

GESTANTES Y PUÉRPERAS, SU CONOCIMIENTO SOBRE SEÑALES DE PELIGRO EN EL EMBARAZO. CENTRO DE SALUD INTEGRAL “LEO SCHWARZ”. MUNICIPIO VILLA VACA GUZMÁN. 2016.

PREGNANT AND POST PARTUM WOMEN, THEIR KNOWLEDGE ABOUT SIGNS DANGER DURING PREGNANCY. “LEO SCHWARZ”. HEALTH CENTER. VILLA VACA GUZMAN MUNICIPALITY. 2016

1 Arroyo Chauque Juan Carlos; Choque Mamani Jarol Evair; Mita Chiri Noemi Adelin; Salazar Flores Dhery Franz.

1 Universidad Mayor, Real y Pontificia San Francisco Xavier de Chuquisaca. Internos de Medicina. Rotación de Salud Pública. Municipio Villa Vaca Guzmán. Facultad de Medicina.

Recibido: 10 febrero 2017
Aceptado: 21 marzo 2017

RESUMEN

Introducción: Esta investigación determinará el conocimiento sobre señales de peligro del embarazo, parto y puerperio en mujeres gestantes y puérperas que acuden al Centro de Salud Integral Leo Schwarz, Municipio Villa Vaca Guzmán en la gestión 2016.

Material y Métodos: Este trabajo es cuantitativo, observacional, transversal y descriptivo. Se utilizó una población conocida y los datos se obtuvieron en la gestión 2016, el campo de estudio o núcleo de trabajo corresponde a las mujeres gestantes y puérperas que asistieron al Centro de Salud Integral Leo Schwarz del Municipio de Villa Vaca Guzmán (Muyupampa), y se utilizó herramientas como encuestas y entrevistas los cuales nos permitirán obtener datos e información del nivel de sus conocimientos que obtuvieron hasta ese momento. Estos datos se utilizarán como indicadores que coadyuvarán a la detección del nivel de conocimiento de las mujeres gestantes y puérperas sobre las señales de peligro durante de gestación y puerperio.

Resultados y Conclusiones: En cuanto al grado de conocimiento sobre las señales de peligro durante el embarazo, un 49,52% tiene un conocimiento malo, en relación a un 12,38% que tiene un conocimiento muy bueno. Cabe resaltar que el 38% de las gestantes tiene un buen conocimiento, razón por la cual acuden al hospital en el momento oportuno.

PALABRAS CLAVE:

Signos de peligro, embarazo, puerperio, Municipio Villa Vaca Guzmán.

SUMMARY

Introduction: This research will determine the knowledge about warning signs of pregnancy, childbirth and puerperium in pregnant women and postpartum women who come to the Center of health integrated Leo Schwarz, Villa Vaca Guzman municipality management 2016.

Material and methods: this study is quantitative, observational, cross-sectional and descriptive. We used a known population and data were obtained in the management 2016, the field of study or work nucleus corresponds to pregnant women and postpartum women who attended the Center's health Integral Leo Schwarz of the municipality of Villa Vaca Guzmán (Muyupampa), and is He used tools such as surveys and interviews which allow us to collect data and information on the level of their knowledge obtained so far. These data will be used as indicators that collaborate in the detection of the level of knowledge of pregnant women and postpartum women about the danger signs during pregnancy and puerperium.

Results and conclusions: in terms of the degree of knowledge about the signs of danger during pregnancy, by 49.52% have a bad knowledge, in relation to 12.38% that has a very good knowledge. It should be noted that 38% of the women have a good knowledge, reason why they come to the hospital at the right time.

KEYWORDS:

Danger signs, pregnancy, puerperium, Villa Vaca Guzmán municipality.

INTRODUCCIÓN

La muerte de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, sigue siendo un grave problema mundial de salud pública, especialmente en los países en desarrollo, uno de los determinantes de este problema es la educación.

A nivel mundial aproximadamente 529.000 mujeres fallecen por causas asociadas principalmente del sur de África y Asia y son evitables con cuidados médicos básicos y oportunos, asociados a sistemas de salud eficientes. Más del 70% de las muertes maternas ocurren por cinco causas principales: hemorragias, infecciones, aborto, hipertensión y parto obstruido. A pesar de las mejorías globales en la salud materno-infantil y aumento de la esperanza de vida en la región de América Latina, la inequidad permanece como problema crucial. (1,4)

Actualmente existe consenso mundial sobre: el valor social y humano del embarazo, parto y puerperio, tanto para la madre y el recién nacido; la prioridad de alcanzar una atención profesional del parto para cada nacimiento; el reforzamiento del acceso y del funcionamiento de los sistemas de salud; el fortalecimiento de alianzas con la sociedad civil para el logro de una cobertura universal de la atención profesional para la madre y del recién nacido. Para lograr este objetivo está claro que la interrelación entre médico paciente es clave.

Se estima que en Bolivia fallecen anualmente 1,200 mujeres debido a las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Las principales causas de mortalidad materna en los últimos 5 años siguen siendo las mismas, lo cual evidencia la necesidad de abordar estrategias efectivas para lograr la reducción de la mortalidad materna. (6)

En su concepción clásica, mortalidad materna es el término que se utiliza para etiquetar las muertes ocurridas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. El presente trabajo de investigación será realizado en el Centro Poblado de Villa Vaca Guzmán del Departamento de Chuquisaca. Se analizará el conocimiento de las señales de peligro que inciden durante el embarazo. Este trabajo será realizado en la gestión 2016.

La muerte materna debido a complicaciones antes, durante y después del parto sigue siendo un problema de Salud Pública, en el que inciden factores de tipo: socioeconómicos, educativos y culturales,

considerándose un problema que afecta a mujeres de todos los grupos sociales, estando en mayor desventaja las más pobres, adolescentes, analfabetas y aquellas que residen en zonas rurales. Reducir la mortalidad materna sigue planteando serios desafíos para el sector salud, ya que las mujeres siguen muriendo principalmente por causas prevenibles relacionadas con las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. (4)

A pesar de los esfuerzos que se implementan por medio del sector salud existen en la actualidad casos de complicaciones durante las etapas ya mencionadas, los cuales muchas veces se asocian al desconocimiento del proceso por parte de las embarazadas y púerperas. ¿Cuál es el conocimiento sobre señales de peligro del embarazo, parto y puerperio en mujeres gestantes y púerperas que acuden al Centro de Salud Integral Leo Schwarz, Municipio Villa Vaca Guzmán en la gestión 2016?

