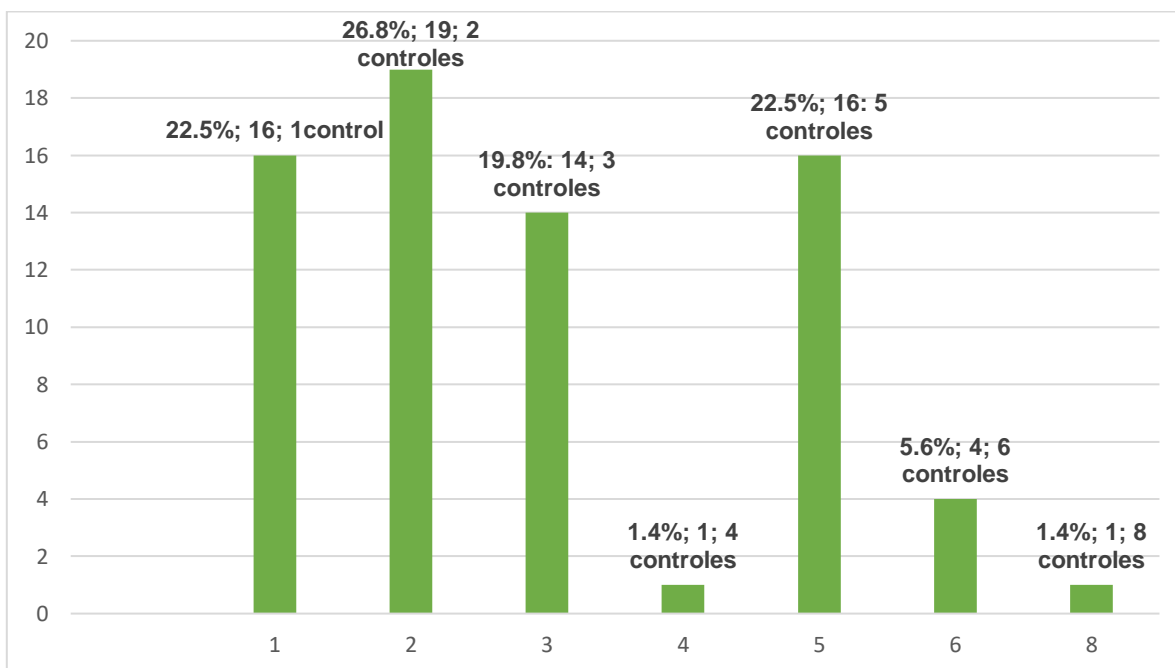
Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se aprecia que la mayoría de pacientes tendrán su parto en el mes de junio con el 36.7%; y la minoría resolverá en agosto con el 3.06%.



Gráfica C. 3

Número de controles prenatales de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.



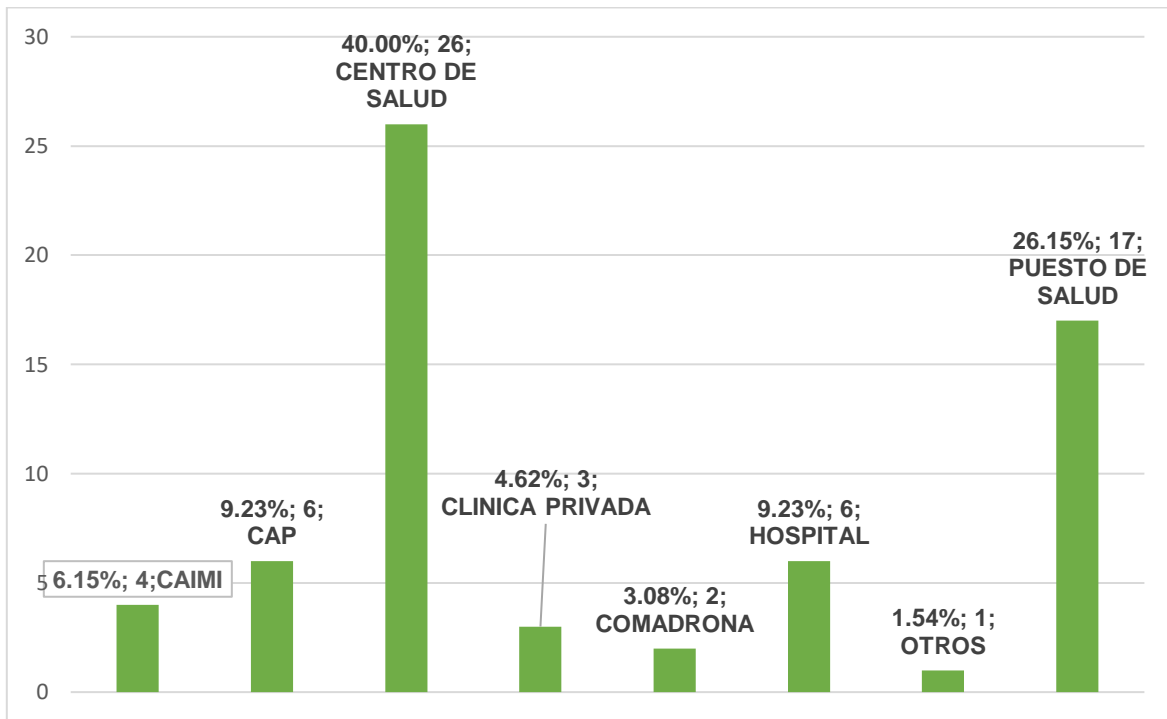
Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se aprecia la frecuencia con que acudieron a su control prenatal, el 26.8% asistieron a por lo menos dos controles prenatales; y la minoría, con 1.4% en dos grupos respectivamente, acudió a cuatro y ocho controles prenatales.



Gráfica C. 4

Lugar de atención de los controles prenatales de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.

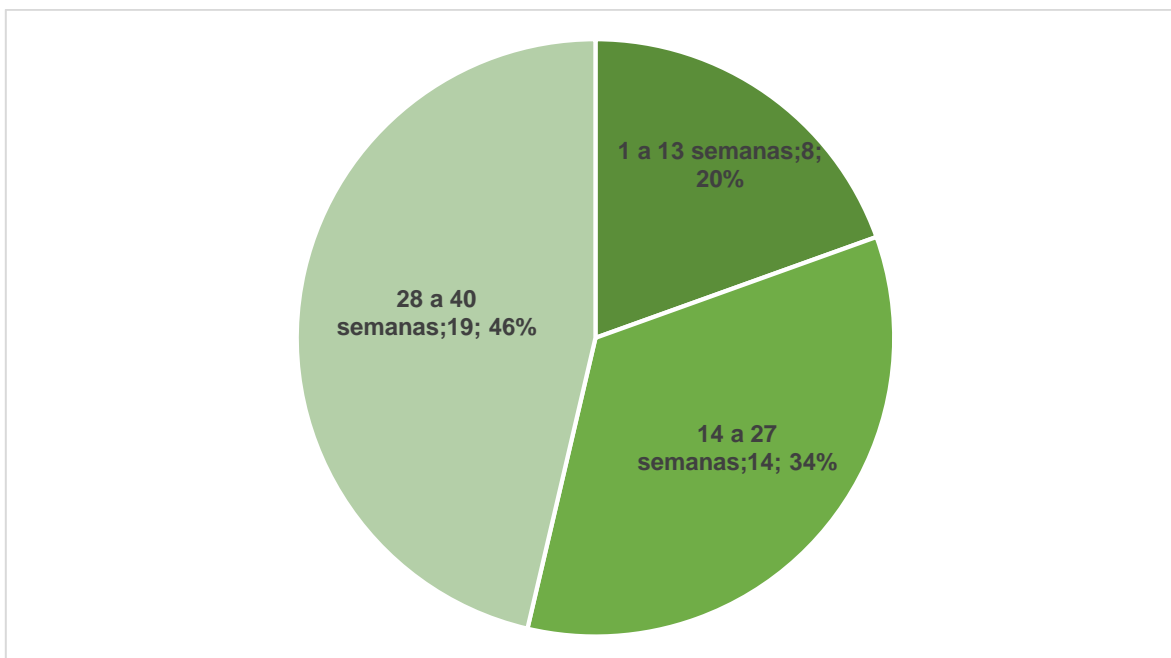


Fuente: boleta de recolección de datos

Descripción: se observa que la mayoría de los controles prenatales fueron atendidos en un centro de salud con un 40%; y la minoría fue atendida en otro servicio con un 1.54%.

Gráfica C.5

Semanas de gestación a las que presentaron en su primer control prenatal de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.



