

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR COMPLICACIONES
OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS MAYORES DE 34 AÑOS EN EL
HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO DURANTE EL AÑO 2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

FLORES AYALA BETTY ARMANDINA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA-PERÚ

2019

ASESOR

Dr. Fajardo Alfaro, Williams

DEDICATORIA

Agradezco a Dios por la vida, por acompañarme en cada paso dado, a mi madre quien me brinda su más sincero amor y a mis asesores que me ayudaron en el desarrollo de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

Dedico este trabajo a mi padre que en su ausencia sé que estaría orgulloso de mis metas logradas, a mis hermanos que siempre serán un ejemplo para seguir y a mi familia religiosa que siempre cuida de mí

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en púerperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

METODOLOGÍA: El estudio es de nivel explicativo no experimental, tipo observacional, analítico, retrospectivo y transversal. Se utilizó la fórmula de muestreo aleatorio simple para casos y controles: 28 casos y 56 controles estos van acorde a los criterios de exclusión e inclusión. El instrumento aplicado fue la ficha de recolección de datos que fue previamente validado por especialistas.

RESULTADOS: Los factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas son los factores obstétricos, antecedentes personales y patológicos, antecedentes nutricionales pregestacionales y factores intraparto. Se encontró mayor riesgo en múltipara (OR = 1,62, controles prenatales inadecuados (OR = 2,25), cirugía uterina previa (OR = 2, 41), fumadoras (OR = 1.29), sobrepeso (OR = 2.67), retención placentaria y atonía uterina (OR = 2.85). Los factores sociodemográficos o se ha encontrado ningún riesgo de desarrollar complicaciones.

CONCLUSIONES: Los factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en mujeres mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante 2018 son múltipara, controles prenatales inadecuados, cirugía uterina previa, fumadoras, sobrepeso, retención placentaria y atonía uterina con un intervalo de confianza del 95% y una significación del 5% ($p < 0,05$).

PALABRAS CLAVE: Factores de riesgo, complicaciones obstétricas, puerperio.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the risk factors for developing obstetric complications in postpartum women over 34 years of age in the Hospital Barranca Cajatambo during the year 2018.

METHODOLOGY: The study is of non-experimental explanatory level, observational, analytical, retrospective and transversal type. The simple random sampling formula for cases and controls was used: 28 cases and 56 controls are in accordance with the criteria of exclusion and inclusion. The instrument applied was the data collection form that was previously validated by specialists.

RESULTS: The risk factors for developing obstetric complications are obstetric factors, personal and pathological background, pre-pregnancy nutritional history and intrapartum factors. There was a higher risk in multipara (OR = 1.62, inadequate prenatal controls (OR = 2.25), previous uterine surgery (OR = 2.41), smokers (OR = 1.29), overweight (OR = 2.67), retention Placental and uterine atony (OR = 2.85) Sociodemographic factors or no risk of developing complications.

CONCLUSIONS: The risk factors for developing obstetric complications in women over 34 years of age at the Barranca Cajatambo Hospital during 2018 are multiparous, inadequate prenatal controls, previous uterine surgery, smokers, overweight, placental retention and uterine atony with a 95% confidence interval and a significance of 5% ($p < 0.05$).

KEY WORDS: Risk factors, obstetric complications, puerperium.

INTRODUCCIÓN

La etapa del puerperio es donde casi se presenta el 50% de complicaciones obstétricas las cuales presentan de forma negativa en la madre y el recién nacido. Para la maternidad tardía estas complicaciones se ven incrementadas.

Este trabajo de investigación se plantea conocer los factores de riesgo para desarrollar estas complicaciones durante el puerperio inmediato y mediato las cuales deben ser tomadas en cuenta para un rápido manejo y control.

El Capítulo I se describe el problema de la investigación; el planteamiento y la formulación, así como además la justificación objetivos y propósito.

En el Capítulo II se extiende en los antecedentes nacionales e internacionales, bases teorías y conceptos. Se plantea las hipótesis y se menciona las variables de la investigación y las definiciones operacionales.

El Capítulo III se explica la metodología establecida en la investigación (tipo y nivel de investigación). Se calcula la muestra de estudio y se explica la técnica para la recolección de datos, en que consiste su análisis estadístico y los aspectos éticos.

El Capítulo IV se interpretan los resultados además las comparaciones de este trabajo con los antecedentes se ven plasmados en la discusión

En el Capítulo V se enfoca en las conclusiones de esta investigación, así como sus recomendaciones.

Al concluir se encuentra la bibliografía y anexos establecidos para la investigación.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
ASESOR.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE.....	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS.....	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1 GENERAL.....	2
1.2.2 ESPECÍFICOS	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	3
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6 OBJETIVOS	4
1.6.1 GENERAL.....	4
1.6.2 ESPECÍFICOS.....	4
1.7 PROPÓSITO	5
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2 BASES TEÓRICAS.....	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL	19
2.3 HIPÓTESIS.....	20
2.3.1 GENERAL.....	20
2.3.2 ESPECÍFICAS	20

2.4	VARIABLES	21
2.5	DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	22
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....		24
3.1	DISEÑO METODOLÓGICO	24
3.1.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	24
3.1.2	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	24
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA	24
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.4	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
3.5	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	26
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	27
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		28
4.1	RESULTADOS	28
4.2	DISCUSIÓN.....	38
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		40
5.1	CONCLUSIONES	40
5.2	RECOMENDACIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....		44
ANEXOS.....		51

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1	28
FACTORES DE RIESGO SOCIO DEMOGRÁFICOS PARA DESARROLLAR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS EN MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL BARRANCA- CAJATAMBO, LIMA-PERÚ, AÑO 2018	
TABLA N°2	29
FACTORES DE RIESGO OBSTETRICOS PARA DESARROLLAR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS EN MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL BARRANCA- CAJATAMBO, LIMA- PERÚ, AÑO 2018	
TABLA N°3	31
ANTECEDENTES MÉDICOS Y NUTRICIONALES DE RIESGO OBSTETRICO, PARA DESARROLLAR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS EN MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL BARRANCA- CAJATAMBO, LIMA-PERÚ, AÑO 2018	
TABLA N°4	32
FACTORES DE RIESGO INTRAPARTO PARA DESARROLLAR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS EN MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL BARRANCA- CAJATAMBO, LIMA- PERÚ, AÑO 2018	
TABLA N°5	34
FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS EN MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL BARRANCA- CAJATAMBO, LIMA-PERÚ, AÑO 2018	

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1	336
FRECUENCIA DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO DURANTE EL AÑO 2018.	
GRÁFICO N°2	37
FRECUENCIA DE PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO DURANTE EL AÑO 2018.	

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°1:	52
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	
ANEXO N° 2:	56
INSTRUMENTO	
ANEXO N°3:	59
VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA EXPERTOS	
ANEXO N°4:	62
MATRIZ DE CONSISTENCIA	

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las complicaciones obstétricas son situaciones de alteración o disrupción que pueden conllevar a la morbilidad y/o mortalidad de madre e hijo. Dentro de ellas podemos dividir las y encontrarlas en las siguientes etapas: durante la gestación, trabajo de parto y en el puerperio¹.

A nivel mundial estas complicaciones se dan en 50% a 71% durante la etapa del puerperio, ocasionando defunciones en las puérperas en un 45% a las primeras 24 horas y más del 30% a la primera semana².

En el Perú, se registran 300 casos notificados de mortalidad materna (enero noviembre 2018) durante las etapas mencionadas anteriormente. Se estima que durante el puerperio la mortalidad materna se dio en un 62,6%³. Siendo la mortalidad materna en el puerperio inmediato en 39,1% y durante el mediato en 35,7%³.

En esta etapa de vida mayor de 34 años ya considerada de por sí un factor con alto riesgo obstétrica por afecciones. Se determina un leve incremento de morbilidad materna desde el 2013 con mayores de 34 años en 28,6% hasta el 2018 con un 29,3%⁴.

La ciudad de Lima se encuentra aún dentro de los que presentan mayor número de mortalidad materna con 44 casos (enero- noviembre), en Lima metropolitana (35 muertes) y Lima provincias (9). Con respecto al año 2017 se ve ligeramente aumentada esta cifra: Lima metropolitana (28), Lima provincias (3)⁵.

Actualmente los riesgos durante el puerperio tienden a ser multifactoriales, motivo por el cual deseo desarrollar este trabajo para objetivar los problemas encontrados: sociodemográficos, antecedentes personales y patológicos, nutricionales, patologías intrapartos pues esto conlleva a desarrollar complicaciones como infecciones obstétricas

3,2%, hemorragias en un 31.9%⁶ en el Hospital Barranca Cajatambo, por ello formulo la siguiente pregunta.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 GENERAL

- ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018?

1.2.2 ESPECÍFICOS

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018?
2. ¿Cuáles son los factores obstétricos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018?
3. ¿Cuáles son los antecedentes médicos y nutricionales de riesgo para desarrollar complicaciones en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018?
4. ¿Cuáles son los factores intrapartos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA: Siendo evidente que estas disrupciones ponen en peligro a madre e hijo. Se plantea determinar estos factores al evaluar reportes de parto y hospitalización, así como controles prenatales de las pacientes. Con ello se plantean recomendaciones y se podrá contrastar resultados con sus antecedentes.

JUSTIFICACIÓN PRACTICA: Determinar que hay factores que pueden ser modificables, llevando a clave la prevención siendo un punto clave para la mejora en la salud de este grupo con alto riesgo obstétrico.

JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA: los diferentes factores que pueden influenciar en el desarrollo de complicaciones en las puérperas mayores de 34 años una vez analizados podrán ser aplicados en otras investigaciones, y medio de información educativa.

JUSTIFICACIÓN SOCIAL ECONÓMICA: Se beneficiará las pacientes obstétricas mayores de 34 años del Hospital Barranca Cajatambo de modo que sus controles serán más detallados al determinar los factores, esto colabora con la economía de sus familiares al disminuir la morbimortalidad haciendo una detección precoz de estas complicaciones.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

TEMPORAL: Realizado en el plazo de 4 meses (diciembre-marzo), 2018

ESPACIAL: Hospital Barranca Cajatambo, Nivel II-2, Av. Nicolas de Piérola, 210 - 224, Barranca

SOCIAL: Puérperas de parto vaginal mayores de 34 años

CONCEPTUAL: factores de riesgo, complicaciones obstétricas, puérperas de parto vaginal.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

LIMITACIONES DE TIEMPO: Al poder contar con permiso de acceso a las historias clínicas en pocos horarios, determino un retraso en la realización de la investigación.