El presente trabajo resulta ser importante en el área de la medicina porque los resultados obtenidos darán cuenta de la relación existente entre la mortalidad materna y el conocimiento que tienen las mujeres acerca de las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio. Los datos obtenidos en la investigación permitirán una orientación correcta para la mejor toma de decisiones a futuro de las madres y la asistencia a sus controles regularmente o en caso de urgencia al presentar señales de alarma con el fin de disminuir la mortalidad materna. Al mismo tiempo se pretende dar a conocer la importancia que tiene la participación del personal de salud en la capacitación a las mujeres respecto a las señales de peligro en el embarazo, parto y puerperio. Así también de la urgencia de acudir al centro de salud si llegan a presentar alguna de estas señales. Teniendo como meta llegar a una buena atención y oportuna reacción en los diferentes casos que se puedan presentar para reducir la mortalidad.

Por tal motivo se decidió realizar este trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo establecer el grado de conocimiento sobre señales de peligro del embarazo, parto y puerperio en mujeres gestantes y púerperas. Ya que se considera que este problema viene vinculado, principalmente, a la falta de conocimiento sobre señales de peligro en nuestra Localidad de Villa Vaca Guzmán.

En todo el mundo, alrededor de cinco millones de mujeres padecen enfermedades críticas asociadas a la maternidad, de las cuales aproximadamente el 10% fallecen. (1)

Las muertes maternas pueden ser evitables en el 80 % de los casos, pero sin lugar a dudas se necesita de un entorno propicio para una maternidad segura. La falta de progresos en salud materna tiene implicaciones mundiales para el desarrollo humano. La defunción materna tiene repercusiones para toda la familia y un impacto que reaparece a través de las generaciones. Las complicaciones que causan las defunciones y las discapacidades de las madres traen enormes consecuencias sobre los niños. Los datos indican que los lactantes que pierden a sus madres en las primeras seis semanas de vida tienen más probabilidades de morir antes de cumplir dos años que aquellos cuyas madres sobreviven. Adicionalmente, por cada mujer que muere durante el embarazo o el parto, 20 sufren lesiones, infecciones, enfermedades o discapacidades. (1)

Las enfermedades durante el embarazo, el parto y el puerperio constituyen las principales causas de discapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo (3, 4). Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares (5). El comportamiento epidemiológico en cuanto a mortalidad materna es elevado en países en desarrollo con una razón de 290 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 14 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países. Algunos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1000 por 100 000 nacidos vivos. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre la población rural y urbana. (1, 2, 4, 5)

Bolivia mantiene uno de los niveles más altos de mortalidad materna e infantil en la región. Las causas principales son hemorragias en postpartos y las infecciones. Pese a la vigilancia del Servicio Universal de Salud (SUMI), los índices de mortalidad se mantienen elevados, principalmente en el área rural, donde el riesgo llega al 64 por cada 100 casos de muerte que se producen en el país.

Un reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó que el índice de mortalidad materna en Bolivia llega al 64 por ciento en el área rural, pues este sector de la sociedad aún es vulnerable, ya que tiene cuatro veces más probabilidades de fallecer por complicaciones del embarazo, parto o postparto. (6)

En las ciudades, el 42% de las mujeres son atendidas de parto en sus casas y el 58% en centros de salud, mientras que en las áreas rurales el 78% de los partos se atienden en los hogares.

Una información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Endsa) indica que la mortalidad materna es de 230 mujeres, por cada 100 mil nacidos vivos, cuyas causas son: hemorragia 33%, infecciones 17%, aborto 9%, hipertensión 5%, y parto prolongado 2%. (5, 6)

La situación social de las mujeres limita su acceso a los recursos económicos y a la educación básica y en consecuencia todo eso da paso a la incapacidad para adoptar decisiones con respecto a su salud. A algunas mujeres se les niega el acceso a la asistencia sanitaria cuando la necesitan, lo que responde, en ocasiones, a prácticas culturales. En otros casos es producto de la falta de acceso y utilización de servicios obstétricos. Además, la falta de poder de decisión de la mujer incide negativamente y lleva a muchas mujeres a una vida de embarazos repetidos (1, 3). La pobreza, las barreras en la educación, la inestabilidad sociopolítica como expresión de la persistencia de inequidad entre los géneros y de la desigualdad económica y social, son factores trascendentales que contribuyen a una elevada mortalidad materna en estas poblaciones. La mayoría de esas muertes se pueden evitar. La necesidad de una atención continuada con la presencia de profesionales debidamente capacitados a lo largo del embarazo, durante el parto y el posparto; el acceso a los servicios de salud y a una nutrición adecuada; la disponibilidad de servicios básicos, como el agua y el saneamiento; la práctica de hábitos saludables y el control de las enfermedades, disminuyen sin lugar a dudas el riesgo de una muerte materna. Para mejorar la salud materna es necesario dar prioridad a la mejora de la atención sanitaria: calidad al embarazo, al parto y al puerperio, y en particular a la atención obstétrica de urgencia. (1, 3)

Causas principales de Mortalidad Materna

Hemorragia Post Parto

La hemorragia posparto es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Universalmente se define como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. La hemorragia postparto precoz (HPP) es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto y es generalmente la más grave. Las causas de la hemorragia incluyen atonía uterina,

traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación, siendo la más frecuente la atonía. El diagnóstico es clínico y el tratamiento ha de abarcar unas medidas generales de soporte vital y otras más específicas de carácter etiológico. Afortunadamente, es potencialmente evitable en la mayoría de los casos si se sigue una adecuada estrategia de prevención activa y sistemática en la fase de alumbramiento de todos los partos (7)