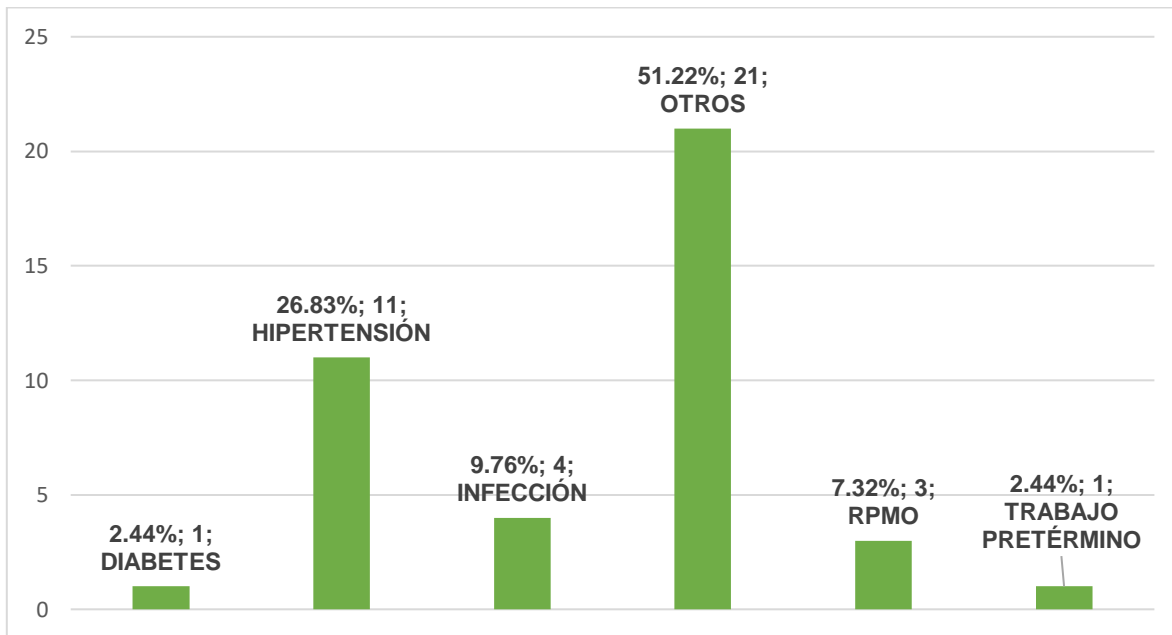
Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se observa que la mayoría acudieron con 28 a 40 semanas de gestación con el 46%; y la minoría acudió entre las semanas 1 y 13 de gestación con el 20%.



Gráfica C.6

Enfermedades encontradas durante los controles prenatales de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.



Fuente: boleta de recolección de datos.

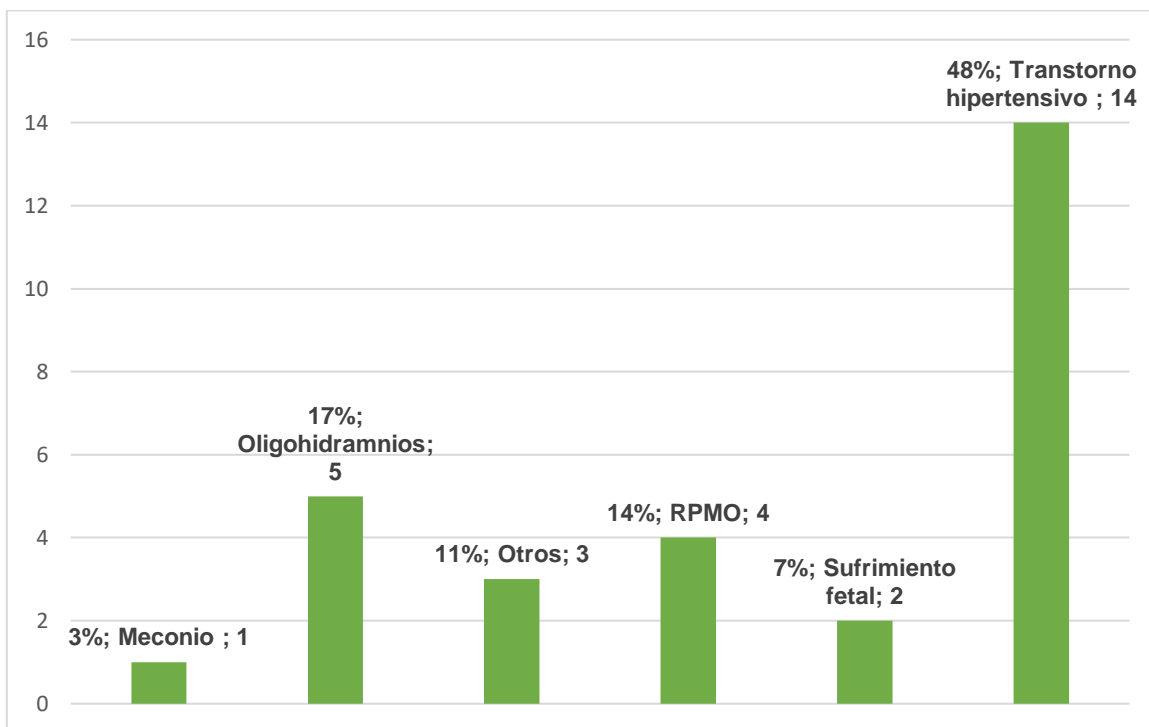
Descripción: se expone que la mayoría presenta en un 51% otro tipo de patologías; y en su minoría se encuentran dos grupos que presentaron diabetes y trabajo pretérmino ambos con 2.44%.



D. Parto

Gráfica D. 1

Complicaciones encontradas en las pacientes que no asistieron a control prenatal, incluidas en el estudio: Relación del Control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.

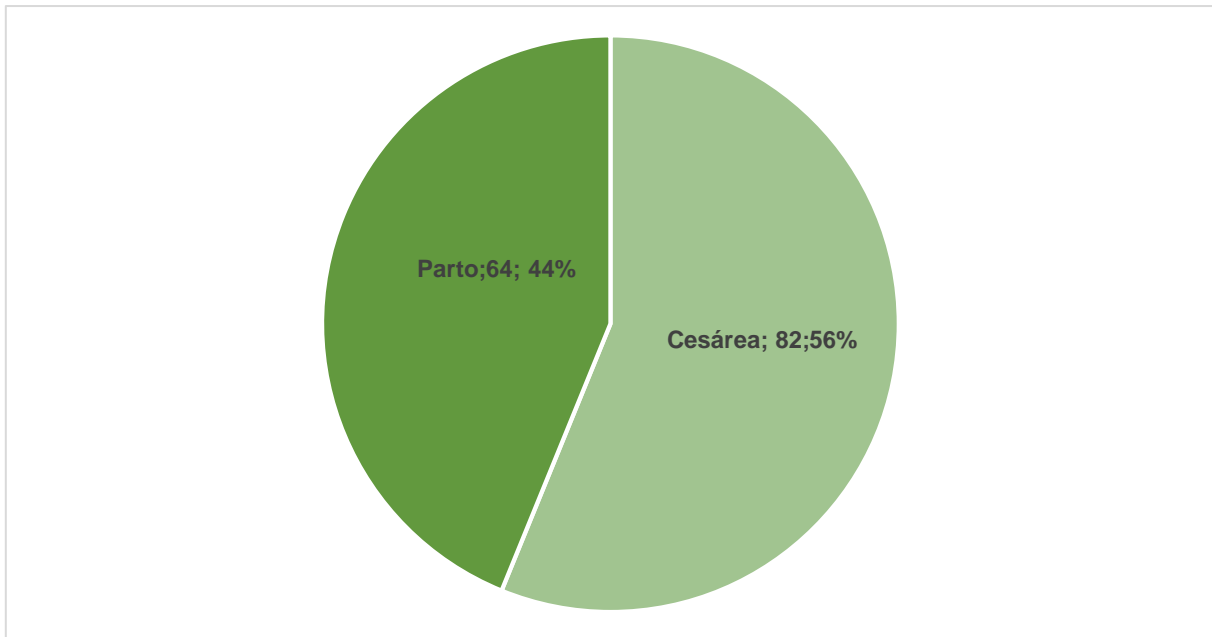


Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: la patología que se encontró en la mayoría de las pacientes fue problemas relacionados con trastornos hipertensivos, con el 48%, y en menor porcentaje meconio en el 3% de las gestantes.

Gráfica D. 2

Tipo de resolución de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación del Control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.