LIMITACIONES DE RECURSOS: La legibilidad de los datos de historias clínicas, así como datos inconclusos en el adecuado llenado de reporte de parto por parte del personal de salud.

LIMITACIONES ECONÓMICAS: No se encontró limitaciones económicas por que se llevó una inversión adecuada del presupuesto planteado en el proyecto de tesis.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 GENERAL

- Determinar los factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

1.6.2 ESPECÍFICOS

1. Analizar los factores sociodemográficos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

2. Identificar los factores obstétricos de riesgo para desarrollar complicaciones en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.
3. Reconocer los antecedentes médicos y nutricionales de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.
4. Establecer los factores intrapartos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

1.7 PROPÓSITO

Se identifica los factores de riesgo que desarrollan complicaciones en puérperas mayores de 34 años para reducirlas evitando la morbilidad y mortalidad. Así como también disminuir esta brecha con el monitoreo continuo durante la gestación siguiendo las medidas de visitas domiciliarias, aplicándose el control oportuno en la etapa de puerperio.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

- **NACIONALES**

Olortegui, L. Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero-junio 2013. Lima, Perú. 2014.

Se presentó un estudio de corte transversal y descriptivo, con una muestra de 391 historias clínicas a revisar. Con un intervalo de confianza de 95% y el análisis con Odd ratio (RO). Se obtuvieron como resultado la hipo dinamia uterina en un 8,7%, así como alumbramiento incompleto con un 7,9%. Los factores más asociados fue el índice de masa corporal ($p=0.007$); como obesidad (OR 2.58), intervención quirúrgica uterina previa (OR=2.03) y el antecedente de paridad (OR=1.51)⁷.

Pereira K. Factores que se asocian a las complicaciones durante el puerperio en el Hospital María Auxiliadora (HAMA), Lima. Perú. 2018

Presento un estudio analítico, observacional y transversal, en pacientes durante la etapa puerperio con una muestra de 237 puérperas durante el año 2017. Calculándose Odds ratios para la medida de los riesgos con un intervalo de confianza del 95%. Se obtuvo como resultados:

Las puérperas con atonía uterina con un OR=12.12 (3.66 – 40.13) las que presentan diagnostico ecografía de macrosomía fetal con OR=25.18 (4.30 – 147.48), presentan complicaciones en el puerperio⁸.

Santana, L. Factores maternos y obstétricos relacionados con la hemorragia post parto inmediato en el Hospital Regional de Loreto del año 2015 al 2017. Perú. 2018

Su estudio no experimental, retrospectivo y analítico, toma en cuenta 71 casos y 71 controles dentro del periodo de estudio. Se mostro en los resultados que los factores de riesgo más predominantes a desarrollar hemorragia posparto fueron el trastorno hipertensivo del embarazo (OR= 3,97; 1,74-9,04), infecciones urinarias como antecedente obstétrico (OR= 3,31; 1,68-5,63), los inadecuados controles prenatales (OR=2,44; 1,23-4,82)⁹.

Cruz, C. Asociación entre la inadecuada ganancia de peso de las gestantes a término y complicaciones maternas en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el periodo julio- diciembre 2013. Trujillo, Perú. 2014.

Realizo un estudio analítico, observacional, transversal, tipo casos y controles. Con una muestra de 194 para casos y 194 para controles. Al querer establecer si la ganancia de peso inadecuada como factor a desarrollar complicaciones en el puerperio con el cálculo de OR (IC= 95%.) La inadecuada ganancia de peso asociado a complicaciones obstétricas tuvo un OR=12,36¹⁰.

INTERNACIONALES

Yego, F., D'Este, C. Byles, J., Stewart, J., Nyongesa, P. Risk factors for maternal morbidity in a Tertiary Hospital in Kenya: a case control study. Kenia. 2014.

Presento un estudio analítico de casos y controles, con 150 casos y 300 controles, Aplicando análisis de regresión logística para evaluar estos factores. En sus resultados se expuso que los factores de riesgo más relevantes para complicaciones en el puerperio fueron el no contar con

instrucción académica (OR= 8,5), ser múltipara (OR=3,1), los controles prenatales insuficiente (OR= 11.8) y anemia en un OR= 4,2¹¹.

Bajaña M. Complicaciones gestacionales y perinatales asociados a la edad materna en los extremos de la vida fértil. Cuenca, Ecuador. 2016.

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. Con una muestra de 729 puérpera atendida en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Se hizo uso del Odds ratio con un intervalo de confianza del 95%. Se obtuvo como resultados que eran factores asociados a complicaciones en la etapa del puerperio en paciente mayores de 34 años: rotura prematura de membranas con OR= 0,55 (0,29,1,01), anemia con OR= 0,58 (0,29-1,71), desgarró perineal OR=1,517 (0,14-1,60), atonía uterina OR=0,823 (0,23-2,98)¹².

Hernando C., Lozano M. Factores de riesgo para mastitis puerperal en una institución de Alta Complejidad Obstétrica 2011-2015, Bogotá D.C. Colombia. 2016

Presenta un estudio analítico y observacional, casos y controles. Usando un nivel de confianza en 95% y potencia al 80%. En una total de 390 pacientes, número de casos en 130 y de controles en 260. Viéndose como resultados de factor como Primigesta con un OR= 0.99 a la complicación de mastitis puerperal¹³.

Valdés, E., Bencosme N. Frecuencia de obesidad y su relación con algunas complicaciones maternas y perinatales en una comunidad indígena. Puerto Cabezas, Nicaragua. 2015.

Presento su estudio transversal y descriptivo. Siendo su unidad de análisis de 166 pacientes. Donde se analizó primero la frecuencia de sus variables cualitativas, luego se determinó la asociación de la obesidad pregestacional asociado a las complicaciones. Se obtiene en los

resultados que la obesidad pregestacional es un factor para el desarrollo para complicaciones en el puerperio en un OR=2,49; 1,16-5,23¹⁴.

2.2 BASES TEÓRICAS

PUERPERIO

Se define como la etapa que va desde el final del trabajo de parto, alumbramiento que es la expulsión de la placenta, hasta 42 días el cual puede variar según organismo en sí, el organismo se encuentra involucionando paulatinamente a un estado pregravidico¹⁴.

CLASIFICACIÓN

Puerperio inmediato se ubica en las 24 primeras horas. Esta etapa es una de las más importantes pues es donde casi el 50% de las complicaciones se dan. Hay que determinar bien los principales signos de hipovolemia (sangrado vaginal excesivo, estado de consciencia, signos vitales), hay que tener en cuenta que la pérdida máxima de sangre en un trabajo de parto es de 500 ml¹⁵. Otro signo es la vigilancia del globo de seguridad de Pinar que consiste en evaluar la contracción uterina que determina una buena hemostasia tras la expulsión placentaria (entuestos). A esto a las 12 horas el útero va expulsando coágulos, siendo a las 24 horas ya encontrándose a nivel de la cicatriz umbilical a la palpación abdominal¹⁶.

Puerperio mediato. Estadio comprendido por la primera semana postparto. La regeneración intrauterina es importante la nutrición y el nivel de hemoglobina óptimo para la creación de la barrera leucocitaria el cual disminuye el pase de bacterias que ya desde la expulsión de la placenta se encuentra este riesgo. La involución uterina acelera dándose a 1 cm por día. Tanto en tamaño y peso hasta 500 gr y la posición encima del pubis. Aquí se da la evaluación de los loquios que viene de una de

las capas de la decidua necrosada¹⁷. Mediante la evaluación se debe percatar no solo el volumen de ello sino el olor y la coloración esto determinaría cualquier tipo de alteración como una infección por restos aun en cavidad uterina. Otra característica que se da es la instauración de la lactancia. Dando inicio con el calostro que hasta un alcance de 5 días para que se convierta en leche. El amamantamiento acelera la involución del útero por la segregación de oxitocina¹⁸.

Puerperio tardío. Consecutivo hasta los 42 días. La involución del útero se ve disminuida a 10 cm de longitud y 7 cm de ancho, además de dicha zona de inserción de la placenta se prolifera el endometrio, quedando la cavidad uterina revestida por completo. Ya como se dijo si el sistema inmune de la puérpera es deficiente puede no completarse este revestimiento ocasionando una hemorragia tardía. El cuello uterino ya no está permeable, se torna grueso¹⁹. Esto ocurre al transcurso de la cuarta semana. Disminuyéndose la expulsión de loquios los cuales ya pueden ir tornándose mucoso transparente. El orificio interno se cerrará alrededor de la segunda semana. El periné aun toma firmeza en torno al segundo mes. De forma fisiológica la vejiga al aumentar su capacidad queda posparto con cierta incontinencia debido al tiempo de duración de la fase de expulsión durante el trabajo de parto, el peso del recién nacido y si se realizara episiotomía²⁰.

CUIDADOS DURANTE EL PUERPERIO

DURANTE LAS PRIMERAS 4 HORAS

Vigilar el sangrado, características como color, volumen y consistencia.

Vigilar involución uterina.

Toma de funciones vitales cada 15 minutos en las dos primeras horas.

Espontaneidad en la diuresis²¹.

HASTA LAS 20 HORAS

Vigilar el sangrado.

Lavado vulvoperineal.

Revisión de mamas y pezón.

Toma de funciones vitales.

Vigilar involución uterina.

Evaluación de episiorrafia.

Evaluación de miembros inferiores.

Toma de muestra para hemoglobina y hematocrito²².

DESPUES DE 24 HORAS

Toma de funciones vitales.

Involución uterina.

Lavado vulvoperineal.

Revisión de mamas y pezón.

Evaluación de episiorrafia.

Lactancia materna exclusiva²³.

DESPUÉS DE 7 DIAS

La primera visita al ginecólogo

Indicaciones para ejercicios de tonicidad para poder evitar sobreesfuerzos.

Toma de funciones vitales

Revisión de mamas y pezón

Involución uterina

Evaluación de episiorrafia o retiro de puntos

Características de loquios

De ser necesario exámenes complementarios²⁴.

CRITERIOS DE ALTA

No hemorragia.

No signos o síntomas de infección puerperal.

No fiebre.

Signos vitales y fisiológicos estables²⁵.

COMPLICACIONES EN PUERPERIO

HEMORRAGIA PUERPERAL

Se define como la pérdida de sangre que supera los 500 ml en un parto vaginal o también 1000 ml luego de una cesárea. Esta complicación puede que al final manifieste con cualquier inestabilidad hemodinámica. Se estima en un 4% en partos por vía vaginal y 6% por cesarea²⁶.