Causas de la Hemorragia Post-Parto

1. Atonía uterina: es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de la Hemorragia post parto precoz. Factores de riesgo: sobre distensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosómico), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada).
2. Retención de tejido placentario y/o coágulos: la salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto. De no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas ácreta, íncreta o pércreta. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos) aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. Si a pesar del control ecográfico hay dudas sobre la localización de la placenta, debería realizarse una RNM con el fin de descartar la existencia de una placenta pércreta. También está relacionado con la existencia de placenta previa.
3. Traumas: hacen referencia a desgarros del canal genital, rotura uterina o inversión uterina.
 - Desgarros/laceraciones: suponen la segunda causa más frecuente de la hemorragia post parto después de la atonía uterina. Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura. En ocasiones también pueden hacerlo como hematomas. Los hematomas vulvares y vaginales autolimitados pueden tratarse de forma conservadora, en caso contrario deben ser evacuados. Si la paciente presenta dolor en flanco y signos de hipovolemia hay que sospechar un hematoma retroperitoneal, en cuyo caso convendrá monitorizar estrictamente por si fuese necesaria una exploración quirúrgica para identificar los vasos sangrantes.

- Rotura uterina: se define como la pérdida de integridad de la pared del útero. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria baja la más frecuente. Otros factores relacionados son los partos traumáticos (instrumentales, grandes extracciones, distocias) y la hiperdinamia / hiperestimulación uterinas. Las roturas asociadas a traumatismos externos (incluyendo la versión cefálica externa) son excepcionales.
 - Dehiscencia uterina: a diferencia de la rotura uterina propiamente dicha, la dehiscencia se define como la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa. Raramente son responsables de Hemorragias post- parto moderadas-graves.
 - Inversión uterina: se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Crédé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial. Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento manual. El prolapso es tan obvio que no son necesarias pruebas de imagen confirmatorias, salvo en casos de inversiones incompletas con estabilidad hemodinámica de la paciente y mínimo sangrado.
4. Alteraciones de la coagulación: coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo.

Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.

Adquiridas: pre-eclampsia grave, embolia de líquido amniótico, abruptio placentae, sepsis.

Hipertensión arterial durante el embarazo, el parto y el puerperio

La hipertensión arterial es un problema de salud en el mundo actual, por su alta prevalencia, trascendencia e impacto en la salud, calidad de vida y sobrevivencia de todo humano. Ante este evento, la mujer gestante, parturienta, puerpera y su hijo, constituyen sujetos de muy alta vulnerabilidad.

Clasificación de la Hipertensión arterial

Su clasificación y caracterización clínica y paraclínica imprescindible, propuesta por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) -en 1990-, fue ratificada por el Instituto Nacional de Salud (NIH) -en 2000- y mantiene, actualmente, plena vigencia.(8)

Hipertensión inducida por el embarazo (HIE)
 Preeclampsia
 Normotensión previa
 Hipertensión arterial > 20 semanas de gestación
 ≥ 140-90
 85-90 (II trimestre)
 ≥ 105 mm de Hg (III trimestre, parto, puerperio)
 Proteinuria: >0,3 g /24 horas y/o > 1 g en muestra aislada
 Edemas: Miembros superiores e inferiores;
 Generalizado; Persistente tras reposo nocturno
 Aumento de peso corporal ≥ 2 kg /mes
 Hiperreflexia osteotendinosa
 Irritabilidad
 Síntomas sensoriales y viscerales diversos
 Pre-eclampsia leve (PEL)
 Tensión arterial (TA) ≥ 140-90 / 2 tomas; intervalo (I) = 6 horas
 Proteinuria 300 mg/orina 24 horas
 Proteinuria XXX / 2 tomas; I ≥ 6 horas ≤ 7 días
 Pre-eclampsia grave (PEG)
 TA ≥ 160-110
 Proteinuria ≥ 5 g / orina 24 horas
 Proteinuria XXX / 2 tomas; I ≥ 4 horas
 Oliguria < 500 ml / 24 horas
 Plaquetopenia < 100 000
 Enzimas hepáticas elevadas
 Epigastralgia persistente
 Edema pulmonar
 Trastornos neurológicos centrales y periféricos
 Eclampsia
 Convulsiones agudas, tónicas y clónicas
 Pre-eclampsia previa
 Otras causas posibles, excluidas
 Hipertensión crónica asociada al embarazo (HAE)
 Diagnóstico pre-gestacional
 Diagnóstico en < 20 semanas de gestación
 Oligosintomática / clínica poco florida
 Persistente en ≥ 42 días de posparto
 Hipertensión gestacional: transitoria – tardía
 Proteinuria negativa
 Normotensión pre-gestacional
 De TA en ≥ 20 semanas y primer día en puerperio
 TA estabilizada en ≤ 10mo. Día en puerperio

INFECCIÓN PUERPERAL

La infección puerperal es una complicación obstétrica frecuente. La importancia de este tipo de infecciones requiere un diagnóstico seguro, rápido y eficaz, así como un tratamiento antibiótico y ocasionalmente quirúrgico. A menudo las pacientes presentan síntomas iniciales de infección puerperal tras el alta, demandando la asistencia en el servicio de urgencias. Las pautas de prevención, cada vez más importantes,

han disminuido la frecuencia de esta patología. La fiebre puerperal se define como temperatura igual o superior a 38° al menos durante dos días y entre los días 2° y 10° tras el parto. Se puede deber a causas genitales o extragenitales. Las genitales son: endometritis, infección de la episiotomía o de la laparotomía de la cesárea, fascitis necrotizante, mastitis, tromboflebitis pélvica séptica. Dentro de las extragenitales se incluyen: complicaciones respiratorias, pielonefritis, absceso pélvico, tromboflebitis, tirotoxicosis, fiebre de origen medicamentoso (9).

La endometritis es la causa más frecuente de fiebre puerperal. En la mayoría de los casos se produce por vía ascendente tras la colonización microbiana cérvico vaginal.