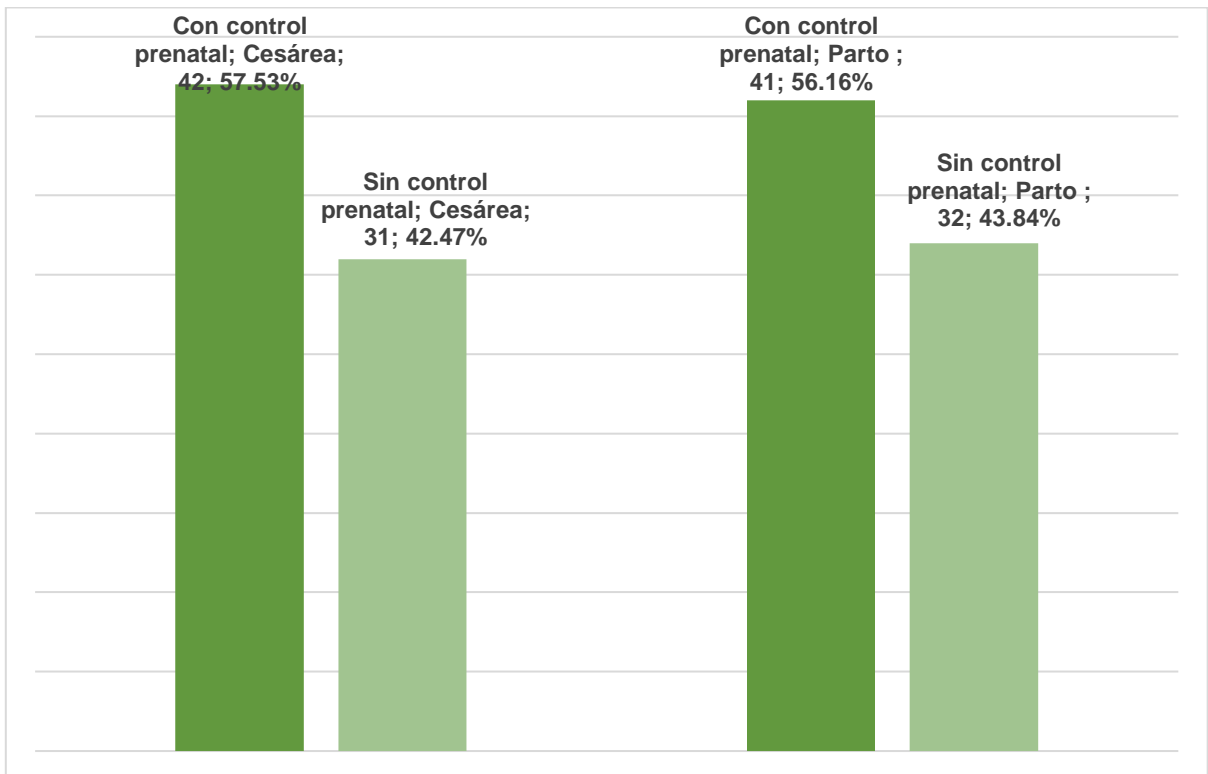


Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se observa que el tipo de resolución por cesárea fue mayor con el 56%; en contraste al parto vaginal que se presentó en el 44%.

Gráfica D. 3

Asociación entre el tipo de resolución y control prenatal de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación ente control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.



Fuente: boleta de recolección de datos.

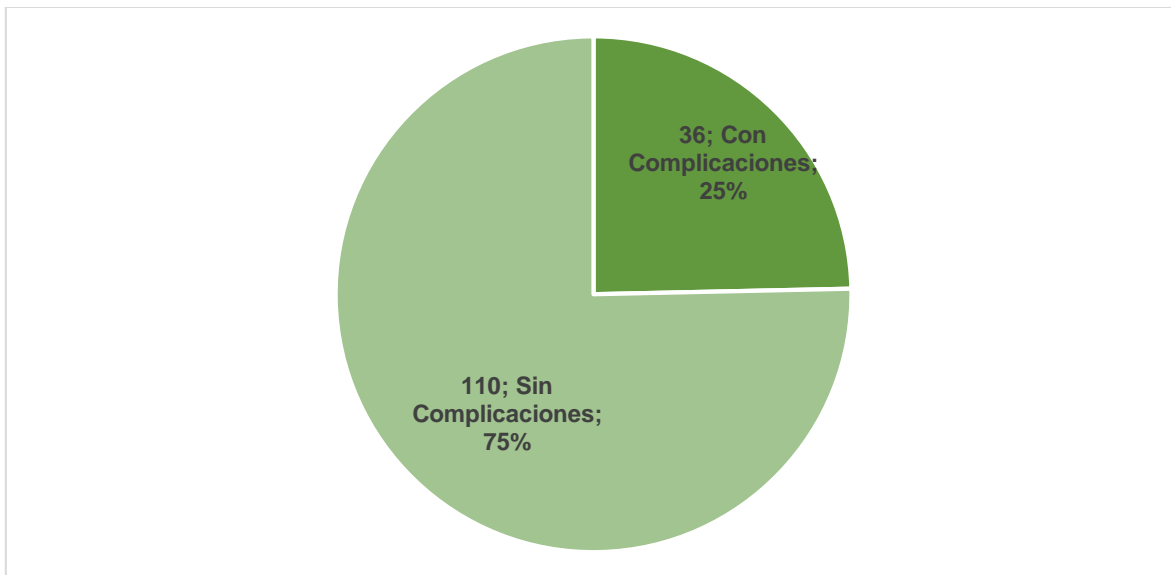
Descripción: se observa que ambos grupos tuvieron resolución por cesárea; el que llevo control prenatal con el 57.53%, en tanto el que no tuvo control prenatal se ve reflejado con el 56.16% .



E. Complicaciones del puerperio inmediato

Gráfica E. 1

Complicaciones de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación ente control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.



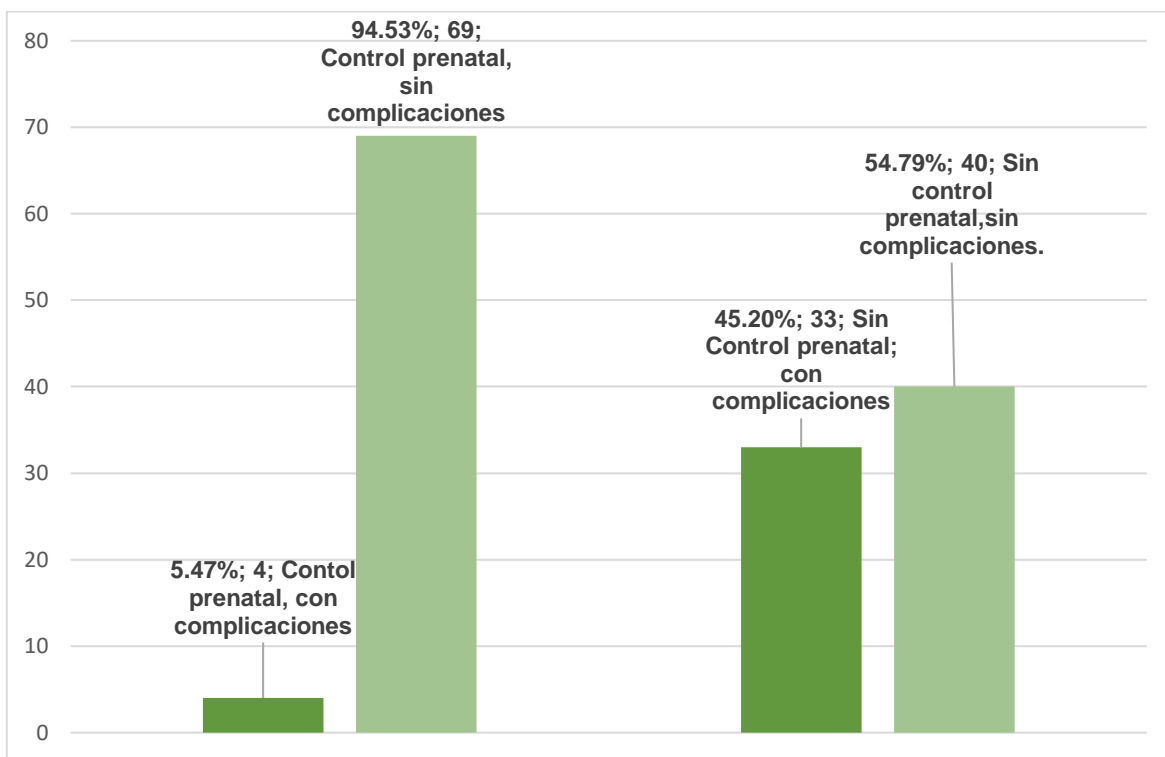
Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se muestra que en un rango menor se presentó algún tipo de complicación con el 25%; mientras que la mayoría de las pacientes no tuvieron complicaciones con el 75%.



Gráfica E.2

Asociación de complicaciones y control prenatal de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación ente control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.