CLASIFICACIÓN

PRIMARIA o inmediata, sucede dentro de las 24 primeras horas, la causa más frecuente es la atonía uterina en un 70%.

SECUNDARIA o tardía, dentro de las 24 horas después del parto hasta la sexta semana, siendo sus causas la retención de restos placentarios y/o infección²⁷.

ETIOPATOGENIA

El miometrio es importante durante la hemostasia del lecho que dejó al expulsarse la placenta. Durante la involución uterina se van cerrando los vasos por estas fibras, reduciendo así la pérdida de sangre, estas contracciones permiten la organización del coagulo retroplacentario²⁸.

CAUSAS

Atonía uterina

A la falla de estas contracciones se le denomina atonía uterina. Denominada la causa principal de la hemorragia postparto, representado en un 80%. Se pueden encontrar las causas como sobre distensión, infección intrauterina, retención placentaria, fármacos relajantes, inversión uterina, así como fatiga uterina luego del trabajo prolongado de parto²⁹. Los factores de riesgo incluyen un antecedente obstétrico de hemorragia posparto, la multiparidad, la obesidad, así como factores raciales, y enfermedades asociadas a la gestación como preeclampsia o placenta previa. Cabe resaltar que es importante el conocimiento de estos para poder proceder inmediatamente con las medidas ya que un 50% de estos pacientes podrían ser la causa de mortalidad materna conllevando a hipovolemia severa, coagulopatía, generando el aumento de riesgo a una cirugía de emergencia como la histerectomía hasta shock hemorrágico³⁰.

Retención de tejidos

Se define con la situación donde la placenta no es expulsada por más de 15 minutos si fue dirigido o más de 30 minutos si es espontáneo³¹. Esta se puede presentar ante un sangrado intravaginal, a la inspección loquios de olor fétido y retraso en la involución uterina. Factores que determinan esta complicación son las patologías placentarias (ácreta, ícreta o pécreta), las cirugías uterinas previas (miomectomía, cesáreas, legrados) o por trastornos dinámicos del útero generando un engatillamiento de una parte de la placenta o encarceración total de la misma. Con ellos se puede clasificar en total o parcial (como restos: cotiledones o membranas)³².

Esto se puede evidenciar ya sea por la clínica tardía y confirmándose mediante la ecografía. Cabe recordar que las patologías de la placenta se asocian a una mortalidad materna del 7 %³³.

Lesión del canal del parto

Desgarros perineales / Laceración cervical y vaginal

Definido como la pérdida de solución de continuidad en el canal del parto (partes blandas). Se establece que alrededor del 91% de puérperas presentan persistencia en síntomas (dolor) durante todo el puerperio. Estos desgarros en su mayoría son suturados y logran una buena cicatrización, pero esto dependerá mucho del grado en que se presente, pues cabe la posibilidad de que estos sean tratados luego quirúrgicamente³⁴.

Se sitúa los grados de desgarro perineal:

GRADOS	NIVEL DE LA LESIÓN
Grado 1	Piel perineal
Grado 2	Músculos del periné (no incluye esfínter)
Grado 3	Esfínter anal <ul style="list-style-type: none">A) Externo <50%,B) Externo > 50%,C) Externo e Interno.
Grado 4	Esfínter anal más mucosa rectal ³⁵ .

Los factores más asociados son la edad materna, siendo más frecuente en gestantes adolescentes ya que aún no completan adecuadamente el desarrollo físico. Así como también las primigestas, las antecedentes de enfermedades como diabetes que logran la terminación del producto sea grande para la edad

gestacional, el periodo intergenésico que al resultar corto no es recomendable por que la mujer debe regresar a su estado pregestacional. Cabe resaltar que los partos instrumentados generan muchas de estas complicaciones³⁶.

En la reparación de los desgarros perineales hay que tener en cuenta el grado. Se agrupará el del 1° y 2°, se procede a identificar el Angulo del desgarró para la sutura de mucosa vaginal. Dejando un margen por encima de 1 cm, realizando el punto continuo hasta nivel del margen himeneal. En caso de querer ejercer hemostasia se procederá con puntos cruzados. Continuando la sutura de músculos aproximarlos con punto continuo, teniendo en cuenta que el bulbo cavernoso debe tener puntos separados, la sutura en piel debe realizarse sin ejercer tensión³⁷.

En cuanto a los desgarros de 3° y 4°, se realiza la sutura en mucosa rectal en puntos continuos por la submucosa o, así como punto separado. Para evitar el desarrollo de fistulas a este nivel la sutura no debe alcanzar la luz del canal del ano. En la sutura del esfínter, se conocen dos técnicas: overlap (IIIa,) o end to end. (IIIa, IIIb, esfínter anal interno)³⁸.

TRATAMIENTO

Después de ver las posibles causas se debe tener en cuenta un manejo multidisciplinario: identificar esta causa, determinar el volumen de pérdida sanguíneo, signos vitales para percatarse de hipovolemia para así poder recomponer el volumen de sangre. Y tomar medidas adecuadas a cada paciente para evitar una mayor pérdida ³⁹.

Con un sangrado activo el monitoreo debe ser constante:

Despejar vía aérea,

Canalizar dos vías periféricas permeables (N° 16)

Iniciar el uso de uterotónicos como la oxitocina en 50 UI EV o 10 UI IM o 20 a 40 UI/L infusión EV

El uso de ergometrina: 0.2 mg IM (este puede repetirse cada 2 a 4 horas, en una dosis máxima de 1 gramo al día

Misoprostol 800 microgramos sublingual o de 800 a 1000 microgramos vía rectal⁴⁰.

Si la placenta no presenta ausencia de restos y en caso de que si presente, extraer los restos

Evaluar el estado de coagulación. Al no formarse el coagulo a los 7 minutos o este se presente blando, se indica alteración en la coagulación. Continuar además con la compresión del útero de forma bimanual⁴¹.

Técnica Quirúrgica

Ligadura de arterias hipogástricas o uterinas para ello se debe tener un conocimiento bueno de la anatomía vascular. Esta técnica es muy poca realizada, la ligadura en arterias uterinas tiene una eficacia de 35% si es unilateral y bilateral un 75% en caso de que el sangrado continúe, se prosigue con ligar el ligamento útero ovárico. La ligadura de la arteria hipogástrica trae riesgos como ligadura del uréter, esta debe ser realizada a 2,5 centímetros de donde se bifurca la arteria iliaca⁴².

Técnica de B-Lynch: Es una técnica que consiste en la exteriorización del útero, se toma como punto de referencia la histerotomía realizada con anterioridad a 3 puntos de este, saliendo por la incisión por el labio superior, llevando hasta por encima del fondo uterino por la cara anterior, pero a 4 cm del

borde del cuerno hasta la cara posterior para entrar por el endometrio a la altura de ambos ligamentos uterosacros, llevando luego en sentido horizontal el hilo. Luego se inserta hasta el fondo uterino hacia la cara anterior a 3 cm de la incisión y se retira por el borde inferior, realizándose un nudo doble. A las 48 horas esta técnica logra su efecto hemostático. Luego va disminuyendo su tensión⁴³.

Histerectomía: es la última medida ante esta complicación cuando no funcionan las anteriores medidas. El subtotal que es la más sencilla y en caso de que el cirujano no esté muy apto y la total recomendada más en apto para casos como acretismo placentario o un desgarro profundo del cérvix⁴⁴.

INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO

Esta infección es muy común en el puerperio, pero en su mayor parte se dan de forma asintomática, por ello se toma un examen de rutina para su confirmación mediante el cultivo.

Los microorganismos más involucrados es *Escherichia coli*, *Enterobacter spp.* *Klebsiella pneumoniae*

El tratamiento establecido se debe tener cuidado con el periodo de lactancia utilizando un antibiótico de acción local. Lo más tradicional era el uso de la amoxicilina/ ácido clavulánico en 500 miligramos cada 8 horas o el uso de Cefalosporina como la Cefuroxima. Las que son alérgicas a la penicilina se puede indicar un aminoglucósido⁴⁵.

MASTITIS PUERPERAL

Es una complicación inflamatoria en el seno que puede acompañarse de infección o no. Esta es más frecuente en la 2° o 3° semana después del parto, una complicación es el absceso mamario que se puede

presentar con mayor frecuencia en las 6 primeras semanas del parto. Se considera como causa primaria la estasis de leche que puede o no llegar a una infección⁴⁶.

Estasis de leche es el termino usado cuando la leche no se puede extraer del seno adecuadamente, debido a una mala técnica de lactancia o la ingurgitación precoz después del parto, La infección es originada por microorganismos instalados como el *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Mycobacterium tuberculosis* entre otros, debemos reconocer que estar con la presencia de bacterias no significa necesariamente una infección. Para ello se debe vencer los factores inmunitarios de la leche. Al haber acumulo de esta generaría un ambiente favorable al crecimiento de las bacterias⁴⁷. Además de las grietas que se forman durante el amamantamiento son un foco ideal para esto. La clínica se identifica como un seno con signos de flogosis: eritematoso, doloroso, aumentado de volumen hasta endurecido, pudiendo haber síntomas de malestar general fiebre.

Los factores predisponentes son la paridad (primíparas), el estado nutricional de la gestante, lesiones previas en senos⁴⁸. En el tratamiento hay que brindar una atención ante cualquier signo de estasis como hacer la lactancia de pecho en el afectado, así como la colocación de compresas tibias⁴⁹. Para evitar que continúe a la formación de un acceso se inicia antibioticoterapia y analgésico una buena opción es el ibuprofeno, así como el paracetamol como alternativa. Los antibióticos deben ser resistentes a beta-lacta masa para que pueda ser eficaz (Amoxicilina- Clavulánico 500/125, Dicloxacilina, Cefalexina) este debe durar de 10 a 14 días⁵⁰.

DESHICENCIA DE EPISIORRAFIA

Complicación definida como la apertura de la herida afrontada previamente, el dolor localizado y el ardor a la micción ya se con

retención urinaria o sin ella son síntomas conocidos⁵¹. Cuando ocurre esta dehiscencia se asocia al desgarro de estos tejidos que se encuentran aumentados de volumen y por estos bordes liberan un exudado purulento infectándose⁵². Los factores de riesgo asociados la disminución de la actividad de las células de la cicatrización con la edad de la paciente, la obesidad, los hábitos nocivos como el tabaco que comprometen la adecuada oxigenación a nivel tisular, la nuliparidad, infección genital en el embarazo⁵³.