Los factores de riesgo son el parto por cesárea, el número de exploraciones previas, tiempo de bolsa rota mayor de 6 horas, duración del parto de más de 8 horas, de meconio, alumbramiento manual, diabetes, corioamnionitis, heridas y desgarro del canal de parto. La mayoría se corresponden con infecciones polimicrobianas.

La infección de la episiotomía es una complicación poco frecuente, en torno al 1%, disminuyendo su incidencia debido al perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y la asepsia en el paritorio. Se producen en su mayoría por agentes polimicrobianos. A la exploración se aprecian signos inflamatorios locales, como dolor, eritema y edema.

La infección de la herida quirúrgica aparece en un 2-5% de todas las cesáreas. Son factores predisponentes la cesárea urgente, tiempo quirúrgico prolongado, corioamnionitis, obesidad o malnutrición, anemia o alteraciones de coagulación e inmunosupresión.

La fascitis necrotizante es una complicación poco frecuente, pero potencialmente muy grave. Se debe sospechar su diagnóstico ante una rápida ascensión de signos de celulitis en las primeras 24 horas, afectación del estado general de la paciente, desarrollo y extensión a tejidos adyacentes o presencia de crepitación. Causada por *Streptococo pyogenes*, *Clostridium perfringens* o polimicrobiana.

La tromboflebitis pélvica séptica es una complicación puerperal infrecuente con mortalidad mínima que puede aparecer tras parto vaginal (1/2.000) o tras endometritis post-cesárea (1-2%). Hay que sospecharla ante fiebre persistente de origen desconocido; se produce por la combinación de tres factores: hipercoagulabilidad, lesión vascular por infección o traumatismo y estasis

venosa. Existe una forma aguda que se llama trombosis aguda de la vena ovárica, producida por un gran trombo en la vena ovárica. Se manifiesta por fiebre en picos acompañada de sudoración, taquicardia, dolor abdominal agudo y brusco.

Posibles complicaciones respiratorias que causen fiebre son atelectasia o neumonía por aspiración bacteriana. La atelectasia se produce en las primeras 24 horas en mujeres sometidas a cesárea con anestesia general. Es la causa más frecuente de fiebre puerperal extragenital y se manifiesta por fiebre, taquipnea, taquicardia, disminución de ruidos respiratorios y crepitantes en bases pulmonares (9).

Tanto la tromboflebitis venosa superficial como la profunda pueden originar fiebre puerperal. El diagnóstico viene dado por la exploración física (extremidad tumefacta y dolorosa, sensibilidad en la pantorrilla) y el tratamiento consiste en la administración de heparina y vendaje compresivo de la pierna. Otra causa de fiebre puede ser una pielonefritis, que suele aparecer tras la primera semana de puerperio y se manifiesta como bacteriuria con piuria, vómitos, fiebre en picos con escalofríos y dolor lumbar. Se diagnostica mediante sedimento, urocultivo y antibiograma. Requiere tratamiento antibiótico e ingesta hídrica adecuada. El absceso pélvico se caracteriza por fiebre intermitente a pesar de tratamiento antibiótico adecuado en una infección pelviana.

La crisis de tirotoxicosis se manifiesta por fiebre, disfunción cardiovascular (taquicardia, arritmias), gastrointestinal (vómitos, diarrea, dolor abdominal) y alteraciones del sistema nervioso central (agitación, desorientación, estupor e incluso coma). Es potencialmente mortal por complicaciones sépticas o insuficiencia cardíaca (9).

Señales de peligro durante el embarazo

Los principales signos de peligro durante el embarazo son:

Sangrado. Ningún sangrado debe considerarse "normal" durante el embarazo, todo sangrado por pequeño que sea necesita ser evaluado por un profesional de salud.

Existen muchas causas de sangrado y estas dependen de la etapa del embarazo en la que se encuentre la mujer. Por ejemplo, en las primeras 12 semanas del embarazo (tres meses) el sangrado se relaciona especialmente con aborto o formas anormales del desarrollo del embrión o la placenta (entre otras).

Después de la semana 20 (cinco meses), un sangrado puede significar un grave peligro ya que se relaciona con condiciones médicas más graves. Durante el parto, el sangrado también puede ser muy grave y suele ser causado por desgarres en cualquier parte del canal del parto o problemas con la placenta. Después del parto (puerperio) el sangrado ocurre fisiológicamente, pero puede haber condiciones en las que la situación necesite una evaluación médica como cuando se retienen dentro del útero pedazos de placenta, entre otros motivos (10).

Dolor y contracción uterina. Éste es un síntoma complejo durante el embarazo pues muchos dolores aparecerán en varias partes del cuerpo, pero el dolor abdominal debe ser considerado en forma especial. Un dolor en el vientre bajo o a los lados de este es un mal síntoma y podría ser incluso peor si la molestia se expande hacia la espalda baja o rabadilla o a otros sitios del cuerpo, como el hombro, por ejemplo. Otra consideración de gravedad es cuando el dolor no cede ni con cambios de posición o que impide hacer actividades regulares.

También hay que considerar el dolor que acompaña a la contracción uterina, el "dolor de parto", el cual aparece primero en forma irregular hasta que se estabiliza. Sin embargo, si el vientre se pone duro, hay dolor y esto sucede cada vez más seguido y con más fuerza y el episodio dura por lo menos dos horas seguidas sin parar, entonces es casi seguro de que se trata de la labor de parto. Las contracciones dolorosas pueden ser también una señal de alarma cuando sucede antes de las 38 semanas de embarazo o si son tan fuertes y dolorosas que la madre no pueda soportarlas (10).

Flujo vaginal. Durante el embarazo la secreción vaginal se incrementa fisiológicamente y no causa molestias pero si la secreción aumenta demasiado, cambia de color u olor o se acompaña de comezón o irritación, se convierte en una señal de alarma. La situación puede hacerse aún más complicada si después de la semana 20 del embarazo (cinco meses) la mujer siente un flujo líquido, permanente y que no huele a orina.

Movimientos fetales. La mujer suele sentir los movimientos del feto desde la semana 20. Si después de sentir movimiento por algún tiempo la madre no detecta actividad fetal desde el día anterior a la misma hora, debe considerarlo con su médico pues podría ser una señal de alarma.