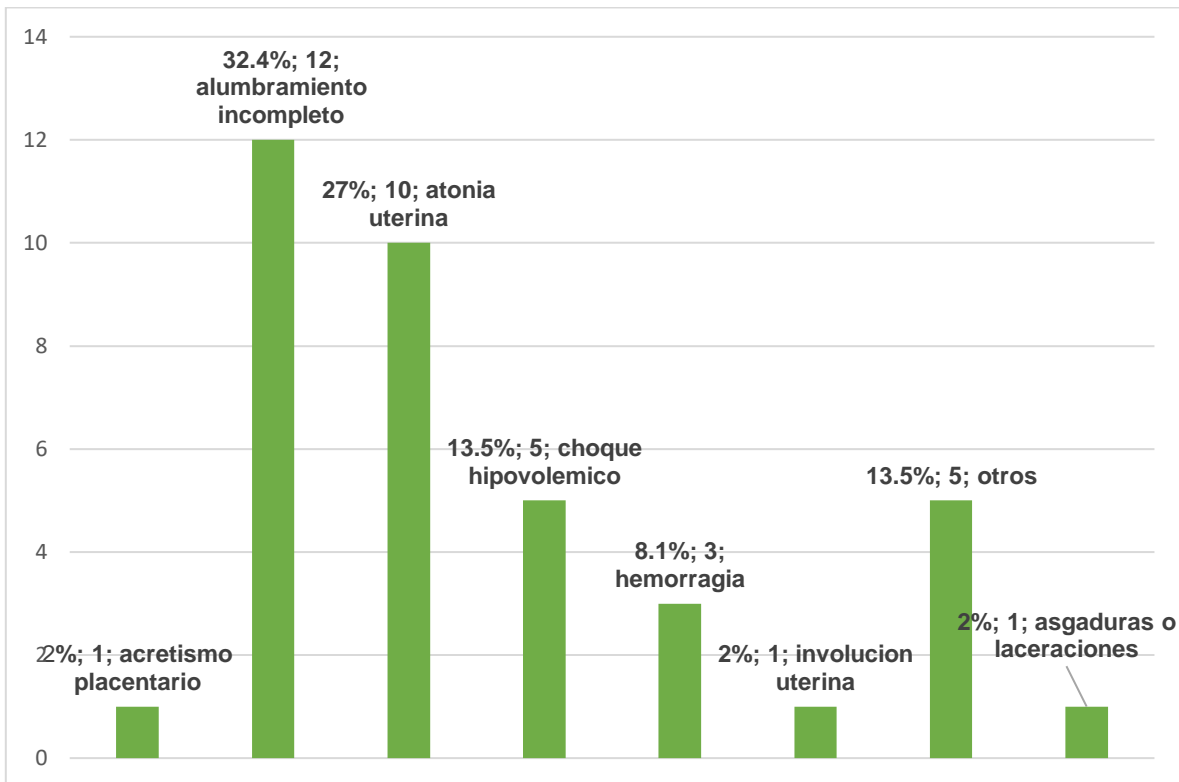
Fuente: boleta de recolección de datos

Descripción: La gráfica demuestra que el 5.47% presentaron complicaciones con control prenatal; mientras que un 45.20% de las que presentan complicaciones no acudieron a un control prenatal.



Gráfica E. 3

Tipos de complicaciones de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación ente control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.

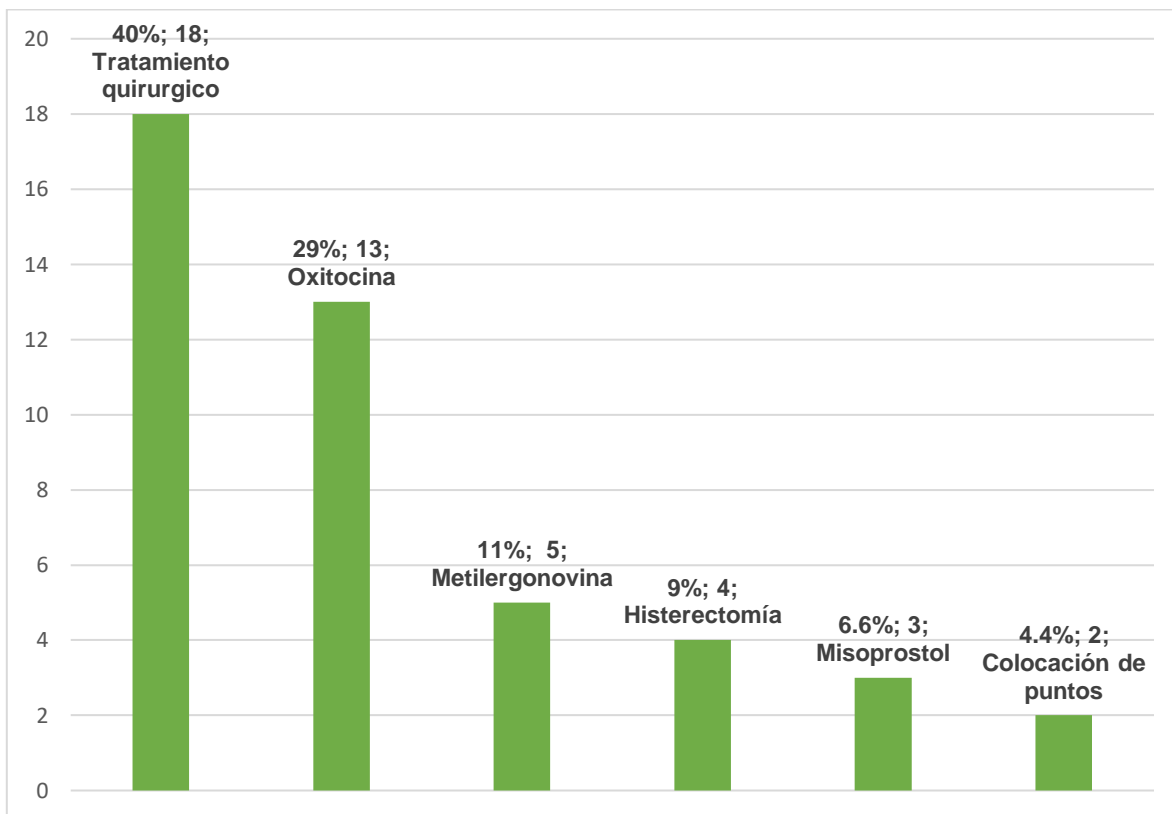


Fuente: boleta de recolección de datos.

Descripción: se muestra la complicación que se presentó con mayor frecuencia fue el alumbramiento incompleto con el 32.5% de los casos; mientras que una minoría se encuentra acretismo, involución uterina y rasgaduras o lesiones cada uno con 2%.

Gráfica E. 4

Tratamiento de las pacientes incluidas en el estudio titulado: Relación ente control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre de 2020.



Fuente: boleta de recolección de datos

Descripción: se establece que el tratamiento quirúrgico se realizó en el 40% de los casos; mientras que la minoría se trató con la colocación de puntos con el 4.4% de los casos.



VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio de tipo correlacional, buscó la relación existente entre control prenatal y la evolución en el puerperio para determinar la relevancia y el impacto que estos pueden tener en los índices de morbilidad y mortalidad materna.

Se tomó como punto de partida a dos grupos de mujeres embarazadas, con la discrepancia del control prenatal; de manera que se seleccionó una población de 146 pacientes, de las cuales la mitad contaron con controles, mientras que el otro grupo no asistió a ninguno durante su periodo de gestación, y basándose en ello, verificar si presentaban algún tipo de complicación en el periodo del puerperio inmediato. Los resultados se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el Hospital Departamental de Totonicapán, en el Departamento de Ginecología y Obstetricia en los meses de mayo a septiembre de 2020, con lo que se pudo comparar la evolución del puerperio inmediato y obtener los siguientes resultados:

Se determinó que las pacientes, se encuentran en un rango de 26 a 30 años, en un 28.77%. Súros et al. (2001) menciona que la edad ideal de fertilidad de las mujeres, es entre los 25 a 35 años, lo que demuestra que la mayoría de pacientes estudiadas se encontró en un periodo óptimo; Sin embargo, al comparar la edad de las pacientes y la asistencia a control prenatal, se observa que la mayoría de las pacientes que no cuentan con control prenatal están en el rango 15 a 20 años, con el 26%, por lo que la edad es una variable que guiará a la duda sobre la presentación de complicaciones.

Según los datos recolectados sobre la etnia, la indígena con el 70% fue referida por la mayoría de pacientes, y solamente el 30% refirió ser mestiza; Se identificó que las mujeres de etnia indígena no asistieron a control prenatal en un 67%, mientras que las mujeres mestizas no muestran una diferencia significativa entre la asistencia o no al control prenatal, ya que respectivamente solo un 2% es la diferencia entre ambos grupos.

Así mismo se demostró que las pacientes procedían de diferentes municipios del departamento de Totonicapán, que representa casi la totalidad de las pacientes y un porcentaje mínimo del 20% son de otros departamentos aledaños.