TRATAMIENTO Establecido el diagnóstico mediante sedación ya sea local o regional, se debrida el tejido necrótico. Se le indica antibioticoterapia intravenosa de gran espectro. Se realiza una sutura por planos se prosigue con los cuidados postoperatorios como la dieta continuar la antibioticoterapia y adecuada higiene⁵⁴.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

Factor de riesgo: Todo tipo de condición endógena o exógena que aumenta la probabilidad de incidencia de un suceso o que tenga responsabilidad causal en su desarrollo⁵⁵.

Complicaciones obstétricas: Alteraciones y trastornos presentados durante el embarazo, parto y trabajo de parto¹.

Puérpera: Denominado a la mujer entre los periodos después del alumbramiento hasta 42 días después del parto²¹.

Puerperio inmediato: Establecido como la etapa después de la expulsión de la placenta hasta 24 horas después de ello²⁰.

Puerperio mediato: Etapa definida después de las 24 horas del alumbramiento hasta una semana²¹.

Embarazo de alto riesgo: Cuando presento antes alguna enfermedad o característica como edad materna avanzada o estilo de vida antes de la gravidez de una mujer esto conlleva a desarrollar complicaciones en la gestación o al final de ella⁸.

2.3 HIPÓTESIS

2.3.1 GENERAL

- Hi: Existen factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

Ho: No existen factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

2.3.2 ESPECÍFICAS

1. Hi1: Existen factores sociodemográficos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

Ho1: No existen factores sociodemográficos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

2. Hi2: Existen factores obstétricos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

Ho2: No existen factores obstétricos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

3. Hi3: Existen antecedentes médicos y nutricionales de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

Ho3: No existen antecedentes médicos y nutricionales de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

4. Hi5: Existen factores intrapartos para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

Ho5: No existen factores intrapartos para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

2.4 VARIABLES

- **VARIABLE INDEPENDIENTE**

- FACTORES DE RIESGO**

- Factores sociodemográficos

- Factores obstétricos

- Antecedentes médicos y nutricionales

Factores intrapartos

- **VARIABLE DEPENDIENTE**
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

2.5 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- Edad gestacional: Semanas de gestación establecida por formula de fecha de ultima regla⁷.
- Paridad: número de gestaciones que tiene la paciente antes de la gestación actual⁷.
- Periodo intergenésico: diferencia de tiempo entre la última gestación y la actual⁸.
- Ganancia de peso gestacional: diferencia de peso pregestacional y actual¹⁰.
- Ruptura prematura de membranas: rotura del saco amniótico antes del inicio de labor de parto mayor de 6 horas⁸.
- Anemia: nivel de hemoglobina $\leq 10,9$ evidenciado en tarjeta de control prenatal en 1° trimestre de gestación⁵⁶.
- Desgarro perineal: de 3° grado a más, que cause hemorragia ≥ 500 ml³⁷.
- Laceración del canal cervical: solución de continuidad en partes blandas del canal cervical que cause hemorragia ≥ 500 ml³⁴.
- Retención de restos placentaria: retención de restos endometriales en cavidad uterina de forma parcial o total³³.
- Hábitos nocivos: Considera como aquello que puede perjudicar a la salud de la paciente se consideran este caso a las púerperas que durante su gestación fumaban⁸.

- Complicaciones obstétricas: conformado por hemorragia posparto, infección puerperal y dehiscencia de episiorrafia¹.
- Puérperas: se abarcará el puerperio inmediato y mediato²⁴.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por la intervención: Es observacional no existe intervención del investigador, sin control sobre la muestra. No hay manipulación de las variables.

Por el alcance: Analítico, se estudiará dos variables

Según el número de mediciones: Transversal, por las variables que serán reunidos en uno solo espacio de tiempo.

Según la planificación de la toma: Retrospectivo, porque se parte del efecto a la causa.

Caso y control.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Explicativo, No experimental

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población objetivo: Conjunta de puérperas mayores de 34 años que fueron atendidas en el Hospital Barranca Cajatambo durante el 2018 (N= 166).

Criterios de elegibilidad

Criterios de Inclusión (Casos)

- Puérperas de parto vaginal único.
- Puérperas de parto vaginal único mayor de 34 años.
- Complicaciones de puerperio inmediato y mediato.
- Datos completos en historia clínica.

Criterios de inclusión (Controles)

- Puérperas de parto vaginal único.
- Puérperas de parto vaginal único mayor de 34 años.
- Sin complicaciones en el puerperio.
- Datos completos en historia clínica.

Criterios de exclusión (casos y controles):

- Puérperas de parto vaginal con edad menor de 35 años.
- Puérpera de parto por cesárea.
- Complicaciones de puerperio tardío.
- Datos incompletos en la historia clínica.

Muestra: Para hallar el tamaño muestral se tomó como base un trabajo de investigación sobre factores asociados a complicaciones en puerperio, siendo:

Proporción de exposición del grupo control en 5%

Un OR de 4.1 (para controles prenatales inadecuados)

Número de controles por caso fue en 2: 1 (desbalanceado)

Poder estadístico al 85%

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{[c+1]p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

Donde n = tamaño muestral, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. $Z_{1-\beta} = 0,84$. $p = 0.65$. $p_2 = 0,5$
 $p_1 = 0.8$. $c = 2$

Obteniendo 28 casos y 56 controles (n=84)

Muestreo: probabilístico simple aleatorio.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estos datos fueron recopilados de historias clínicas de las pacientes, previo permiso del jefe de servicio del área de ginecología y de estadística en el Hospital Barranca Cajatambo. El instrumento aplicado es la ficha de recolección de datos de tipo objetivo con respuestas cerradas de elección múltiple o dicotómicas. Al recolectar la información se armó una base de datos en hojas de cálculo de Excel Microsoft. Para su análisis el programa SPSS versión 23, posteriormente se editó los resultados en gráficos o tablas para una mejor visualización en el programa de Excel Microsoft.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se diseñó una ficha de recolección de datos que presenta 6 módulos se consideró tomar información como: número de historia clínica, y las características obstétricas, sociodemográficas, antecedentes médicos y nutricionales y complicaciones presentadas en el puerperio inmediato y mediato. Previamente este instrumento fue validado por expertos (un médico de la especialidad, metodólogo y estadista).

Al llenar las fichas se registró un total de 149, de las cuales se descartarán las que no cumplían con criterios de elegibilidad con el muestreo aleatorio se tomó 84.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Esta investigación es analítica, tipo casos y controles. Los casos representarán a los pacientes con la variable dependiente (complicaciones obstétricas) y los controles por los pacientes que no la presenten. Se evaluó la significancia con un $p < 0,005$ para el análisis de las hipótesis y para asociar los factores de estudio y la complicación con Odds ratio (intervalo de confianza al 95%), representando la magnitud

del riesgo en que una persona puede enfermar al estar expuesta al factor comparando a los que no.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

El desarrollo de esta investigación cumple con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y Colegio Médico del Perú y la ley general de salud N° 26842 pues se mantuvo de forma anónima los datos recolectados de los pacientes, haciendo uso de este privilegio con la ética requerida. Además, conto con la autorización para su aplicación del director y del jefe de Departamento Académico del Hospital Barranca Cajatambo. Además, este trabajo obtuvo el consentimiento del comité de ética de la Universidad Privada San Juan Bautista.

Conflicto de intereses:

No existieron conflictos de intereses.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA N°1

FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS DE RIESGO PARA
DESARROLLAR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN
PUÉRPERAS EN MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL
BARRANCA- CAJATAMBO, LIMA-PERÚ, AÑO 2018

FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS		COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS		P-Valué < 0.05
		Si	No	
		28 33,3%	56 66,7%	
Ocupación	Ama de casa	19 67.9%	43 76.8%	0.54 > 0.05
	Otros	9 32.1%	13 26.8%	
Estado Civil	Soltera	3 10.7%	1 1.8%	0.30 > 0.05
	Con pareja	25 89.3%	57 98.2%	
Grado de Instrucción	Incompleta	9 32.1%	17 1.8%	0.34 > 0.05
	Completa	19 67.9%	39 12.5%	

P-Value < 0.05 (bilateral), la variable es significativa; Nivel de Confianza del 95%.

Fuente: Ficha de recolección de datos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores.

INTERPRETACION: Los factores sociodemográficos para casos y control: En cuanto a la ocupación; el ser ama de casa presento que el

67.9% en las puérperas mayores 34 años que presentaron complicaciones obstétricas a comparación del grupo control que fueron 76,8%. En estado civil el contar con pareja en los casos fue de 89.3% y en los controles 98.2%. En grado de instrucción el tener educación incompleta en el grupo de casos fue un 32.1% y un 67.9% los que tuvieron grado de instrucción completa. Pero en este factor de riesgo demográficos no se encontraron variables significativas estadísticamente ($p < 0.05$).

TABLA N°2
FACTORES OBSTÉTRICOS DE RIESGO PARA DESARROLLAR
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS EN
MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL BARRANCA-
CAJATAMBO, LIMA-PERÚ, AÑO 2018

FACTORES OBSTÉTRICOS		COMPLICACIONES OBSTETRICAS		P-Value < 0.05
		Si	No	
		28 33.3%	56 66.7%	
Edad Gestacional	Prematuro	3 10.7%	3 5.4%	0.36 > 0.05
	A Termino	25 89.3%	53 94.6%	
	Prolongado	0 0%	0 0%	
Múltipara	Si	27 96.4%	44 78.6%	0.04 < 0.05
	No	1 3.6%	12 21.4%	
	Adecuado	12	42	

Control Prenatal	Inadecuado	42.9%	75%	0.02 < 0.05
		16	14	
		57.1%	25%	
Periodo Intergenésico	Adecuado	9	14	0.56 > 0.05
	Inadecuado	32.1%	25%	
		19	42	
		67.8%	75%	
Cirugía Uterina Previa	Si	11	18	0.03 < 0.05
	No	39.3%	32.1%	
		17	38	
		60.7%	67.9%	
Ganancia de peso gestacional	Adecuado	12	22	0.75 > 0.05
	Inadecuado	42.9%	39.3%	
		16	34	
		57.1%	60.7%	
RPM	Si	5	6	0.36 > 0.05
	No	17.9%	10.7%	
		23	50	
		82.1%	89.3%	
Patología en el embarazo	Si	8	27	0.479 > 0.05
	No	28.6%	48.2%	
		20	29	
		71.4%	51.8%	

P-Value < 0.05 (bilateral), la variable es significativa; Nivel de Confianza del 95%.