Fiebre. La fiebre puede estar relacionada a una infección pasajera, autolimitada y que no necesita de un tratamiento especial, sin embargo, incluso

las infecciones más simples y comunes durante el embarazo pueden ocasionar complicaciones severas para la madre o el feto. Por otra parte, la fiebre puede estar relacionada con una complicación del propio embarazo que puede llegar a ser grave.

Señales de peligro en el parto

Sale líquido de la matriz porque la fuente se ha roto antes que comiencen las contracciones o dolores del parto (11).

El cordón, una mano o el pie salen antes que la cabeza del niño.

Los dolores del parto son muy frecuentes y duran más de 12 horas en el primer parto o más de 8 horas en el segundo o siguientes partos y aún no das a luz.

Ahora, si al comenzar el trabajo de parto, la dilatación en la mujer parece no avanzar a pesar de varios intentos y hasta suministrar algunos medicamentos, se debe acudir a un hospital porque la vida del bebé está en peligro. También hay que actuar de inmediato si la fuente se rompió hace más de 24 horas y las contracciones para que nazca el bebé no han empezado, se debe revisar que tanto la mamá como el bebé, no tengan síntomas de infección, así que sólo el médico puede determinar y tratar ese problema. Ahora, hay que revisar que no haya presencia de meconio en el líquido amniótico, es decir que el bebé no haya succionado su propio excremento, porque puede ser señal de sufrimiento fetal, por lo que hay que revisar que el parto sea inminente y que no tarde más tiempo en llevarse a cabo (11).

Otro de los signos de alarma en el parto es que la mujer no pueda expulsar al bebé por sí misma, hay casos donde la cabeza de los pequeños es muy grande y no sale por la pelvis o no está en posición coronada o hacia abajo para salir, por lo que se debe ayudar a la mamá a que nazca el pequeño, incluso con una cesárea o con fórceps, por lo que hay que estar muy alerta en este caso, no hay que perder de vista el ritmo cardíaco del bebé, es decir que no caiga, revisar que después del parto no haya una hemorragia y que máximo dos horas después del nacimiento se expulse la placenta (10, 11).

Señales de peligro en el puerperio

Dentro del proceso de la maternidad, la atención del puerperio es clave para la mujer y su recién nacido. Este período comprende el tiempo posterior al alumbramiento hasta los cuarenta días después

del nacimiento; y se divide en el inmediato (las dos primeras horas posparto), mediano (desde las primeras dos hasta las 48 horas posparto), y tardío de las 48 horas hasta los 40 días posterior al nacimiento. En las dos primeras etapas del puerperio se presentan las complicaciones que puede llevar la muerte a la mujer durante este período y que se consideran dos de las causas principales de la mortalidad materna de tipo directas en Colombia: las hemorragias y la sepsis pos parto con un 17,7 % y 7 % respectivamente del total de las muertes.

Los signos de alarma más importantes en el puerperio (12).

Hemorragia vaginal severa o con presencia de coágulos o expulsión de tejido. Abundante sangrado de color rojo intenso (que empapa más de una toalla sanitaria en menos de una hora) o coágulos de sangre grandes (del tamaño de una pelota de golf).

Dolor abdominal severo, distinto de las contracciones después del parto que no cede con reposo y calmantes

Fiebre superior a 38°C.

Loquios con mal olor.

Micción frecuente y/o ardor al orinar.

Signos inflamatorios en miembros inferiores: dolor, calor, enrojecimiento, hinchazón.

Dolor de cabeza persistente; cambios en la visión, como manchas frente a sus ojos; hinchazón rápida de la cara, los pies, los dedos de las manos e hinchazón general.

Aumento del enrojecimiento, hinchazón, sensibilidad, olor o secreción en el lugar de la episiotomía.

Incisión de la cesárea que se ha abierto, tiene mal olor, presenta color rojizo o secreción.

Área sensible, hinchada, caliente, dura o enrojecida en la pantorrilla o en las piernas (Puede ser indicio de flebitis o coágulo de sangre).

Área caliente, dura, enrojecida y dolorosa al tacto en los senos (Puede ser indicio de infección en un seno y requerir antibióticos. Por lo general, se presenta acompañada de Fiebre).

Depresión/tristeza posparto persistente (durante más de dos a cuatro semanas)

Al presentar algunas de estas señales es necesario acudir de inmediato con el gineco-obstetra tratante. De manera general se recomienda que acuda a su médico en un lapso de 7 a 14 días después del alumbramiento. Dentro del esquema normal de recuperación se encuentra la aparición de algunos cólicos y un escurrimiento vaginal parecido a sangre diluida que irán aclarándose con el tiempo hasta desaparecer por completo en un lapso de 15 a 20 días.

Si no presenta ninguna molestia, puede reiniciar su vida sexual al desaparecer el escurrimiento por loquios
¿Qué es la infección de la herida de la cesárea?

La infección de la herida del parto por cesárea la causa una bacteria que entra en la incisión (corte) de la cesárea. La cesárea es una operación en la que su bebé nace mediante un corte que el profesional de la salud le hace a usted en el abdomen y en el útero. Las bacterias pueden hacer que el corte se infecte (13).

Las señales de infección son fiebre y piel adolorida, enrojecida e hinchada alrededor de la incisión. Llame a su profesional de la salud si tiene algunas de estas señales. El profesional podrá drenarle la incisión para liberar las bacterias atrapadas.

La mayoría de las incisiones de la cesárea se curan sin problemas. Es más probable que se contagie con una infección si:

Abusa del alcohol

Tiene diabetes tipo 2

Es obesa, con un índice de masa corporal (BMI) de 30 o más.

¿Qué es la endometritis?

La endometritis es una infección del endometrio, el revestimiento del útero (matriz).

La bacteria que causa la endometritis crece en el revestimiento del útero, en el lugar donde la placenta se desprende después del parto. La placenta crece en su útero y suministra alimentos y oxígeno al bebé a través del cordón umbilical.