Se tomaron en cuenta, los antecedentes que evalúan es el control prenatal, y el que representó mayor relevancia fue el número de gestación que cursaba actualmente la gestante; siendo este el 44.83% primigestas, esta cifra se encuentra seguida de las que



referían su segunda gestación con el 24.83% y un bajo porcentaje era multigestas. En comparación con lo descrito por Córdoba, Escobar y Guzmán (2012) en su estudio: Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009; refirieron que los principales factores asociados con el inicio del control prenatal después del primer trimestre son embarazo en adolescente, bajo nivel educativo; mujeres con 4 a 6 embarazos previos. En consecuencia el número de gestaciones que presentaron las embarazadas, no es un predictivo de la asistencia a control prenatal, mientras que la edad si es un factor que influye en la visita o acercamiento a un servicio de salud para iniciar su evaluación prenatal.

En basé al lugar donde fueron llevados los controles prenatales, un gran número se realizaron en un centro de salud representado por el 40%, seguido de los puestos de salud con un 25.15%, y un grupo muy pequeño acudió a otros lugares como jornadas de salud y ONG; por lo que la mayoría de controles fueron dados por personal médico; En una tesis realizada por Crispin (2018), llamada Ecografía portátil y cribado de sangre y orina para el control de gestantes en zonas rurales de países en desarrollo: estudió de caso en Guatemala, se evidencia que las comunidades rurales, frecuentemente alejadas y aisladas, tienen carencia de establecimientos de salud y de sistemas de comunicación, que presentan una elevada escasez de personal médico y los cuidados de salud que reciben son muchas veces de baja calidad; en consecuencia se puede decir que al ser la mayoría de las pacientes de áreas rurales, acuden a los centros que son más cercanos a su comunidad para poder recibir atención médica.

Además se determinó la cantidad de controles prenatales con los que contaba la gestante, mostrando que la mayoría de las embarazadas acudieron a 2 controles prenatales representado con el 26.8% de la población; seguido de las que cuentan con 1 o 5 controles cada uno con un 22.5%, y una minoría de las gestantes asistieron a 4 u 8 controles cada uno con 1.4% del total de la población estudiada. En comparación al estudio realizado por Abene (2015) llamado: Parto prematuro y su relación con el número de controles prenatales en el hospital universitario de Guayaquil durante el año 2013; se determinó que entre menor cantidad de controles prenatales, aumenta el riesgo de partos prematuros, mostrando que las pacientes que tuvieron de 0 a 2 controles prenatales tenían una probabilidad de hasta el 80% de presentar parto pretermino, mientras que las gestantes que tuvieron 3 o más redujeron este prevalencia. Por lo tanto podemos decir que entre mayor sea la cantidad de



controles prenatales que reciban las embarazada, disminuirá el riesgo de complicaciones que se pueden presentar tanto a la hora del parto como el puerperio.

También se identificó cuál de los trimestre en que acudieron con mayor frecuencia a los controles, y pone en manifiesto que un en el tercer trimestre el 46% llevo su primer control prenatal, en el segundo trimestre con un 34% y primer trimestre con únicamente el 20%; Poniendo de manifiesto que los controles prenatales, no se iniciaron en un periodo optimo, y que la cantidad de los mismos fue escaza, como se mencionó en un artículo de Aguilera y Soothill (2014), las mujeres deberían acudir antes de las 10 semanas para detectar las anomalías por medio de ecografía, así como las guías del ministerio de salud, recomienda que el primer control prenatal se efectúe antes de las 12 semanas de gestación.

En atención a los controles prenatales, se pudo determinar las morbilidades que presentaron 41 de las pacientes que acudieron a control prenatal, mostrando que en la clasificación de otras con el 51.22%, donde se agruparon problemas como cesárea anterior, embarazos gemelares, estrechez pélvica, amenazas de aborto y anemia; seguido de problemas relacionados con hipertensión arterial con el 26.8%, infecciones de las vías urinarias con un 9.76%, ruptura prematura de membranas con un 7.32% y por último se encuentran dos grupos con 2.44% cada uno que corresponden a diabetes gestacional y trabajo de parto pre termino. Todas estas patologías fueron detectadas gracia a que las mujeres acudieron a su control prenatal; como menciona la OMS (2019) un 40% de las mujeres embarazadas padecen anemia, lo cual es un problema que se ve que se presenta entra una de las causas con mayor porcentaje.

Todas estas patologías se pudieron detectar, ya que el apartado de valoración materna se debe realizar exámenes complementarios y una evaluación minuciosa, con el fin de detectar este tipo de morbilidades que puede presentar la embarazada.

No obstante las gestantes que consultaron al hospital para atención, y no acudieron a ningún control prenatal se pudo observar en su evaluación previa al ingreso que presentaban patologías que eran desconocidas, un 48% de las pacientes presentaba trastornos hipertensivos, un 17% se encontró oligohidramnios, y un menor porcentaje presento problemas que involucraban a producto, como sufrimiento fetal en un 7% y meconio con 3%



En virtud de lo cual las patologías que se relacionan a complicaciones en el puerperio, son trastornos hipertensivos y diabetes. Ya que pueden presentar problemas como hemorragias y sus complicaciones.

En consecuencia se identificó la frecuencia en que se presentaron las complicación mostrado que el 25% de las mujeres las presento una complicación en el puerperio inmediato; De manera que las pacientes que presentaron complicaciones con control prenatal fue un 5.47%, mientras que las pacientes que no acudieron a ningún control prenatal se presentó en el 45.40% que tuvieron complicaciones en el puerperio inmediato.

Y en consecuencia se buscó cual fue la complicación que se presentó con mayor frecuencia, obteniendo que fue el alumbramiento incompleto con 32.4%, seguido de atonías uterinas con un 27%, 13.5% sufrieron de choque hemorrágico y solamente pequeños grupos con 2% cada uno presentaron acretismo, involución uterina y rasgaduras, todas ellas relacionadas con hemorragia posparto. Por lo que se puede comparar con el estudio de Hernández y Castañeda (2019), llamado: mortalidad materna en Alta Verapaz en 2015, describen que la hemorragia posparto una de las principales complicaciones se ve afectada por las primeras tres demoras (acceso, tiempo y tratamiento médico).

Donde se puede ver que estas demoras pueden ser prevenidas, cuando las mujeres embarazadas acuden a su control prenatal o buscan atención médica. Ya que en las normas del ministerio de Salud (2018), utiliza un protocolo que, durante la primera visita, o el primer contacto, se les debe brindar un plan educacional a las gestantes y a los familiares que la acompañan, donde se les expliqué y cree una guía de rutas de acción para tomar al momento de iniciar con el trabajo de parto; de esta manera retrasar las tres demoras, donde se planifique el lugar más cercano de salud para el acceso, a cuánto tiempo queda este y disminuir la espera o la búsqueda de atención médica, y que la gestante reciba el tratamiento adecuado por personal capacitado en el menor tiempo posible; y con ello reducir los índices de mortalidad materna en las comunidades guatemaltecas.

Por lo que el control prenatal si se relaciona con la evolución del puerperio inmediato, ya que disminuye el riesgo de complicaciones, además de educar a las pacientes y familia, que hacer en caso de presentar un signo de alerta, y saber a dónde acudir para que la mujer embarazada reciba atención adecuada y oportuna.



De manera que es un problema de salud al que se debe prestar mayor atención, y crear estrategias que pueden cambiar esta problemática. Como brindar mayor información y concientizando a la población haciendo énfasis en las mujeres adolescente y mayores de 40 años, sobre la importancia de llevar un control prenatal; y creación de espacios de apoyo entre las familia, para el reconocimiento de signos y síntomas que pueden afectar la salud de la embarazada o puérpera; así mismo explicar a las mujeres y la familia, que es un control prenatal de calidad y los beneficios que este presenta.

Para generar cambios, que ayuden no solo la sociedad, sino que los pequeños grupos, como las comunidades, y así se puedan aumentar su desarrollo, ya que a la larga serán beneficiados estos cambios y ayudaran a que pacientes culmine satisfactoriamente su embarazo y etapa del puerperio.



IX. CONCLUSIONES

1. Tanto la edad como la etnia, son factores que influyen en la asistencia a control prenatal.
2. El trimestre en el que acudieron la mayoría de las pacientes a su primer control prenatal, fue en el tercero representado por el 46%
3. La mayoría de las pacientes que presentaron complicaciones en el periodo del puerperio inmediato, pertenecen al grupo de las que no acudieron a control prenatal representado por un 54.79%.
4. La mayoría de las pacientes que asistieron a control prenatal no presentar complicaciones en su puerperio inmediato con un 94.53% del total de la población.
5. Los trastornos hipertensivos representan el 48% en las morbilidades que se presentaron con mayor frecuencia en las pacientes que no acudieron a control parental, y un 26.83% en las que asistieron a un control prenatal.
6. La complicación que se presentó con mayor frecuencia en las pacientes fue alumbramiento incompleto con un 32.4%.