Fuente: Ficha de recolección de datos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores.

INTERPRETACIÓN: Al análisis de los factores obstétricos para casos y controles se determinó diferencias estadísticamente significativas en el 96,4% (n= 27) de los casos son multíparas a diferencia del 78,6% (n= 44) de los controles ($p < 0,05$), así como los controles prenatales inadecuados en las puérperas con complicación fue de 57,1% (n=16) a diferencia al 25% (n=14) de las puérperas sin complicación $p < 0,05$, y en las que han tenido Cirugías uterinas previas, un 39,3% (n= 11) casos las presentó en comparación con el 32,1% (n=18) de los controles

($p < 0,05$). No se determinaron diferencias estadísticas significativas en la edad gestacional, multípara, periodo intergenésico, ganancia de peso gestacional, ruptura prematura de membranas y patológicas en el embarazo.

TABLA N°3
ANTECEDENTES MÉDICOS Y NUTRICIONALES DE RIESGO PARA
DESARROLLAR COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN
PUÉRPERAS EN MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL
BARRANCA- CAJATAMBO, LIMA-PERÚ, AÑO 2018

ANTECEDENTES MÉDICOS Y NUTRICIONALES		COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS		P-Value < 0.05
		Si	No	
		28 33.3%	56 66.7%	
Hábitos Nocivo-Fumador	Si	4 14.3%	3 5.4%	0.03 < 0.05
	No	24 85.7%	53 94.6%	
Patologías	Si	1 3.6%	3 5.4%	0.71 > 0.05
	No	27 96.4%	53 94.6%	
Anemia pregestacional	Si	4 14.3%	4 7.1%	0.293 > 0.05
	No	24 85.7%	52 92.9%	
Índice de Masa Corporal pregestacional	Bajo	1 3.6%	0 0%	0.04 < 0.05
	Normal	10 35.7%	15 26.8%	
	Sobrepeso	12 42.9%	29 51.8%	
	Obesidad	5	12	

		17.9%	21.4%	
--	--	-------	-------	--

P-Value < 0.05 (bilateral), la variable es significativa; Nivel de Confianza del 95%.

Fuente: Ficha de recolección de datos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores.

INTERPRETACIÓN:

En los factores personales y patológicos: el hábito nocivo (fumar) se ve que existió diferencia estadística significativa, el 3,6% (n= 4) de los casos tuvo el hábito nocivo de fumar a diferencia del 5,4% (n=3) (p< 0.05). No existió diferencia estadística significativa en patologías (p=0,71). Al analizar los antecedentes nutricionales pregestacionales se observó que hubo significancia estadística en el índice de masa corporal, el 42,9% (n=12) de los casos tuvieron el índice de masa corporal (sobrepeso) en contraste al 51,8% (n=29) (p< 0.05). No se evidencia diferencias significativas en el antecedente de anemia (p=0.29)

TABLA N°4
FACTORES INTRAPARTO DE RIESGO PARA DESARROLLAR
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS EN
MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL BARRANCA-
CAJATAMBO, LIMA-PERÚ, AÑO 2018

FACTORES INTRAPARTO		COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS		P-Value < 0.05
		Si	No	
		28 33.3%	56 66.7%	
Episiorrafia	Si	15 53.6%	21 37.5%	0.16 > 0.05
	No	13	35	

		46.4%	62.5%	
Retención Placentaria	Si	9	7	0.03 < 0.05
		32.1%	12.5%	
	No	19	49	
		67.9%	87.5%	
Atonía Uterina	Si	9	7	0.03 < 0.05
		32,1%	12,5%	
	No	19	49	
		75%	87.5%	
Laceración Canal Parto	Si	3	0	0.36 > 0.05
		10.7%	0%	
	No	25	56	
		89.3%	100%	
Desgarro Perineal	Si	2	0	0.45 > 0.05
		7.1%	0%	
	No	26	56	
		92.9%	100%	

P-Value < 0.05 (bilateral), la variable es significativa; Nivel de Confianza del 95%.

Fuente: Ficha de recolección de datos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores.

INTERPRETACIÓN: Al análisis de los factores intraparto para casos y controles se determinó con referencia a la retención placentaria existieron diferencia estadística significativa, el 32,1% (n= 9) de los casos tuvieron retención placentaria en comparación con el 12,5% (n=7) de los controles ($p < 0,05$); en la atonía uterina se determinó que el 25% (n=7) de las puérperas tuvieron complicaciones obstétricas del 78,6% (n= 44) de las puérperas sin complicación ($p < 0,05$). No hubo diferencias estadísticas significativas en episiorrafia, laceración del canal del parto y el desgarro perineal.

TABLA N°5
FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS EN
MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL BARRANCA-
CAJATAMBO, LIMA-PERÚ, AÑO 2018

FACTORES DE RIESGO		OR	IC 95%		P-Value
			L. Inferior	L. Superior	
Obstétricos	Múltipara	1.62	1.31	2.24	< 0.05
	Control Prenatal (Inadecuado)	2.25	1.89	2.9	< 0.05
	Cirugía Uterina Previa	2.41	1.76	3.69	< 0.05
Antecedentes médicos y nutricionales	Hábitos Nocivos (Fumador)	1.29	1.14	1.81	< 0.05
	Índice de Masa Corporal pregestacional (Sobrepeso)	2.67	1.52	4.65	< 0.05
Intraparto	Retención Placentaria	2.85	1.35	4.91	< 0.05
	Atonía uterina	2.85	1.35	4.91	< 0.05

P-Value < 0.05 (bilateral), la variable es significativa; Nivel de Confianza del 95%. NS: No Significativa. OR: Odds Ratio. L: Límite

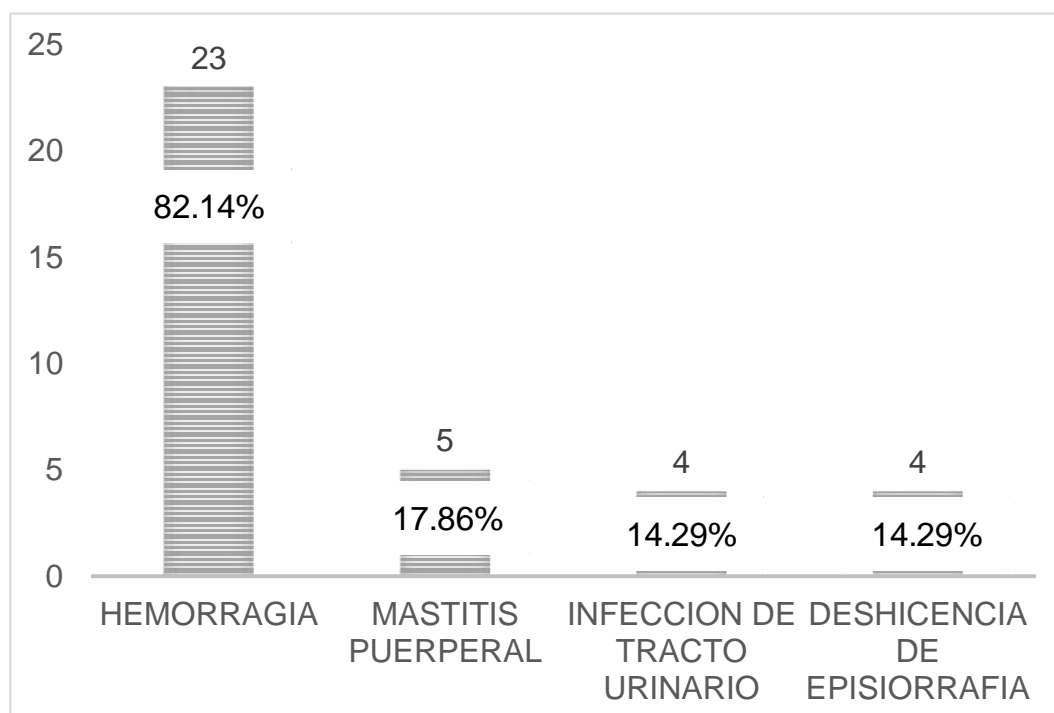
Fuente: Ficha de recolección de datos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores.

INTERPRETACIÓN: Las puérperas que son múltiparas tienen 1,62 veces más de riesgo para tener complicaciones obstétricas con un intervalo de confianza al 95% a diferencia de las que no fueron múltiparas. Las pacientes que tienen controles prenatales inadecuados

tienen 2,25 veces más riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en el puerperio con un intervalo de confianza al 95% en comparación a las que tuvieron controles prenatales adecuados. Aquellas puérperas con cirugía uterina previa tienen 2,41 veces más de riesgo para tener complicaciones obstétricas con un intervalo de confianza en 95% en contraste de las que no tuvieron cirugías uterinas previas. Las pacientes que tienen hábito nocivo de fumadoras tienen 1,29 veces más riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en el puerperio con un intervalo de confianza de 95%. en contraste a las que no presentaron este hábito nocivo de fumar. Las puérperas que presentan sobrepeso tienen 2,67 veces más de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas con un intervalo de confianza al 95% a comparación de las que no presentaron obesidad. Las puérperas que tienen retención placentaria tienen 2,85 veces más riesgo para tener complicaciones obstétricas con un intervalo de confianza en 95% a diferencia de las que no tienen retención placentaria. Aquellas puérperas que presentan atonía uterina tienen 2,85 más riesgo de mostrar complicaciones obstétricas con un intervalo de confianza de 95%. de las que no presentaron.

GRÁFICO N°1

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO DURANTE EL AÑO 2018

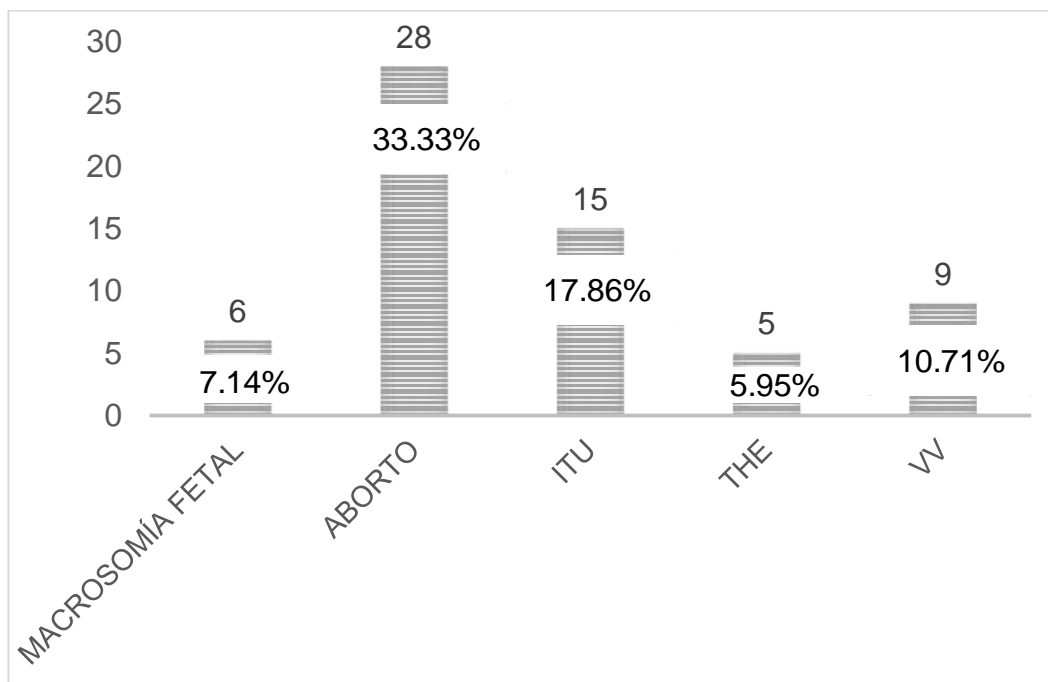


Fuente: Ficha de recolección de datos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores.

INTERPRETACIÓN: La gráfica nos representa la frecuencia de las complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años (28 pacientes), se observa que el porcentaje de Hemorragia Posparto fue el más alto con un 82,14% (23 casos) mientras que en menores porcentajes la mastitis puerperal en un 17.86% (5 casos) y en igual porcentaje las infecciones de tracto urinario y dehiscencia de episiorrafia 14.29% (4 casos) respectivamente en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

GRÁFICO N°2

FRECUENCIA DE PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS EN PUÉRPERAS MAYORES DE 34 AÑOS EN EL HOSPITAL BARRANCA CAJATAMBO DURANTE EL AÑO 2018



ITU: Infección de Tracto Urinario; THE: Trastorno Hipertensivo del Embarazo; VV: Vulvovaginitis.

Fuente: Ficha de recolección de datos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores.

INTERPRETACIÓN: Las patologías obstétricas durante su gestación más frecuentes en las puérperas mayores de 34 años (84 pacientes) fue el Aborto con un 33.33% (28 casos) siendo el de mayor porcentaje, y los de menor porcentaje la Infección de Tracto Urinario 17.86% (15 casos), Vulvovaginitis 10.71% (9 casos), Macrosomía Fetal 7.14% (6 casos) y por último con un 5.95% (5 casos) los Trastornos Hipertensivos del Embarazo en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

4.2 DISCUSIÓN

1. Las pacientes con grado de instrucción incompleto fue un factor para el desarrollo de complicaciones en un 8,5 veces más según *Yego et al. (2014)* en un estudio realizado en el Hospital Moi teaching an Referral en Kenia¹¹. Pero en nuestro estudio no se estableció significancia alguna ($p= 0,34$; $p \text{ evaluate} < 0,05$).
2. *Yego et al. (2014)* en su estudio establece que la paridad es un factor desencadenante de complicaciones en el puerperio; estableciendo que las multíparas presentaron 3,1 veces más riesgo para desarrollarlas¹¹, además se muestra la diferencia en el trabajo hecho por *Olortegui (2014)* establece que la paridad también presenta riesgo en 1,51 más en las puérperas⁷. Casi similar en nuestro estudio en donde se obtuvo un $OR=1,62$, IC 95%; 1.31-2.24.

Los controles prenatales insuficientes en nuestro estudio se establecen que presenta 2,25 más riesgo de desarrollar complicaciones puerperales obstétricas (IC= 95%; 1.89-2.9), así como *Yego et al. (2014)* también se estableció que los insuficientes controles prenatales tuvieron 11,8 veces más riesgo para presentar complicaciones¹¹ y en la investigación de *Santana (2018)* 2,44 veces más de riesgo para desarrollarlas⁹.

La cirugía uterina previa como antecedente en las puérperas tuvo un riesgo elevado en 2,41 para desarrollar complicaciones obstétricas (IC=95%; 1.76-3.69) mientras que también en el trabajo de *Olortegui (2014)* que las pacientes tenían como antecedente de cirugía uterina previa un riesgo de 2, 03 veces más para desarrollar complicaciones⁷.

Cruz (2014) en su estudio estableció que la ganancia de peso gestacional inadecuado presento un riesgo de 12,36 veces para

desarrollar complicaciones¹⁰, a diferencia de nuestro estudio que no presento significancia estadística ($p=0,75$; p evaluate $< 0,05$).

3. En este estudio al analizar sus resultados se evidencia que el sobrepeso calculado por el índice de masa corporal es un factor que influye en el desarrollo de complicaciones obstétricas en el puerperio ($OR=2,67$; IC 95%, 1,52-4,65) a diferencia del estudio de *Olortegui (2014)* realizado en una población de puérperas en el Instituto Materno Perinatal que determino que la obesidad se estableció como factor influyente ($OR=2,58$)⁷ al igual *Valdez et al. (2015)* presentando un $OR=2,49$ ¹⁴. En el estudio de *Yego et al* se determina que la anemia pregestacional es un factor que influencia en el desarrollo de complicaciones en el puerperio¹¹ mientras que en nuestro estudio esta no presento significancia estadística ($p=2,93$; p evaluate $<0,05$)

4. La atonía uterina tiene 2,85 veces más de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en el puerperio (IC= 95%; 1.35-4.91), así como *Pereira (2018)* estableció que el riesgo es de 12,12 veces más para el desarrollo de estas complicaciones⁸, a diferencia de *Bajaña (2016)* que estableció que la atonía uterina no presnrto riesgo para desarrollarlas ($OR<1$)¹². El desgarro perineal en el estudio de *Bajaña et al (2016)* también determina al desarrollo de complicaciones ($OR= 1,52$) mientras que en este trabajo no presento tampoco estadista significativa ($p=0,45$; p evaluate <0.05)¹².

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018 son ser multípara, los controles prenatales inadecuados, cirugía uterina previa, fumadora, sobrepeso, retención placentaria y atonía uterina.
1. Entre los factores sociodemográficos, el grado de instrucción, estado civil y ocupación (p value > 0.05), se determina que no son factores de riesgo que influyen en el incremento de la probabilidad de complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018. Se concluye que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna a un nivel de confianza del 95% y nivel de significancia del 5%.
 2. Entre los factores obstétricos, ser multípara (p value < 0.05); tener control prenatal inadecuado (p value < 0.05), y tener cirugías uterinas previas (p value < 0.05), son factores de riesgo que influyen en el desarrollo de complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca – Cajatambo, Año 2018. Se concluye que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna a un nivel de confianza del 95% y nivel de significancia del 5%.
 3. En los antecedentes médicos, el hábito nocivo (fumar) (p value < 0.05) es un factor de riesgo asociado al desarrollo de complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en

el Hospital Barranca – Cajatambo, Año 2018. Sin embargo, en patologías previas de las puérperas (diabetes, hipertensión arterial, enfermedad de transmisión sexual), no están asociados al desarrollo de complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018. Se concluye que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna a un nivel de confianza del 95% y nivel de significancia del 5%. En los antecedentes nutricionales el índice de masa corporal (sobrepeso) ($p \text{ value} < 0.05$), es un factor de riesgo asociado, sin embargo, tener anemia no está asociado a desarrollar complicaciones obstétricas, en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018. Se concluye que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna a un nivel de confianza del 95% y nivel de significancia del 5%.

4. Entre los factores intraparto la atonía uterina y la retención placentaria ($p \text{ value} < 0.05$), son factores de riesgo asociado a desarrollar complicaciones obstétricas, sin embargo, tener episiorragia, retención placentaria, desgarro perineal y laceración del canal de parto ($p > 0.05$) no está asociado a dichas complicaciones, en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018. Se concluye que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna a un nivel de confianza del 95% y nivel de significancia del 5%.

5.2 RECOMENDACIONES

- Ampliar la difusión de la planificación familiar y anticoncepción una vez logrado la satisfacción materna tras un estudio psicológico y medico mejorando así la salud reproductiva de las pacientes mayores de 34 años ya se en actividades intramurales o extramurales por parte del personal de salud del MINSA o DRESAS/GERESAS realizar la captación para que acuda al servicio de planificación familiar en las mujeres que puedan presentar un riesgo reproductivo.
1. Mejorar la atención en los controles prenatales, Medico Gineco-Obstetra y profesionales de los distintos servicios en nutrición, dental, profilaxis y psicología detallando en la historia clínica los antecedentes que ponen en riesgo a estas gestantes para así ejecutar un plan multidimensional para preservar el binomio madre e hijo. Insistir en el seguimiento continuo de estos controles en caso de no efectuarse, recurrir a la visita domiciliaria por parte de las licenciadas en Obstetricia, Agente Comunitario o Auxiliar en Enfermería.
 2. Recurrir a las charlas, difusión de medios gráficos y estadísticas por parte del Primer Nivel de Atención sobre hábitos nocivos en embarazo para reducir los riesgos que puede generar como bajo peso al nacer del recién nacido, patologías placentarias, riesgo de aborto entre otros. Creando consciencia en las gestantes sobre el daño a su salud.
 3. Enfatizar en el control nutricional incentivando a la actividad física y hábitos alimentarios saludables esto conllevara a un aumento de peso adecuado durante su gestación. Por parte del consultorio

nutricional en la primera visita evaluar talla y el peso para iniciar una gestación con ganancia de peso adecuada. En caso de no contar con un Profesional en Nutrición esta deberá ser atendida por la Consejería Nutricional del centro de salud y en casos de inadecuada nutrición de la gestante hacer la referencia adecuada a un centro de mayor complejidad.

4. Dar seguimiento a las puérperas más que todo en la primera semana después de la atención del parto. Para determinar factores no hallados en este trabajo para las complicaciones tardías del puerperio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ishikawa S, Raine A. Complicaciones Obstétricas y Agresión. Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia [sitio web]; 2-4. [actualizada en abril del 2003-; acceso 12 de enero del 2019] Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/agresividad-agresion/segun-los-expertos/complicaciones-obstetricas-y-agresion>.
2. Mortalidad materna [sede Web]. Organización Mundial de Salud; 2018 [acceso 19 de enero del 2019] OMS. Centro de Prensa: Notas descriptivas. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Gil F. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú. Boletín Epidemiológico del Perú. 2018; 27 (44): 1034-1038
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de Salud Familiar. Salud Materna 2013: 2014-2016
5. Gil F. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú, I Semestre 2018. Boletín Epidemiológico del Perú. 2018; 27 (26): 567-570
6. Dirección Regional de Salud Hospital Barranca Cajatambo. Plan Operativo Institucional 2018;26-32.
7. Olortegui L. Factores asociados a las complicaciones obstétricas en gestantes añosas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero-junio 2013. Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014.
8. Pereira K. Factores que se asocian a las complicaciones durante el puerperio en el Hospital María Auxiliadora (HAMA) Lima – Perú. Tesis de bachiller. Lima, Perú. Universidad Andina del Cusco. 2018.
9. Santana L. Factores maternos y obstétricos relacionados con la hemorragia post parto inmediato en el Hospital Regional de Loreto del año 2015 al 2017. Tesis de bachiller. Iquitos, Perú. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. 2018.

10. Cruz, C. Asociación entre la inadecuada ganancia de peso de las gestantes a término y complicaciones maternas en el Hospital Víctor Ramos Guardia en el período julio - diciembre 2013. Tesis en bachiller. Huaraz, Perú. Universidad Privada Antenor Orrego. 2014.
11. Yego, F., D'Este, C. Byles, J., Stewart, J., Nyongesa, P. Risk factors for maternal morbidity in a Tertiary Hospital in Kenya: a case control study. *BMC Embarazo y parto* 2014; 14(1), 2-10.
12. Bajaña M. Complicaciones gestacionales y perinatales asociados a la edad materna en los extremos de la vida fértil. Tesis en bachiller. Cuenca, Ecuador. Universidad de Cuenca. 2016.
13. Hernando C., Lozano M. Factores de riesgo para mastitis puerperal en una institución de alta complejidad obstétrica 2011- 2015, Bogotá D.C. Colombia. En: Grupo de Investigación en Enfermedades Infecciosas Clínica de la Mujer 2016 [actualizado 5 de enero del 2016- acceso 3 de enero del 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/312191828_FACTORES_DE_RIESGO_PARA_MASTITIS_PUERPERAL_EN_UNA_INSTITUCION_DE_ALTA_COMPLEJIDAD_OBSTETRICA_2011-2015_BOGOTA_DC_COLOMBIA
14. Valdés, E., Bencosme N. Frecuencia de obesidad y su relación con algunas complicaciones maternas y perinatales en una comunidad indígena. *Rev. Cubana Endocrinol*, 2015; 26(3) 238-245.
15. PAHO. IV Normas y protocolo para la atención prenatal, parto y puerperio. Nicaragua. 2008 (4) 3:199
16. Salazar M. Puerperio inmediato y precoz. Valoración y cuidados de enfermería. *Revista CECOVA*. 2014; 4(5) 59-65.
17. Alemany J. Puerperio normal. [Sede web] Universidad de Valencia, España. 2010: 5-6 [actualizada el 18 de abril del 2012-; acceso 23 de enero del 2019] Disponible en: <http://mural.uv.es/majoan/GRUPO7PUERPERIO%20.pdf>

18. Alvirde O., Rodríguez G. Revisión rutinaria de cavidad uterina en el postparto inmediato. Arch Inv Mat Inf. 2009; I (2):58-63.
19. Amaya J. Puerperio y lactancia materna. En: Universidad Nacional de Colombia. Calostro. 2013; 322-340.
20. Cabero L., Saldivar D., Cabrillo E. Puerperio Fisiológico. En: Cañete M. Obstetricia y medicina materno-fetal. España. Ed. Médica Panamericana, 2007;479-490.
21. Granero L. Puerperio. [Sede web] Huercal- Overa, España. 2004: 2-9. [actualizada el 5 de octubre del 2014-; acceso 12 de enero del 2019] Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/Para%20Medicos%20A.P/Puerperio.pdf>
22. Colectivo de autores. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana, Cuba.1997. 1(6): 433-438. Disponible en: <http://www.sld.cu/libros/libros/libro0/parte6.pdf>
23. Crocco P., Paz M., Troncoso P. Norma general técnica para la atención integral en el puerperio. En: Figueroa C., González M. Ed. MINSAL 2015; 30-56.
24. Karlsson H., Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. Anales Sis San Navarra. 2009; 32(1): 159-167.
25. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. España, 2014. 202-300
26. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2002 [Base de datos en Internet] Murdoch Childrens Research Institute. [acceso 2 de febrero del 2019]. Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. Disponible en:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002958/full/es>

27. Solari, A., Solari, C., Wash, A., Gurrero, M., G., Enríquez, O. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Clínica Los Condes*. 2014; 25(6): 864-1049.
28. Di Marco I., Davison H., Fabiano P., Franze F., Sar S. CONSENSO Hemorragia Postparto (HPP). En: Casale R. SOGIBA. 2018;1-4
29. Cabrera, S. Hemorragia Postparto. *Revista Peruana Ginecológica Obstétrica*. 2010;56(1): 24-30.
30. Ruiz R., Cruz P., Torres L. Hemorragia obstétrica, causa de muerte materna. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2012; 50 (6): 659-664.
31. Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica, Manejo de la Hemorragia Postparto. Guatemala. Edición 2013; págs. 112. Disponible en <https://www.igssgt.org/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPC-BE%2046%20HPP.pdf>
32. Benites, E. Retención Placentaria como causa de hemorragia postparto en el Hospital de Vitarte- caso clínico 2015. Tesis en Bachiller, Lima, Perú. Universidad Privada de Ica. 2016.
33. Dubón, M., Romero, M. Retención de restos placentarios: Importancia del expediente clínico en la valoración de la atención médica. Caso de la CONAMED. *Rev. Fac. Med. México*. 2011; 54(5): 50-57.
34. Santos, K. Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en púerperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014. Tesis en Bachiller, Lima, Perú. Universidad Ricardo Palma. 2016.
35. Narváez, P., Castro L., Corvalán, J., Guzmán, C. Desgarros perineales. *Rev. Obstet. Ginecol*. 2018; 13(1): 25-30.
36. Mayo Clinic. Desgarros vaginales durante el parto [sede Web] Mayo Foundation for medical education and research. 2018.[actualizada 8 de octubre del 2018; acceso 23 de enero del 2019]. Disponible en:

<https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/multimedia/vaginal-tears/sls-20077129>

37. Ayala M. Factores de riesgo que contribuyen al desgarro perineal en gestantes durante el parto en el Hospital San Juan De Lurigancho, Enero – Julio 2017. Tesis en bachiller. Lima, Perú. Universidad Nacional Federico Villareal. 2018
38. Vardon D., Reinbold D., Dreyfus M. Episiotomía y desgarros obstétricos recientes. EMC - Ginecología-Obstetricia. 2014; 50(2): 1-17
39. Ministerio de salud. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Guías de Práctica Clínica, Lima, Perú. 2014: 30-63
40. Ministerio de salud, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Argentina. 2006: 16-25.
41. Zamora P., García J., Royo S., Sánchez M., Monleón J., Mínguez J. Tratamiento médico y quirúrgico de las hemorragias postparto y del alumbramiento. Ginecología y Obstetricia Clínica 2003;4(2):70-79
42. Sotero G., Sosa C. Prevención y tratamiento de la hemorragia posparto. Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(3):142-49.
43. Garrido, R., Gonzales, A, Sánchez, H., Alumbrosos, M., López de la Manzanara, C. Revisión del tratamiento quirúrgico de la atonía uterina. Apuntes de Ciencia. Boletín científico HGUCR. 2013. España. Disponible en: <http://apuntes.hgucr.es/2013/06/27/revision-del-tratamiento-quirurgico-de-la-atonia-uterina/>
44. Orejon, F. Factores obstétricos asociados a la anemia posparto inmediato en primíparas en el Instituto Nacional Materno Perinatal septiembre - noviembre 2015. Tesis en Bachiller, Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016
45. Hernández R., Díaz J. Histerectomía obstétrica, último recurso en el tratamiento de la hemorragia obstétrica. Rev Sanid Milit Mex 2016; 70:63-71.

46. Bataglia, V. Rojas, G. Ayala, J. Prevención y manejo de la infección puerperal. Rev. Per Ginecol Obstet. 2006;52(3):89-99.
47. Secretaria de salud en México. Ministerio de salud Diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria benigna en primer y segundo nivel de atención. 2013; 10-12. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/240_GPC_Diagnostico_tratamiento_PATOLOGIA_MAMARIA_BENIGNA/GRR_PATOLOGIA_MAMARIA_BENIGNA.pdf
48. Mainero F., Bernechea A., Aguilar U., Vargas J., Burgos I. Enfermedades de la mama durante el embarazo y lactancia. Rev Mex Mastol. 2007; 2(1-4): 15-21.
49. Hernando C., Lozano M. Factores de riesgo para mastitis puerperal en una institución de alta complejidad obstétrica 2011- 2015, Bogotá D.C. Colombia. En: Grupo de Investigación en Enfermedades Infecciosas Clínica de la Mujer 2016 [actualizado 5 de enero del 2016- acceso 3 de enero del 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/312191828_FACTORES_DE_RIESGO_PARA_MASTITIS_PUERPERAL_EN_UNA_INSTITUCION_DE_ALTA_COMPLEJIDAD_OBSTETRICA_2011-2015_BOGOTA_DC_COLOMBIA
50. Vayas R., Carrera L. Actualización en el manejo de las Mastitis Infecciosa durante la Lactancia Materna. REV CLÍN MED FAM 2012; 5 (1): 25-29
51. León L. Sangrado Post Parto Producido Por Dehiscencia De Episiorrafia En El Hospital Edgardo Rebagliatti Martins. Tesis de bachiller. Universidad Privada de Ica. 2018
52. Guevara, M. Factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, Lima 2014. Tesis en Bachiller, Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015.

53. Castañeda G., Hernández S., Paredes M., Yaranga E. Dehiscencia de episiorrafia en partos institucionales. Universidad San Martín de Porres. 2016
54. Bataglia, V. Rojas, G. Ayala, J. Prevención y manejo de la infección puerperal. Rev. Per Ginecol Obstet. 2006;52(3):89-99.
55. Factor de riesgo /marcador de riesgo / indicador de riesgo. Información del término [sede web] U Dirección General de Prevención y Protección Ambiental de la Universidad de Córdoba. Argentina. 2015 [acceso 5 de enero del 2019]. Disponible en: [www./servicios/dgppa/images/prevencion/glosariopr/fichas/f/FactorDeRiesgoMarcadorDeRiesgoIndicadorDeRiesgo.html](http://www.servicios/dgppa/images/prevencion/glosariopr/fichas/f/FactorDeRiesgoMarcadorDeRiesgoIndicadorDeRiesgo.html)
56. Ministerio de Salud del Perú. Plan nacional para la reducción y control de la anemia materno infantil y la desnutrición crónica infantil 2017-2021.17-36. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>

ANEXOS

ANEXO N°1:
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

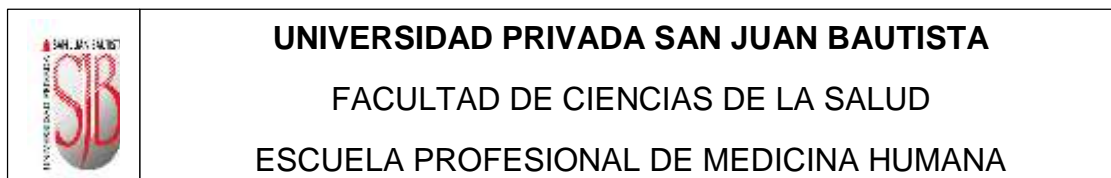
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Edad gestacional	Prematuro (\leq 37 semanas A término (37-41 semanas) Prolongado (42 semanas a más)	Ordinal	Ficha de recolección de datos
Múltipara	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Controles prenatales	Adecuados Inadecuado	Nominal	Ficha de recolección de datos
Periodo intergenésico	Adecuado Inadecuado	Nominal	Ficha de recolección de datos
Cirugía pélvica uterina anterior	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
VARIABLE DEPENDIENTE: COMPLICACIONES OBSTETRICAS POSTPARTO			

Ganancia de peso gestacional	Adecuada Inadecuada	Nominal	Ficha de recolección de datos
Patología obstétrica	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Ruptura Prematura de Membranas	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Grado de instrucción	Incompleta Completa	Nominal	Ficha de recolección de datos
Estado civil	Con pareja Sin pareja	Nominal	Ficha de recolección de datos
Ocupación	Ama de casa Otros	Nominal	Ficha de recolección de datos
Hábitos nocivos	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Patologías	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO

Índice de Masa Corporal pregestacionales (kg/m ²)	≤ 19,9 (bajo) 20-24.9 (Normal) 25- 29.9 (Sobrepeso) ≥ 30 (Obesidad)	Ordinal	Ficha de recolección de datos
Anemia pregestacional	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Retención de tejidos	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Atonía uterina	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Laceración del canal del parto	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Desgarro perineal	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Episiorrafia	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos

Complicaciones obstétricas	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
-------------------------------	----------	---------	-------------------------------

**ANEXO N° 2:
INSTRUMENTO**



Título: Factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.

Autor: Flores Ayala Betty

Fecha:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (INSTRUMENTO)

Ficha de Recolección de Datos N° FICHA: N° H.C:

1. CARACTERISTICAS OBSTETRICAS

- **Edad gestacional.** _____ Semanas
() Prematuro \leq 37 semanas
() A término (37-41 semanas)
() Prolongado (42 semanas a más)
- **Múltipara:**
() Si () No
- **Números de control prenatal:**
() Menos de 6 () 6 o más
- **Periodo intergenésico.** _____ meses
() Corto o Largo () Adecuado
- **Cirugía uterina anterior**
() Si () No

4. CARACTERISTICAS INTRAPARTO

- **Retención placentaria**

() Si () No

- **Atonía uterina**

() Si () No

- **Desgarro perineal**

() Si () No

- **Laceración del canal del parto**

() Si () No

- **Episiorrafia**

() Si () No

5. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS: _____

() Si () No

ANEXO N°3:
VALIDEZ DE INSTRUMENTO- CONSULTA EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Aquino Dolorier Sara
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente-UPSJB
 1.3 Tipo de Experto: Metodológico Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del Instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autora del instrumento: Flores Ayala Betty Armandina

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente	Regular	Buena	Muy Buena	Excelente
		00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica					85%


III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Es APLICABLE (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85%

Lugar y Fecha: Lima, 04 de Febrero del 2019


 LIC. SARA GIBEL/AQUINO DOLORIER
 COESPE
 CENTRO DE ESPECIALISTAS EN PERINATOLOGIA

Firma del Experto
 D.N.I. N° 07498001
 Teléfono 993083992

Informe de Opinión de Experto

Apellidos y Nombres del Experto: Fajardo Alfaro Williams
 Cargo e institución donde labora: Asesor-UPSJB
 Tipo de Experto: Metodológico Especialista Estadístico
 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 Autora del instrumento: Flores Ayala Betty Armandina

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores					90%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puerperas mayores de 34 años					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica					90%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... *Aplicable* (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, 02 de Febrero del 2019


 Fajardo Alfaro Williams
 FIRMADO DIGITALMENTE
 Firma del Experto
 D.N.I. N°
 Teléfono

Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Cesar Walter Icho Quevedo
 1.2 Cargo e institución donde labora: Medico Gineco-Obstetra
 1.3 Tipo de Experto: Metodológico Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recoleccion de datos
 1.5 Autora del instrumento: Flores Ayala Betty Armandina

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					85%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años					85%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica					85%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... Aplicable (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Lima, 04 de Febrero del 2019


 Dr. Cesar Walter Icho Quevedo
 MEDICO GINECO-OBSTETRA
 C.M.P. 39478 R.N.E. 17500

Firma del Experto
 D.N.I Nº 02032816
 Teléfono 774838429

ANEXO N°4:
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES INDICADORES E
<p>General: ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018?</p>	<p>General: Determinar los factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.</p>	<p>General: Hi: Existen factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018. Ho: No existen factores de riesgo para desarrollar</p>	<p>Variable Independiente: Factores de riesgo Dimensión: FACTORES OBSTÉTRICOS Indicadores: Edad gestacional Paridad Controles prenatales Periodo intergenésico Cirugía uterina anterior Ganancia de peso gestacional</p>

<p>Específicos</p> <p>¿Cuáles son los factores sociodemográficos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018?</p>	<p>Específicos</p> <p>Analizar los factores sociodemográficos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.</p>	<p>complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.</p> <p>Específicos</p> <p>Hi1: Existen factores sociodemográficos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.</p>	<p>Patología obstétrica</p> <p>Ruptura prematura de membranas</p> <p>• Dimensión: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS</p> <p>Indicadores:</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Estado civil</p> <p>Ocupación</p>
--	---	--	---

<p>¿Cuáles son los factores obstétricos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de</p>	<p>Identificar los factores obstétricos para desarrollar complicaciones en puérperas mayores de 34 años en el</p>	<p>Ho1: No existen factores sociodemográficos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.</p> <p>Hi2: Existen factores obstétricos de riesgo para desarrollar complicaciones</p>	<p>• Dimensión: ANTECEDENTES MÉDICOS Y NUTRICIONALES Indicadores: Hábitos nocivos Médicos Índice de Masa Corporal pregestacional Anemia pregestacional</p>
---	---	---	--

<p>34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018?</p> <p>¿Cuáles son los antecedentes médicos y</p>	<p>Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.</p>	<p>obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.</p> <p>Ho2: No existen factores obstétricos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.</p>	<p>• Dimensión: FACTORES INTRAPARTO</p> <p>Indicadores:</p> <p>Retención placentaria</p> <p>Atonía uterina</p> <p>Desgarro perineal</p> <p>Laceración cervical</p> <p>Episiorrafia</p> <p>Variable Independiente:</p> <p>Complicaciones obstétricas.</p>
---	---	--	---

<p>nutricionales de riesgo para desarrollar complicaciones en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018?</p>	<p>Reconocer los antecedentes médicos y nutricionales para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.</p>	<p>Hi3: Existen antecedentes médicos y nutricionales de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.</p> <p>Ho3: No existen antecedentes médicos y nutricionales de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca</p>	
---	--	---	--

<p>¿Cuáles son los factores intrapartos de riesgo asociados para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018?</p>	<p>¿Establecer los factores intrapartos de riesgo asociados para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018?</p>	<p>Cajatambo durante el año 2018.</p> <p>Hi4: Existen factores intrapartos de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.</p> <p>Ho4: No existen factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas en puérperas</p>	
--	--	--	--

		mayores de 34 años en el Hospital Barranca Cajatambo durante el año 2018.	
Diseño metodológico		Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>Nivel: Explicativo, No experimental</p> <p>Tipo de Investigación: Observacional, Analítico Retrospectivo, Corte transversal, Casos y controles</p>	<p>Población objetivo: Puérperas mayores de 34 años que fueron atendidas en el Hospital Barranca Cajatambo durante el 2018 (N= 166).</p> <p>Criterios de Inclusión (Casos)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Puérperas de parto vaginal único. ▪ Puérperas mayores de 34 años. ▪ Complicaciones de puerperio inmediato y mediato. ▪ Datos completos en historia clínica. 	<p>Técnica: Análisis de contenido</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos tipo objetivo con respuestas cerradas de elección múltiple o dicotómicas</p>	

	<p>Criterios de inclusión (Controles)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Puérperas de parto vaginal único.▪ Puérperas de parto vaginal único mayor de 34 años.▪ Sin complicaciones en el puerperio.▪ Datos completos en historia clínica. <p>Criterios de exclusión (casos y controles):</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Puérperas de parto vaginal con edad menor de 35 años.▪ Puérpera de parto por cesárea.▪ Complicaciones de puerperio tardío.▪ Datos incompletos en la historia clínica. <p>Muestra:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Proporción de exposición del grupo control en 5%▪ OR de 4.1 (para controles prenatales inadecuados)	
--	---	--

- Número de controles por caso fue en 2: 1 (desbalanceado).
- Poder estadístico al 85%.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{cp_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{c(p_2 - p_1)^2}$$

Donde n = tamaño muestral, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

$Z_{1-\beta} = 0,84$. $p = 0.65$. $p_2 = 0,5$ $p_1 = 0.8$. $c = 2$

Obteniendo 28 casos y 56 controles (n=84)

Muestreo: probabilístico simple aleatorio.