La endometritis puede propagarse por el útero. A veces llega a los vasos sanguíneos de los ovarios y la pelvis.

La endometritis por lo general sucede 2 a 3 días después del parto. Si no se trata la infección, puede causar problemas de salud más serios como infertilidad.

Entre las señales de endometritis se incluyen:

- * Flujo anormal o vaginal que huele mal
- * Dolor de espalda
- * Escalofríos
- * Fiebre
- * Malestar general
- * Dolor de cabeza
- * Sensibilidad o dolor en la parte inferior de su abdomen.

Y la recomendación a las pacientes que presenten estos signos debe proceder llamando a su profesional de la salud si tiene algunas de estas señales. Si el profesional de la salud descubre que usted tiene endometritis, los antibióticos (medicamentos que matan las infecciones causadas por bacterias) pueden ayudar a curar la mayoría de los casos (13).

¿Qué es la mastitis?

La mastitis es una infección del seno causada por una bacteria. La bacteria por lo general entra al seno cuando le está dando pecho al bebé.

Las bacterias de la piel y de la boca del bebé pueden entrar en el seno a través de una grieta en la piel de su pezón. También pueden entrar en el seno a través de la abertura a los conductos mamarios en su pezón. Entre las señales de la mastitis se incluyen:

Uno o los dos senos le duelen, los siente endurecidos y calientes.

Uno o dos de los senos se hinchan y se enrojecen. Tiene fiebre.

La mastitis puede ser dolorosa, pero por lo general no crea problemas graves de salud. El profesional de la salud puede darle antibióticos o acetaminofén (como Tylenol) para bajar la fiebre y ayudarlo a sentirse mejor. Aunque tenga mastitis y le duela, lo mejor es seguir dándole pecho al bebé o seguir sacándose leche con el sacaleches. Esto ayuda a vaciarse los senos y alivia parte de la presión dolorosa. No es posible contagiarle la infección a su bebé por la leche materna, así que no hay riesgo de seguir dándole pecho (13).

¿Qué es el sangrado posparto?

El sangrado posparto es el sangrado de la vagina después de dar a luz. Es natural. Sin embargo, el sangrado intenso (hemorragia) puede ser una señal de otros problemas de salud.

Las causas más comunes del sangrado grave e intenso después del parto son:

- * Atonía uterina: Esto sucede cuando el músculo del útero (matriz) no se contrae (endurece). Cuando

el útero se contrae, ayuda a controlar el sangrado. Si tiene gemelos o un bebé grande, o si está en trabajo de parto durante un tiempo largo, puede correr el riesgo de la atonía uterina.

- * Placenta retenida: Durante la tercera etapa del parto, usted expide la placenta. La placenta crece en su útero y suministra alimentos y oxígeno al bebé a través del cordón umbilical. Si la placenta no sale dentro de los 30 minutos después del nacimiento de su bebé, es posible que tenga un sangrado intenso.
- * Desgarro: Si la vagina o el cuello del útero (abertura hacia el útero que está en la parte superior de la vagina) se rasga o desgarra durante el parto, es posible que tenga sangrado intenso.

Si tiene un sangrado intenso después del parto, lo más probable es que suceda cuando la paciente todavía esté en el hospital. El profesional de la salud podrá masajearle el útero o darle líquidos por una vía intravenosa, que se le insertan en una vena. Esto puede ayudar a detener el sangrado. También es posible que le dé oxitocina (una hormona que puede ayudarle a su útero a contraerse). En casos muy poco comunes, la mujer puede necesitar cirugía o una transfusión de sangre (13).

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, Observacional, Descriptivo y Transversal.

La población universo identificada para el presente trabajo de investigación son las mujeres gestantes y puerperas de la localidad de Villa Vaca Guzmán. Identificándose un total de 146.

Para el presente trabajo de investigación se toma una muestra de 105 mujeres que se obtiene realizando la respectiva fórmula:

$$\begin{aligned} N &= 146 \\ Z &= 95\% = 1,96 \\ P &= 50\% \\ Q &= 100 - P = 50 \\ d &= 5\% \end{aligned}$$

$$n = \frac{N Z^2 (P \times Q)}{D^2 (N - 1) + Z^2 (P \times Q)}$$

$$n = \frac{146 \times 1,96^2 (50 \times 50)}{5^2 (146 - 1) + 1,96^2 (50 \times 50)}$$

$$n = \frac{146 \times 3,84 \times 2500}{25 \times 145 + 3,84 \times 2500}$$

$$n = \frac{1401600}{3625 + 9600} = \frac{1401600}{13225} = 105$$

La recolección de información se realizó mediante una encuesta tipo cuestionario de elaboración propia dirigido a mujeres gestantes y puerperas que asisten al Centro de Salud Leo Schwarz del Municipio de Villa Vaca Guzmán.

Con el fin de que la investigación guarde y garantice aspectos éticos, los instrumentos a aplicar contarán con el consentimiento informado de las personas que contribuyan en el estudio informando previamente el objetivo del estudio: protegiendo el carácter de confidencialidad de las respuestas brindadas así como los nombres que estén en el anonimato.

RESULTADOS

En el estudio participaron 105 mujeres de las cuales un 31,43% se encuentran en el grupo etáreo entre 25 a 29 años en relación a un 1,90% que pertenecen a las edades de 40- 45 años. Lo que da a entender que existe un gran porcentaje de mujeres jóvenes adultas que asiste al Centro de Salud Integral Leo Schwarz.

La mayoría de las mujeres en estado de gestación y puerperio que acuden al Centro de Salud Leo Schwarz en un 46,67% tienen un estado civil de concubinato en relación a un 33,33% de mujeres casadas.

Un 43,81% desempeñan una ocupación de labores de casa en relación a un 14,28% de ocupación de comerciante y agricultura.

El 94,28% hablan castellano en relación con un 0,9 que solo habla guaraní o ambos idiomas. Esto les da ventaja a las mujeres para que se informen acerca de las señales de peligro.

Un 45,71% asisten al Centro de Salud, cuentan con una instrucción de nivel secundaria en relación a una minoría del 20,00% tienen instrucción primaria. Lo que demuestra que existe buen nivel instructivo.