X. RECOMENDACIONES

1. Que el personal de salud informe a las pacientes en edad fértil, la importancia de tener un control prenatal, no solo con el objetivo de evaluar la gestación, sino prevenir complicaciones tanto en el embarazo parto y puerperio inmediato.
2. El personal médico y paramédico, que atienda a la paciente debe estar familiarizado con los tipos de complicaciones que se pueden presentar en el puerperio inmediato, y no solo enfocarse en hemorragia posparto.
3. Que el personal de salud eduque a las pacientes, sobre la manera de llevar un control prenatal adecuado, explicado la importancia de que la primera evaluación prenatal se realice antes de las 10 semanas, además de agendar las próximas citas para que cumpla con un número de controles estipulados.
4. Que el sistema de salud se enfoque en crear programas, para difundir información a población clave, siendo estas las pacientes jóvenes, amas de casa e indígenas que se encuentran en municipios comunidades.
5. Crear o dar la información en el idioma que habla la paciente, para mayor comprensión y crear confianza con la misma.



XI. BIBLIOGRAFÍA

- Solari, A., Solari, G., Wash, F., Guerrero, G., & Enríquez, G. (noviembre de 2014). *El Sevier*. doi: 10.1016/S0716-8640(14)70649-2
- Abene Chérrez, A. A. (2015). *PARTO PREMATURO Y SU RELACIÓN CON EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL UNIVESITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL AÑO 2013*. Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/10738>
- Aguilera, S., & Soothill, P. (6 de noviembre de 2014). *Control Prenatl*. Obtenido de EISevier: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70634-0)
- Borges Fernández, R., Díaz Carranzana, F., Rodríguez Alemán, O. A., Garaboto García, M. E., Moya Toneut, C., & Moré Vega, A. (2016). Inversión uterina puerperal subaguda grado II. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42. Recuperado el 2021, de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v42n2/gin06216.pdf>
- Castillo Avila, I., Fortich Acuña, L., Padilla Yáñez, J., Moroy Gascón, M., Morales Pérez, Y., & Ahumada Tajera, A. (enero a marzo de 2017). *Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia*. Obtenido de *Revista Cubana de Enfermería*: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100008
- Chanadraharan, E., & Kishna, A. (2 de julio de 2019). *IntraMed*. Obtenido de <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=91590&pagina=1>
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal. (diciembre de 2018). *Espectro de placenta acreta*. Recuperado el 2021, de ACOG: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2018/12/placenta-accreta-spectrum>
- Córdoba, R., Escobar, L. P., & Guzmán, L. L. (2012). *Factores asociados a la inasistencia al primer trimestre del control prenatal en mujeres gestantes de la ESE San Sebastián de la Plata, Huila, 2009*. Colombia. doi: <https://doi.org/10.25054/rfs.v4i1.118>



- Crispin Milart, P. H. (2018). *Ecografía portátil y cribado de sangre y orina para el control de gestantes en zonas rurales de países en desarrollo: estudio de caso en Guatemala*. Guatemala. Recuperado el 2022, de <http://hdl.handle.net/10115/15590>
- Cunningham, G., Dashes, J., Leveno, K., Hoffman, B., Bloom, S., Casey, B., . . . Sheffield, J. (2015). *Williams Obstetricia* (24 ed.). México: Mc Graw Hill. Recuperado el 2019, de [file:///C:/Users/victo/AppData/Local/Temp/Rar\\$Dla13840.18199/Williams%20Obstetricia%20-%2024%20ED.pdf](file:///C:/Users/victo/AppData/Local/Temp/Rar$Dla13840.18199/Williams%20Obstetricia%20-%2024%20ED.pdf)
- Dr. Carvajal C, J., & Dra. Ralph T, C. (2017). *Manual de Obstetricia y Ginecología* (octava ed.). Chile: Facultad de Medicina. Recuperado el 2020, de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
- Dr. Hernández Sampieri, R., Dr. Fernández Collado, C., & Dra. Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación* (sexta ed.). Mexico D.F: Mc Graw Hill. Recuperado el 12 de febrero de 2017
- Dr. Licega, E., & Gual Castro , C. (octubre de 2012). *ElSevier*. Recuperado el 2020, de El inicio del embarazo en la mujer , la planificación familiar y el uso de anticonceptivos: Es el periodo comprendido entre la implantación del sincitiotrofoblasto o inicio de la concepción, nueve a 10 días después de la ovulación; hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos (placenta y cordón umbilical).
- Dr.Peralta, O. (1996). ASPECTOS CLÍNICOS DEL PUERPERIO. *Instituto Chileno de Medicina Reproductiva*, 7. Recuperado el 2021, de https://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf
- Dubóm Peniche, M., & Romero Vilchis, M. (5 de octubre de 2011). *Retención de Restos Placentarios*. Recuperado el marzo de 2021, de Scielo: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v54n5/v54n5a9.pdf>
- Echajaya Sicha, R. (2019). *Prevalencia de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero a diciembre del 2018*. Perú. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12672/10622>



Editorial Oceano. (s/f). *Diccionario de Medicina Mosby*. (C. de Gispert, J. Gárriz, Edits., L. Ferrús Estopá, & J. Currell Guerra, Trads.) España, España, Barcelona: OCEANO. Recuperado el 2020, de www.oceano.com

Federacion Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. (2019). *CTUALIZACIÓN DE CONSENSO*. Recuperado el 2021, de HEMORRAGIA POSPARTO: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_2019_Hemorragia_Post_Parto.pdf

Fúnez Maradiaga, Y., García Juárez, A., & Malespín Zapata, Y. (2018). *Factores asociados a la adherencia al programa de control prenatal, en las gestantes de los sectores del puesto de salud Primero de mayo, de la ciudad de León en el periodo de diciembre 2017 a junio 2018*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/123456789/7427>

García López, G., Venebra Muñoz, A., Orozco Vargas, A., & Aguilera Reyes, U. (mayo-agosto de 2020). *MENARQUIA: RELACION ENTRE LA EDAD DEL PRIMER EMBARAZO Y EL INDICE DE DESARROLLO HUMANO EN DIEZ PAISES DE AMÉRICA LATINA*. Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/HomRevRed.jsp?iCveEntRev=292>

Gómez De la Rosa, F., Marrugo Arnedo, C. A., Flores Tanus, A., & López Pájaro, K. (24 de noviembre de 2016). *Saludo Publica de México*. Obtenido de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7766/11082>

Granero Pardo, J. (marzo de 2004). *Hospital La Inmaculada*. Obtenido de <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/Para%20Medicos%20A.P/Puerperio.pdf>

Hernández, & Castañeda. (2019). *Mortalidad materna en Alta Verapaz, Guatemala. 2012-2015*. Recuperado el 2022, de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90303>

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. (2015). *Contro Prenatal de Bajo Riesgo*. Guatemala. Obtenido de <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPC-BE%20No.%2018.Control%20prenatal%20de%20bajo%20riesgo.Actualizada.2016.pdf>



Ministerio de Salud pública y Asistencia Social de Guatemala. (2010). *Embarazo, parto y puerperio*. Obtenido de Embarazo, parto y puerperio en adolescentes y adultas: file:///C:/Users/victo/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/2010%20NORMAS%20DEL%20EMBARAZO%20PARTO%20Y%20PUERPERIO%20MSPAS%20(1).pdf

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2018). *Guías de atención Integral de primer y segundo nivel*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Obtenido de file:///C:/Users/victo/Downloads/NORMAS%20DE%20ATENCIÓN%20GUATEMALA2018.pdf

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2018). *Situación de la Mortalidad Materna en Guatemala, 2000- 2018*. Obtenido de <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202018/MM/MM%202000-2018.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2011). *Protocolo Atención Prenatal en la Atención primaria de Salud*. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Recuperado el file:///C:/Users/victo/Downloads/gine/Guia1_Atencion_Prenatal.pdf de 2020

OMS /PAHO. (2003). *Protocolo Para la Atención Prenatal*. (O. M. Salud, Ed.) Recuperado el 2020, de file:///C:/Downloads/II%20Normas%20y%20protocolo%20para%20la%20atencion%20prenatal,%20parto,%20puerperio.pdf

OMS /PAHO. (s/f). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD Y ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD*. Recuperado el 2020, de Puerperio: file:///C:/Users/victo/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/IV%20Normas%20y%20protocolo%20para%20la%20atencion%20prenatal,%20parto%20y%20puerperio%20(2).pdf

OMS. (abril de 2019). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 2020, de Administracion diaria de suplementacion de hierro y ácido fólico durante el embarazo: https://www.who.int/elena/titles/daily_iron_pregnancy/es/



- Organizacion Mundial de Salud. (febrero de 2018). OMS. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Rico Venegas, Ramos Frausto, & Martínez. (27 de julio de 2012). *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300022
- Rodríguez, M., & Pérez, M. (2007). *Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358741821004.pdf>
- Sainz, L., A., G., Casini, S., Hertz, M., & Andina, E. (2002). Guía de Control Prenatal, Embarazo Normal. *Hospital Materno Infantil Ramón Sardrá*, 21(2), 13. Recuperado el 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/912/91221201.pdf>
- Schwarcs, R., Fescina, R., & Duverges, C. (2005). *Obstetricia* (6ta ed.). El Ateneo. Recuperado el 2021, de <file:///C:/Users/victo/Downloads/Obstetricia%20-%20Schwarcz%206%20ed.pdf>
- Smith, R. (2005). *Netter Obstetricia, ginecología y salud de la mujer*. España: Masson. Recuperado el 2021, de <file:///C:/Users/victo/Downloads/gine/Netter%20Obstetricia,%20ginecologia%20y%20salud%20de%20la%20mujer%20by%20Roger%20P.%20Smith%20%20ilustraciones%20de%20Frank%20Netter%20%20ilustradores,%20John%20A.%20Craig,%20Carlos%20A.G.%20Machado%20%20%20traduccion>
- Society of Critical Care Medicine y Wolters Kluwer Health, Inc. (2016). Campaña para sobrevivir a la sepsis: recomendaciones internacionales para el tratamiento de la sepsis y el choque séptico: 2016. http://www.survivingsepsis.org/SiteCollectionDocuments/SurvivingSepsisCampaignInternational_Spanish_2018.pdf.
- Solari, A., Solari, C., Wash, A., Guerrero, M., & Enríquez, O. (noviembre de 2014). *ElSevier*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-hemorragia-del-postparto-principales-etilogias-S0716864014706492>
- Súros Batlló, A., & Súros Batlló, J. (2001). *Semiología Médica y Técnica Exploratoria* (octava ed.). Barcelona, España: ElSevier. Recuperado el 2020



Toledo Jaldin, L., & Asturizaga, P. (2014). Hemorragia Obstetrica. *La Paz*. Recuperado el 2021, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009#:~:text=Retenci%C3%B3n%20Placentaria%3A%20Si%20luego%20del,el%20diagn%C3%B3stico%20de%20placenta%20retenida.

Tucux Coyoy, I. (Agosto de 2017). *Control Prenatal en Adolescentes sus Complicaciones Maternas y Perinatales*. Obtenido de http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10623.pdf



XII. ANEXOS

A. Boleta de recolección de datos



Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. Las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre del 2020.

No. de boleta. _____ Servicio de atención. _____

Fecha _____

DATOS GENERALES.

Edad _____ Procedencia. _____

Ocupación. _____ Etnia. _____

PERFIL GINECOLOGICO.

No. de parejas sexuales. _____ Edad de primera relación sexual. _____

Edad de menarquia. _____ Gestas. _____ PES _____ CSTP. _____

HV. _____ HM. _____ AB. _____

LIU. _____

Utilización de método de planificación. _____ Tiempo. _____

Fecha de último parto anterior. _____

CONTROL PRENATAL:

FUR. _____ FPP. _____

Np. De controles prenatales. _____ Fecha de primer control prenatal. _____

Semanas de gestación en los controles. _____

Problemas detectados _____

Problemas en embarazos anteriores. _____

ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO. _____

TRATAMIENTO. _____

ANTECEDENTES PERSONALES. _____

EXAMEN FISICO DE INGRESO A PARTO:

Peso Materno. _____ Peso del RN. _____

Presión arterial. _____ Temperatura. _____ Frecuencia Cardiaca. _____

Frecuencia respiratoria. _____ Saturación de Oxígeno. _____

PARTO: Tiempo de trabajo de parto _____ Tipo de resolución. _____ Si CSTP causa: _____

Complicación presentada en el puerperio inmediato. _____ Tratamiento, _____

Semanas de gestación



UNIVERSIDAD MESOAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA
INVESTIGACIÓN

FORMATO PARA SOLICITAR APROBACIÓN DE TEMA DE INVESTIGACIÓN

YO, Victoria Alejandra Sanchez Portales con número de Carnet 201516134 actualmente realizando la rotación de Ginecobstetricia en el Hospital Departamental de Totonicapán.

SOLICITO APROBACIÓN

Para realizar investigación del tema: Evolución del puerperio en mujeres que recibieron control prenatal en el Hospital Departamental de Totonicapán vs las mujeres que no cuentan con control prenatal.

para el cual propongo como Asesor a: Dra. Silvia Sánchez
teniendo previsto que se lleve a cabo en Hospital departamental de Totonicapán y abarcará el período de enero a julio del 2019

Quetzaltenango, 28 de febrero de 2019

7

Firma

Fecha recepción en la Universidad

USO DE LA UNIVERSIDAD

TEMA APROBADO

TEMA RECHAZADO

AMPLIAR INFORMACIÓN

OBSERVACIONES:

Seis un estudio comparativo
entre la evolución del puerperio
en mujeres con y sin
CP.
Mayo a Septiembre

Tutor Asignado

~~Dra. Ana Gómez~~

Q' periodo del puerperio seis
Q' factores involucrados

Por Comité de Investigación

Vo. Bo. Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda Col. 6.094





Quetzaltenango julio de 2022

Comité de Tesis:
Universidad Mesoamericana.
Quetzaltenango

Respetables comité

Por este medio YO: **VICTORIA ALEJANDRA SANCHEZ PORTALES** con numero de carné **20151614**, tengo aprobado el tema **"RELACIÓN ENTRE CONTROL PRENATAL Y EVOLUCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO ENTRE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A UN CONTROL PRENATAL VS. LAS QUE NO ASISTIERON A CONTROL PRENATAL, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE TOTONICAPÁN, JOSÉ FELIPE FLORES, EN LOS MESES DE MAYO A SEPTIEMBRE DE 2020"**. Por lo que solicito poder continuar con el tema y así mismo solicitar un revisor.

Agradeciendo la atención

Atentamente

Aprobado
Lidia Herrera Calderón




Victoria Alejandra Sanchez Portales
Carné: 201516134.



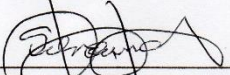
Quetzaltenango febrero de 2022

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Comité de Investigación
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

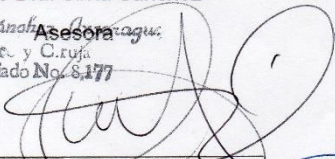
Respetables doctores:

Esperando se encuentran teniendo éxitos en sus labores, me dirijo a ustedes, con el motivo de solicitar se me permita realizar cambios al título de tesis **"Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre del 2020."** Ya que por sugerencias de los asesores y revisoras de tesis, al incluir a otro grupo de población al estudio este sería más completo y se tendría una mejor perspectiva sobre el problema a estudio, permitiendo realizar comparaciones que presentes hallazgos más concretos, solicitando que el tema quede como: **"Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. Las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre del 2020."** Ya que por sugerencias de los asesores y revisora de tesis

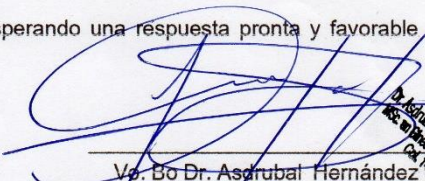
Agradeciendo su atención a la presente y esperando una respuesta pronta y favorable quedo a la espera.


Vo. Bo. Dra. Silvia Sánchez

Silvia Sánchez Asesora
Médica y Cirujana
Colegiado No. 8.177


Vo. Bo. Mgtr. Hanea Calderón
Revisora




Vo. Bo. Dr. Asdrubal Hernández
Coasesor


Victoria Sánchez Portales
201516134

Aprobado 2/3/22





RESOLUCIÓN No. CT-16-06-2021

ASUNTO: Solicitud de la estudiante **Victoria Alejandra Sanchez Portales** con carné número **201516134**, para el cambio de asesoría en el trabajo de tesis titulado **“Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre del 2020”**.

El Comité de Tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, con fundamento en el análisis de su propuesta de trabajo de tesis, **APRUEBA** el desarrollo de la misma y en consecuencia:

RESUELVE:

1. Fórmese el expediente respectivo con la propuesta presentada a consideración;
2. Se nombra como Asesores al Doctor **Asdrubal Hernández**, y a la Doctora **Silvia Sánchez**.
3. Que, habiendo aceptado los Asesores, la estudiante proceda realizar el anteproyecto de tesis.
4. Pase a Secretaría para la correspondiente notificación y la entrega de copias a la profesional propuesta.

Para los usos legales que a la interesada convengan se extiende, firma y sella la presente en la ciudad de Quetzaltenango, a los trece días del mes de julio del dos mil veintiuno.