Casi una totalidad con un 99,05% de las mujeres gestantes y puerperas que asisten al Servicio de Salud, creen que es importante la asistencia a los controles prenatales a diferencia de pocas con un 0,95% que no dan importancia a la asistencia a estos controles.

TABLA 1. CONOCIMIENTO SOBRE SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO. CENTRO DE SALUD LEO SCHWARZ. MUNICIPIO VILLA VACA GUZMÁN. 2016

GRADO DE CONOCIMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
Conocimiento muy bueno	13	12,38%
Conocimiento bueno	40	38,10%
Conocimiento malo	52	49,52%
TOTAL	105	100,00%

Fuente: Encuesta de signos de peligro a gestantes.

La mayoría de las mujeres gestantes y puérperas que asisten al Centro de Salud en un 49,52% no tiene conocimiento sobre las señales de peligro durante el embarazo en cambio un pequeño porcentaje con un 12,38% tiene conocimiento muy bueno de las señales de peligro durante el embarazo.

TABLA 2. CONOCIMIENTO SOBRE SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL PARTO. CENTRO DE SALUD LEO SCHWARZ. MUNICIPIO VILLA VACA GUZMÁN. 2016

GRADO DE CONOCIMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
Conocimiento muy bueno	24	22,86%
Conocimiento bueno	42	40,00%
Conocimiento malo	39	37,14%
TOTAL	105	100,00%

Fuente: Encuesta de signos de peligro a gestantes.

Las mujeres gestantes y puérperas tienen un conocimiento de un 40,00% sobre las señales de peligro durante el parto en relación a una minoría con 37,14% que posee un conocimiento malo de las señales de peligro durante el parto.

TABLA 3. CONOCIMIENTO SOBRE SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL PUERPERIO. CENTRO DE SALUD LEO SCHWARZ. MUNICIPIO VILLA VACA GUZMÁN. 2016

GRADO DE CONOCIMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
Conocimiento muy bueno	21	20,00%
Conocimiento bueno	29	27,62%
Conocimiento malo	55	52,38%
TOTAL	105	100,00%

Fuente: Encuesta de signos de peligro a gestantes.

La mayoría de las mujeres gestantes y puérperas en un 52,38% tienen conocimiento deficiente de las señales de peligro durante el puerperio en cambio solo una pequeña parte con un 27,62% tiene buen conocimiento de las señales de peligro durante el puerperio.

TABLA 4. LUGAR DONDE ACUDEN LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN CASO DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA. CENTRO DE SALUD LEO SCHWARZ. MUNICIPIO VILLA VACA GUZMÁN. 2016

ACTITUD ANTE LA PRESENCIA DE ALGÚN PROBLEMA DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO	NÚMERO	PORCENTAJE
Acude al hospital	102	97,15%
Acude a la partera tradicional	1	0,95%
Utiliza medicina tradicional	2	1,90%
Automédica	0	0,00%
TOTAL	105	100,00%

Fuente: Encuesta de signos de peligro a gestantes.

La mayoría de las mujeres gestantes y puérperas con 97,15% acude al Hospital en caso de presentar algún problema durante el embarazo en relación a una minoría con un 1,90% que acude a la medicina tradicional.

CONCLUSIONES

EL universo de estudio estuvo determinado por el 31,43% de mujeres gestantes y puérperas entre las edades de 25 a 29 años, encontrándose en el periodo de menor riesgo tanto para la madre como para el hijo. Analizando las variables, se constata que es el concubinato es el estado civil con mayor porcentaje en las gestantes y puérperas, y no es de menospreciar el 19,05% que implica la soltería, teniendo en cuenta que es fundamental que la mujer se encuentre dentro de un núcleo familiar estable para obtener mayor apoyo; la ocupación de las mismas son las labores de casa en un 43,81%.

Con respecto al idioma que hablan la mayoría de las mujeres gestantes y puérperas predomina el castellano con un 94,28% en relación a un 0,95% que solo habla guaraní. En cuanto al nivel instructivo se puede decir que la mayoría de las mujeres encuestadas cursaron el nivel secundario, mientras que una minoría no posee instrucción alguna. Considerando que en tal caso una adecuada formación académica ayuda en la detección temprana de los signos de peligro.

Con relación a la importancia que dan las mujeres a los controles prenatales encontramos que un 99,05% sí consideran importante la asistencia a dichos controles, en tanto que una minoría no cree que sea importante. Lo cual es una ventaja para el personal médico por el hecho de que se puede orientar a las mujeres sobre los signos o síntomas de peligro durante su embarazo, parto y puerperio y brindar mejor atención médica.

En cuanto al grado de conocimiento sobre las señales de peligro durante el embarazo, un 49,52% tiene un conocimiento malo, en relación a un 12,38% que tiene un conocimiento muy bueno. Cabe resaltar que el 38% de las gestantes tiene un buen conocimiento, razón por la cual acuden al hospital en el momento oportuno.

Un 40% de las mujeres encuestadas tienen un grado de conocimiento bueno sobre las señales de peligro durante el parto, en cuanto a un porcentaje menor de 37,14% que tienen un conocimiento malo.

Más del 50% del universo de estudio tiene un mal conocimiento sobre las señales de peligro durante el puerperio (52,38%), razón por la cual ponen en riesgo su vida y un 20% tiene un conocimiento muy bueno.

Es importante recalcar que la mayoría de las mujeres (97%) ante la presencia de alguna emergencia obstétrica acuden al hospital, y la minoría o bien recurre a la medicina tradicional o bien solicita los servicios de una partera.

Recomendaciones

Dado que buena parte no cuenta con un adecuado grado de conocimiento acerca de los signos y señales de peligro durante el embarazo se debe concientizar preferentemente a aquellos grupos más susceptibles de correr con dichos riesgos, siendo en este caso el grupo de edad comprendido entre los 15 a 19 años respectivamente, para que desde edades tempranas y por medio de charlas didácticas y amenas ya sea en las reuniones de la comunidad, los colegios o el mismo hospital obtengan formación continua; para ello es menester contar con el personal sanitario.

Realizar cursos de capacitación 2 o 3 veces al año dirigidos a las mujeres en edad fértil, tanto en colegios, ferias de salud o creando espacios informativos en radioemisoras para aquellas que no tienen un nivel de instrucción adecuado.

Brindar a las gestantes un ambiente social estable y tranquilo, recibiendo todo el apoyo posible de familiares y amigos, las charlas de concientización también

deberían ir dirigidas a la pareja, familia y amigos para que ayuden a la mujer en cualquier circunstancia de peligro y la lleven al hospital a tiempo.

Aunque es un aspecto que se controla de forma adecuada, se debe seguir incentivando a la gestante a acudir a sus controles prenatales manteniendo un buen control sobre la principal variable de estudio.

Tomar especial atención ante la concientización sobre las señales de peligro durante el puerperio, ya que gran parte de las puérperas tiene malos conocimientos; darles a conocer de forma audiovisual a ser posible de los graves riesgos que implicaría dejar pasar por alto dichas situaciones. La movilización por parte del personal sanitario y de las autoridades del lugar deberá ser enérgica y dinámica para generar buenos resultados en la formación de esta temática. Asimismo se recomendaría trabajar en conjunto con agrupaciones de juntas vecinales, centros de madres o cualquier otra agrupación civil.

Buscar y destinar fondos económicos e incluir en el POA, para mejorar la promoción sobre señales de peligro del embarazo parto y en especial del puerperio y lograr disminuir el riesgo de morbilidad materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- MSc. Álvarez Toste M, MSc Hinojosa Álvarez M, MSc. Salvador Álvarez S, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Rev. Cubana de Higiene y epidemiología. [Internet]. Dic. 2011 [Citado 20 Dic. 2016]; [aprox. 14 p.] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie10311.pdf>
- 2.- UNICEF. Progreso para la infancia. Un balance sobre la mortalidad materna. [Internet]. Sep. 2008 [Citado 20 Dic. 2016]; [aprox. 48 p.] Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/Progreso_para_la_infancia_No7\(4\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Progreso_para_la_infancia_No7(4).pdf)
- 3.- UNICEF. Águila Setién S, Toste Álvarez M, Breto García A, et al. La morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna. [Internet]. Sep. 2013 [Citado 22 Dic. 2016]; [aprox. 209 p.] Disponible en: https://www.unicef.org/lac/morbilidad_materna_full.pdf
- 4.- Gonzales R. Salud Materno Infantil en las Américas. Rev Chilena Ginecología Obstetricia [Internet]. 2010 [Citado 22 Dic. 2016]; [aprox. 11 p.] Disponible en: <http://revistasochog.cl/files/pdf/DR.GONZALEZ0.pdf>

- 5.- OMS. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. [Internet]. 2014 [Citado 22 Dic. 2016]; [aprox. 3 p.] Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
- 6.- El Diario. Bolivia tiene el nivel más alto de mortalidad materno infantil [página principal de Internet]. Bolivia. Sept 2013 [citado 23 Dic 2016]; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.nu.org.bo/noticias/noticias-nacionales/bolivia-tiene-el-nivel-mas-alto-de-mortalidad-materno-infantil/>
- 7.- Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. Anales Sis San Navarra vol.32 [Internet]. 2009 [Citado 23 Dic. 2016]; [aprox. 10 p.] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200014
- 8.- MsC. Salvador Toirac Lamarque A, MsC. Pascual López V, Deulofeu Betancourt I, et al. Hipertensión arterial durante el embarazo, el parto y el puerperio. MEDISAN v.14 n.5 Santiago de Cuba. [Internet]. Jul. 2010 [Citado 23 Dic. 2016]; [aprox. 17 p.] Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v14n5/san13510.pdf>
- 9.- Bezares B., Sanz O., Jiménez I. Patología Puerperal; Anales del Sistema Sanitario de Navarra Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Virgen del Camino Pamplona (España); [Internet]. 2009 [Citado 23 Dic. 2016]; 32(1), 169-175; [aprox. 8 p.] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia7.pdf>
- 10.- Reyes Paredes N. Datos de alarma durante el embarazo. Medfusion. Inc. [página principal de Internet]. 2017 [Citado 5 Ene. 2017]; [aprox. 1 p.] Disponible en: <http://www.gineco.mymedfusion.com/index.cfm/fuseaction/site.content/mode/dtl/type/71787/post/51602.cfm>
- 11.- Hesperian Health Guides. Signos de peligro para la madre en los primeros días después del parto. Manual [Página principal de Internet]. 2016 [Citado 5 Ene. 2017]; [aprox. 2 p.] Disponible en: http://es.hesperian.org/hhg/A_Health_Handbook_for_Women_with_Disabilities:Signos_de_peligro_para_la_madre_en_los_primeros_d%C3%ADas_despu%C3%A9s_del_parto
- 12.- Embarazada.Com. 9 signos de alarma en el puerperio postparto. [Página principal de Internet]. 2017 [Citado 5 Ene. 2017]; [aprox. 2 p.] Disponible en: <http://www.embarazada.com/articulo/9-signos-de-alarma-en-el-puerperio-posparto-embarazadacom>
- 13.- Harms R, Wick M, Bartony R, et al. Guide to a Healthy Pregnancy. Mayo Clinic. [Libro electrónico]. 1º ed EEUU: GoodBooks; 2011. pp. 582-585 [citado 7 Ene 2017]. Disponible en: [https://books.google.es/books?id=KdAqAAAAQB-AJ&printsec=frontcover&dq=Mayo+Clinic+Guide+to+a+Healthy+Pregnancy,\(2004\)+pp.+582-585&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj256Awq7TAhUHWxQKHS_dBLsQ6AEIjAA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?id=KdAqAAAAQB-AJ&printsec=frontcover&dq=Mayo+Clinic+Guide+to+a+Healthy+Pregnancy,(2004)+pp.+582-585&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj256Awq7TAhUHWxQKHS_dBLsQ6AEIjAA#v=onepage&q&f=false)