Dr. Juan Carlos Moir Rodas
Decano Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Quetzaltenango



Dr. Jorge Antonio Rodríguez Zepeda
Coordinador Hospitalario
Universidad Mesoamericana
Quetzaltenango

FACULTAD DE MEDICINA
10ª Calle 0-11 ZONA 9, CAMPUS LAS AMÉRICAS, QUETZALTENANGO
TELÉFONO: 77652530



Quetzaltenango, 13 de julio de 2021

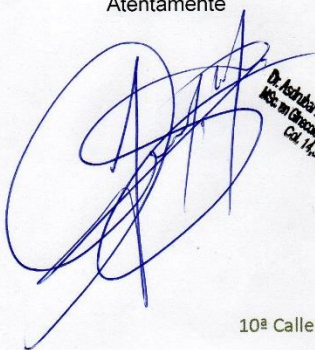
Doctor
Asdrubal Hernández
Asesor

Doctora
Silvia Sánchez
Asesora

Deseándoles éxitos en sus labores diarias, por medio de la presente les notificamos que, de acuerdo a la solicitud presentada ante el Comité de Tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad Mesoamericana, Sede de Quetzaltenango, por la estudiante **Victoria Alejandra Sanchez Portales** con carné número **201516134**, ha sido autorizado el cambio de asesoría para trabajo de tesis titulado "**Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre del 2020**", nombrándose a ambos como nuevos asesores. por lo que agradecemos brindar el acompañamiento correspondiente durante la realización del mismo.

Sin otro particular, me suscribo de ustedes,

Atentamente


Dr. Asdrubal del Hernández Gil
Médico en Ginecología y Obstetricia
Col. 1432


Dr. Jorge A. Ramos Zepeda
Coordinador Hospitalario
Universidad Mesoamericana
Quetzaltenango



FACULTAD DE MEDICINA
10ª Calle 0-11 ZONA 9, CAMPUS LAS AMÉRICAS, QUETZALTENANGO
TELÉFONO: 77652530



YO Victoria Alejandra Sanchez Portales, me identifico con Documento Personal de Identificación (DPI), Código Único de Identificación (CUI) número: 3136 81538 0901, extendido por el Registro Nacional de las Personas de la República de Guatemala o Pasaporte No. _____ Extendido por _____, estudiante regular de la carrera de Médico y Cirujano, Registro Académico número: 201516134, actualmente curso el 6to año de la carrera.

SOLICITO: Voluntariamente y bajo mi responsabilidad **REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION Titulado “RELACIÓN ENTRE CONTROL PRENATAL Y EVOLUCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO ENTRE LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A UN CONTROL PRENATAL VS. LAS QUE NO ASISTIERON A CONTROL PRENATAL, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE TOTONICAPÁN, JOSÉ FELIPE FLORES, EN LOS MESES DE MAYO A SEPTIEMBRE DEL 2020”**. Asimismo, declaro a que eximo a las autoridades, docentes de la Facultad de Ciencias Médicas y a la Universidad Mesoamericana de Quetzaltenango, así como a las autoridades del Despacho Ministerial, Directores Hospitalarios y Médicos de los diferentes centros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social donde se realiza la investigación, de cualquier responsabilidad penal, civil y administrativa, que se deriven de cualquier acción u omisión durante la REALIZACION DE LA INVESTIGACION, así como de cualquier conducta negligente de mi parte y asumo los gastos en que se pudiera incurrir. Entiendo y acepto las consecuencias de la decisión asumida.

Firma:



Totonicapán, 07 de Abril del 2021

Comité de Investigación
Hospital Departamental Totonicapán
Su despacho.

Respetable Comité:

Le saludo cordialmente, deseándole éxito y bendiciones en sus labores diarias.

Por este medio, yo: Victoria Alejandra Sanchez Portales, estudiante del sexto año de la licenciatura en medicina y cirugía de la Universidad Mesoamericana, sede Quetzaltenango; me identifico con carné 201516134 y Código Único de Identificación 3136 81538 0901. Me dirijo a ustedes respetuosamente para solicitarles se me autorice llevar a cabo el informe final de denominado: "Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre del 2020.

Por lo anterior, solicito respetuosamente, se me permita acceder a información hospitalaria incluyendo datos, registros e historias clínicas correspondientes a pacientes con dicha patología durante el periodo de tiempo establecido. La recolección de datos antes mencionada se realizaría a partir de mayo del presente año.

Asimismo, hago constar que en todo momento se resguardará la información de manera confidencial y personal con fines estrictamente académicos. Siendo mi asesora de tema Doctora Silvia Sánchez y mi revisora de fondo Mgtr. Hanea Calderón.

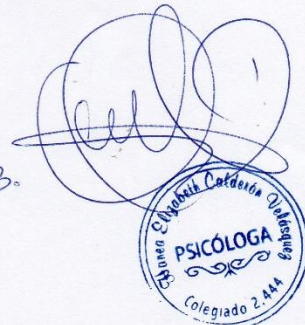
Me despido de ustedes, agradeciendo la atención a la presente, y quedo a espera de su respuesta favorable.

Victoria Alejandra Sanchez Portales

Carné: 201516134

No. Teléfono: 42178513

V. B.





Universidad Mesoamericana Sede Quetzaltenango
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura de Médico y Cirujano
Ginecología y obstetricia

Platicar con Revisora
manos o fuera
17:00 para
aprobos

Relación entre CP y Puerperio
Estudio de correlación entre las asistencias a CP y las

Evolución puerperio en mujeres que recibieron control prenatal en el Hospital Departamental de Totonicapán vs las mujeres que no cuentan con control prenatal en los meses de mayo a septiembre del 2019.

CP y las
Cx del
puerperio
muadch

Vo. Bo Dra Silvia Sanchez
Asesora

Vo. Bo Dra. Ana Gómez
Revisora

Dra. Silvia Sánchez
GINECOLOGA Y OBSTETRA
Colegiada 8177

Victoria Alejandra Sanchez Portales

201516130

Quetzaltenango 2019



Quetzaltenango, 31 de marzo de 2021.

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano.
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

Respetables doctores:

De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que **revisé** el Anteproyecto designado con el título: **“Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. Las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre del 2020”**, realizado por la estudiante: Victoria Alejandra Sanchez Portales, quien se identifica con carné número 201516134, haciendo constar que efectuó las modificantes solicitadas por lo que reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Facultad de Medicina de Universidad Mesoamericana, sede Quetzaltenango.

Por lo anterior, me permito emitir dictamen favorable, para que se le dé el trámite correspondiente.

Deferentemente,

Mgr. Hanea Calderón

Revisora del Trabajo de Investigación





Quetzaltenango, 29 de abril de 2021.

Dr. Juan Carlos Moir Rodas, Decano
Dr. Jorge Antonio Ramos Zepeda, Coordinador Hospitalario
Facultad de Medicina
Universidad Mesoamericana
Ciudad.

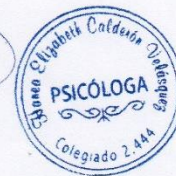
Respetables doctores:

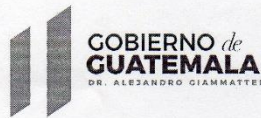
De manera atenta me dirijo a ustedes para hacer de su conocimiento que **revisé** el protocolo designado con el título: **“Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. Las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital departamental de Totonicapán, José Felipe Flores, en los meses de mayo a septiembre del 2020”**, realizado por la estudiante: Victoria Alejandra Sanchez Portales, quien se identifica con carné número 201516134, haciendo constar que efectuó las modificantes solicitadas por lo que reúne la calidad científica, teórica y técnica requerida por la Facultad de Medicina de Universidad Mesoamericana, sede Quetzaltenango.

Por lo anterior, me permito emitir dictamen favorable, para que se le dé el trámite correspondiente.

Deferentemente,

Mgr. Hanea Calderón
Revisora de tesis





MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA Y
ASISTENCIA SOCIAL
HOSPITAL DE
TOTONICAPÁN



Of. 039-2021
Comité de Docencia

Totonicapán, 10 de junio del 2021.

Estudiante:

**Victoria Alejandra Sánchez Portales
Presente**


Apreciable Estudiante:

De manera atenta me permito saludarle deseándole éxitos en sus diversas actividades.

Asimismo, en relación a su solicitud, me permito informarle que el Comité de Docencia e Investigación autoriza que realice en este Centro Hospitalario su trabajo de investigación titulado “Relación entre control prenatal y evolución del puerperio inmediato entre las pacientes que asistieron a un control prenatal vs. Las que no asistieron a control prenatal, en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Departamental de Totonicapán, en los meses de mayo a septiembre de 2020”.

Sin otro particular y agradecida por su atención, me suscribo de usted.

Atentamente;


Dra. Viviana Domínguez
Coordinadora Comité de Docencia e Investigación

c.c. Archivo

Km. 198 Cantón Poxlajuj Totonicapán
hosptotonicapan@mepas.gov.gt
PBX: 79321200 Fax: 77661505

www.mepas.gov.gt

Síguenos en:



/MinisteriodeSaludPúblicayAsistenciaSocial



@MinSaludGuate



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala