



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU
RELACIÓN CON LA VÍA DEL PARTO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO - 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. ALEX WILLIAM CHOQUE BARRA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

JULIACA – PERÚ

2024



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU
RELACIÓN CON LA VÍA DEL PARTO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO - 2023

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. ALEX WILLIAM CHOQUE BARRA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:


Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO

:


Dra SANDRA ALEJANDRA FERNADEZ MACEDO

ASESOR DE TESIS

:


Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - PO6

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 845-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 10 de julio del 2024

Vistos: El Expediente N° 2024-CU-7959 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU RELACIÓN CON LA VÍA DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - 2023**

Que es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **OBSTETRA**, del (la) bachiller **CHOQUE BARRA ALEX WILLIAM** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- * Presidente : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORÁ
- * 1er. Miembro : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * 2do. Miembro : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ TAPIA

Asesor : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : JUEVES 11 DE JULIO DEL 2024
HORA : 11:00 HORAS
LOCAL : AUDITORIO

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de obstetricia; la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ELIZABETH VARGAS ONOFRE
C.P. 2034
DECANA

DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2023(1)



RESOLUCIÓN DECANAL N°799-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 04 de julio del 2024

VISTOS: Exp. 2024-CU-8239 presentada por el(la) egresado(a) **CHOQUE BARRA ALEX WILLIAM** quien ha solicitado cambio del asesor del Proyecto de Investigación conducente para optar el título profesional de **OBSTETRA**,

CONSIDERANDO: Que, en la Resolución Decanal N°850-2022-D-FCS-UANCV, figura el título del proyecto de **INVESTIGACIÓN COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU RELACIÓN CON LA VÍA DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - 2023** Teniendo como Jurados designados por la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
- * **1er. Miembro** : Dra. GRACIELA BERNAL SALAS
- * **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDSRA FERNANDEZ MACEDO
- * **Asesor(a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el **Oficio N°319-2024-UI-FCS-UANCV-J** solicitando la emisión de la resolución de cambio del asesor por motivos que no cuentan con vínculo laboral con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR EL CAMBIO DEL PRIMER MIEMBRO DEL PROYECTO designados a él (la) egresado (a) **CHOQUE BARRA ALEX WILLIAM** para la revisión del proyecto de investigación titulado **COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU RELACIÓN CON LA VÍA DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - 2023** para optar al Título Profesional de **OBSTETRA**, debiendo quedar a partir de fecha, de la siguiente manera:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
- * **1er. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- * **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **Asesor(a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

* **SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación del proyecto de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados de cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Elizabeth Vargas Onofre
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP 2034
DECANA

DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP Obstetricia
UI, Interesados, Arch
EVO



"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 562-2023-D-FCS-UANCV

Juliaca, 14 de julio del 2023

VISTOS:

El Oficio N° 093-2023-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de Proyectos de Investigación de fecha 07 de julio del 2023 de la E.P. Obstetricia;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado(a): **ALEX WILLIAM CHOQUE BARRA** ha presentado el Proyecto de Investigación titulado: **COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**;

Que, al haber cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la Directiva N° 004-2019-UANCV-VRACD-OI, la Directora de la Unidad de Investigación nominó la sub comisión de evaluación del Proyecto de Investigación, conformada por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : Dra. **MARÍA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**
- * **1er. Miembro** : Dra. **GRACIELA BERNAL SALAS**
- * **2do. Miembro** : Dra. **SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

Que, la sub comisión de evaluación ha decidido aprobar, SIN OBSERVACIONES, el Proyecto de Investigación en mención, y; siendo la opinión favorable de la Directora de la Unidad de Investigación en concordancia al Reglamento de la Unidad de Investigación, y en uso de las atribuciones que le concede la ley Universitaria 30220, ley de creación de la UANCV 23738 y modificación, Resolución de Institucionalización 1287-92-ANE D.L. 739, y el Estatuto de la UANCV, a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a): **ALEX WILLIAM CHOQUE BARRA**, para optar el Título Profesional de **OBSTETRA** titulado: **COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023** con todos los objetivos generales, objetivos específicos, sede de ejecución, cronograma, presupuesto y línea de investigación, registrados en el acta de registro de proyectos de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, folio 246;

El Proyecto de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, Dra. **ELIZABETH VARGAS ONOFRE**.

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, EP: Obstetricia, Secretaria Académica, Archivo.
EVO/



"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 086-2024-D-PCS-UANCV

Juliaca, 29 de enero del 2024

VISTOS:

El Exp N° 2024-CU-683, presentada por el(la) egresado(a) **CHOQUE BARRA ALEX WILLIAM**, quién ha solicitado rectificación de título del proyecto de investigación conducente a optar el título profesional de **OBSTETRA**;

CONSIDERANDO:

Que, en la Resolución Decanal N° 562-2023-D-FCS-UANCV el título del proyecto de investigación ha sido aprobado de la siguiente manera: **COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023**

Que, la Dirección de Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, considerando lo dispuesto por la Oficina de Investigación de la UANCV, ha emitido el Informe N° 010-2024-D-UI-FCS-UANCV-J solicitando la emisión de la resolución de rectificación del título del proyecto de investigación: agregado de la palabra **AZÁNGARO**; y,

Estando el informe favorable de la Dirección de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR LA RECTIFICACIÓN DE TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, presentado por el(la) egresado(a) **CHOQUE BARRA ALEX WILLIAM**, debiendo considerarse a partir de fecha con el siguiente título **COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU RELACIÓN CON LA VÍA DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - 2023** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**. teniendo como jurados y asesor designados por la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, a los siguientes Docentes:

- * **Presidente** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
- * **1er. Miembro** : Dra. GRACIELA BERNAL SALAS
- * **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **Asesor(a)** : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

SEGUNDO: Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación del proyecto de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

TERCERO: La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación, la Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

DISTRIBUCIÓN
Jurados,
EP, Enfermería
UI, Interesados, Arch.
EVO/



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
[Signature]
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP 2024
DECANA



COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU RELACIÓN CON LA VÍA DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

23%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

14%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	7%
---	------------------------------------------------------------------------------------	----

2	core.ac.uk Fuente de Internet	2%
---	----------------------------------	----

3	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	2%
---	------------------------------------------------	----

4	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
---	--------------------------------------	----

5	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	2%
---	-----------------------------------------------	----

6	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
---	----------------------------------------------------------------------------	----

7	distancia.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1%
---	--------------------------------------------	-----

8	oldri.ues.edu.sv	
---	------------------	--



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU RELACIÓN CON LA VÍA DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - 2023	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	ALEX WILLIAM CHOQUE BARRA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	43988538
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0004-8291-7820
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29216323
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-6401-9470
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNADEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - PO6
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: Hospital Carlos Monge Medrano País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Coordenadas: Latitud: -15.48179 Longitud: -70.12042 https://maps.app.goo.gl/aeGiZhnP4rBJATsW9</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	
URL de disciplinas OCDE	<p>Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p>
https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	



UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CERDAS VÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Maria Amparo del Pilar Chambi Calacora
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ALEX WILLIAM CHOQUE BARRA identificado con DNI Nro. 43988538 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

OBSTETRA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

“COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU RELACIÓN CON LA VÍA DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO – 2023”

Asesorado por: Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 19 de Julio del 2024


FIRMA (ASESOR)


FIRMA (obligatoria)


Huella



DEDICATORIA

Dedico a Dios por haberme dado fortaleza para seguir adelante, por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día mas

A mi madre que me dio la vida, el cual, a pesar de haberla perdido a muy temprana edad, ha estado siempre cuidándome y guiándome desde el cielo.

De igual manera dedico esta tesis a mi padre que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos, valores, lo cual me ayudo a salir adelante.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir buenos y malos momentos.



AGRADECIMIENTO

Le agradezco muy profundamente a mi asesora por su dedicación y paciencia, sin sus palabras y correcciones precisas no hubiese podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada. Gracias por su guía y todos sus consejos, los llevaré grabados para siempre en la memoria en mi futuro profesional.



ÍNDICE

DEDICATORIA..... v

AGRADECIMIENTO..... vi

ÍNDICEvii

INDICE DE TABLAS ix

ÍNDICE DE FIGURAS xi

RESUMEN.....xiii

ABSTRACTxiv

INTRODUCCIÓN xv

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Exposición de la situación problemática 1

1.2. Formulación del problema.....2

1.2.1. Problema general.....2

1.2.2. Problemas específicos 3

1.3. Justificación de la investigación 3

1.4. Objetivo general 4

1.4.1. Objetivos específicos 4

1.6. Limitaciones de la investigación..... 5

1.6.1. Limitaciones 5

1.7. Hipótesis..... 5

1.8. Variables..... 6

Operacionalización de variables 6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación..... 8

2.2. MARCO TEORICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO 15

2.3. Marco Conceptual 56

CAPÍTULO III..... 58

MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION..... 58

3.1. Diseño de la investigación..... 58

3.2. Tipo de investigación..... 58

3.3. Método de la investigación..... 58



3.4. Población y muestra	59
3.4.1. Población.....	59
3.4.2. Muestra.....	59
3.5. Técnicas e instrumentos de investigación	60
3.5.1. Técnica.....	60
3.5.2. Instrumento	61
3.6. Diseño de contrastación de hipótesis	61
3.7. Validez y confiabilidad del instrumento.....	61

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS.....	94
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	96
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	99



INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Relación entre atonía uterina y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	80
Tabla 2	Relación entre desgarros perineales y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	82
Tabla 3	Relación entre hematoma vaginal y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	84
Tabla 4	Relación entre el desgarro cervical y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	86
Tabla 5	Relación entre retención de tejidos y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	88
Tabla 6	Relación entre rotura uterina y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	90
Tabla 7	Relación entre infecciones urinarias de vías altas y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	92



Tabla 8	Relación entre infección urinaria de vías bajas y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	94
Tabla 9	Relación entre hipertensión arterial y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	96
Tabla 10	Relación entre edad reproductiva y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	98



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Relación entre atonía uterina y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	80
Figura 2	Relación entre desgarros perineales y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	82
Figura 3	Relación entre hematoma vaginal y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	84
Figura 4	Relación entre el desgarro cervical y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	86
Figura 5	Relación entre retención de tejidos y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	88
Figura 6	Relación entre rotura uterina y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	90
Figura 7	Relación entre infecciones urinarias de vías altas y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023.	92



- Figura 8 Relación entre infección urinaria de vías bajas y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023. 94
- Figura 9 Relación entre hipertensión arterial y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023. 96
- Figura 10 Relación entre edad reproductiva y la vía de parto en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023. 98



RESUMEN

Objetivo: Determinar las complicaciones del puerperio inmediato y su relación con el tipo de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2022. **Metodología:** Diseño descriptivo correlacional transversal, el tipo de estudio fue correlacional con un enfoque cuantitativo, el método fue científico, para hallar la muestra se utilizó a la población que estuvo conformada por todas las púerperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el mes de setiembre a diciembre del 2022 cifra aproximada de 106 pacientes. Y la muestra se utilizó la formula finita y dio como resultado 83 pacientes **Resultados:** Como el nivel de significancia es menor que 5% ($1.5\% < 5\%$) rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alternativa. El coeficiente de correlación chi cuadrado indica que las complicaciones del puerperio inmediato hemorragias, infecciones urinarias, hipertensión y edad reproductiva extrema tienen relación significativa con parto vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, llegando a concluir que las complicaciones del puerperio inmediato hemorragias, infecciones urinarias, hipertensión y edad reproductiva extrema tienen relación significativa con parto vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

Palabras clave: Complicaciones, Puerperio, pacientes, hospital.

**ABSTRACT**

Objective: Determine the complications of the immediate puerperium and their relationship with the type of delivery in patients treated at the Carlos Monge Medrano Juliaca 2023 hospital. Methodology: Cross-sectional correlational descriptive design, the type of study was correlational with a quantitative approach, the method was scientific, to find the sample, the population was used, which was made up of all the immediate postpartum women treated at the Carlos Monge Medrano Hospital during the month of September to December 2022, an approximate figure of 106 patients. And the sample was used the finite formula and resulted in 83 patients. Results: As the level of significance is less than 5% ($1.5\% < 5\%$), we reject the null hypothesis and accept the alternative hypothesis. The chi square correlation coefficient indicates that the complications of the immediate puerperium, hemorrhages, urinary infections, hypertension, and extreme reproductive age, have a significant relationship with vaginal delivery in patients treated at the Carlos Monge Medrano hospital, concluding that the complications of the immediate puerperium, hemorrhages, Urinary infections, hypertension and extreme reproductive age have a significant relationship with vaginal birth in patients treated at the Carlos Monge Medrano hospital.

Keywords: Complications, Puerperium, patients, hospital.

Keywords: Complications, Puerperium, patients, hospital.



INTRODUCCIÓN

El embarazo es un desarrollo complejo que implica una serie de cambios fisiológicos en el cuerpo de la mujer para albergar y nutrir al feto en desarrollo. Este proceso se considera fundamental para la perduración de la especie del ser humano, dividiéndose en los siguientes períodos principales: prenatal, perinatal y postnatal. El período prenatal abarca desde la fertilización del óvulo hasta el instante del parto. Durante este tiempo, el feto experimenta un desarrollo significativo en todas sus estructuras y sistemas. El período perinatal incluye el momento del parto y los primeros instantes o días luego del nacimiento del bebé. Es un período crítico en el que se deben tomar precauciones para el garantizamiento de salud y bienestar tanto de la madre como del neonato. El período postnatal, también conocido como puerperio, comienza después del parto y puede extenderse hasta 6 semanas posteriores al nacimiento del bebé. En el transcurso de este instante, el organismo de la mujer nota una serie de cambios destinados a volver a su estado prepregnancia. El puerperio se encuentra dividido en diferentes etapas según el tiempo transcurrido desde el parto: inmediato, mediato y tardío. Durante el puerperio, pueden surgir complicaciones que requieran atención médica, y el puerperio inmediato es especialmente crítico en este sentido, es de la causa de mayor mortandad tanto el ambito internacional y ambito nacional. (1)

Entre complicaciones que surgen inmediatamente después del parto ocurren cuando el cuerpo experimenta cambios fuera de lo normal durante las primeras 24 horas siguientes al alumbramiento, y pueden ser el resultado de diversas causas dentro de ellos tenemos las hemorrágicas, infecciones urinarias, hipertensión arterial, edades extremas de las gestantes, y el tipo de parto con el



que es atendido las gestantes. La hemorragia postparto (HPP) es la complicación más significativa durante el período posparto y representa un desafío global para la salud pública. Esta condición se produce debido a anomalías en la contracción uterina, lesión del canal de parto, retención de tejidos o trastornos de la coagulación. Como resultado, se están implementando cada vez más protocolos de manejo en los centros de atención médica para tratar los problemas de formas efectivas. La Organización Mundial de la Salud y la OPS. La mortalidad materna continua con los problemas alarmantemente alto internacionalmente. Cada día, aproximadamente 830 mujeres fallecen debido a una complicación relacionada en la etapa del embarazo y/o parto. En 2015, se calculó que alrededor de 300 mil féminas murieron en etapas del embarazo, el parto o en el período posparto, y la mayor parte de estos fallecimientos tuvieron lugar en países de bajos ingresos. Sin embargo, muchas de estas muertes podrían haberse evitado, y desde 1990 algunos países en el África subsahariana han logrado reducir su mortalidad materna a la mitad. En la región asiática y africana, los avances también han sido significativos. Aunque la tasa de mortalidad materna mundial se vio reducido solo en 2% anual desde 1990 y 2015, desde los años 2 mil se ha observado un incremento en esta disminución. En ciertas naciones, las disminuciones anuales en la mortalidad materna se encuentra en el año 2000 y 2010 donde sobrepasaron el 5%.

Cada día, cerca de 830 féminas mueren debido a causas evitables asociadas y que tiene que ver con los embarazos y partos a nivel mundial. En alto porcentaje de la mortalidad materna suceden en naciones subdesarrolladas. La mortalidad materna es especialmente elevada en féminas que residen en áreas del tipo rural y en comunidad con bajos recursos económicos. Las jóvenes afrontan mayores



riesgos de complicación y por ello el deceso, debido al embarazo. Sin embargo, sin atención médica adecuada en las fases de parto pudiera salvar la vida féminas y sus neonatos. Según los registros históricos de los años 1990 y 2015, la mortandad materna a nivel mundial disminuyó en un 44%. Siendo la finalidad del ODS, se ha establecido en reducir los índices globales de mortandad materna para el período de 2016 a 2030. (2) Durante el período de recuperación después del parto, se presentan señales evidentes que podrían desencadenar diversas complicaciones de la madre, incluso a ser fatales. La actual situación de emergencia debido al Coronavirus generando un incremento significativo en la tasa de mortalidad materna en el Perú. En las fechas cercanas a 2020, se tuvieron registros de 440 muertes de mujeres, un 45.7% más que en 2019. Además, hasta la semana 13 del año 2021, se han reportado 136 muertes maternas, lo que representa un aumento de 65.9% comparado con el anterior año. Al analizar las causas de estas muertes entre 2020 y 2021, se observa que muchas podrían haberse evitado, como las relacionadas con hemorragias y hipertensión. Sin embargo, también se han vinculado a la enfermedad por COVID-19, que se encontró como causa principal de mortandad materna (3)



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Exposición de la situación problemática

Las complicaciones que surgen durante el periodo inmediato después del parto representan una causa significativa de la mortalidad materna, lo que subraya la importancia de evaluarlas detalladamente para desarrollar estrategias preventivas y protocolos de atención clínica adecuados. (4), es crucial destacar que la mortalidad materna es un indicador clave del crecimiento de una nación. Si este indicador persiste y aumenta con el tiempo, muestra un preocupante desinterés por parte del Estado hacia su población, especialmente considerando que este suceso es altamente evitable. Asimismo, se enfatiza que en el contexto peruano, la principal causa de mortandad materna ocurre en el periodo de puerperio, debido a complicaciones que surgen en esta etapa. Entre las más comunes que llevan a esta trágica situación se encuentran las hemorragias puerperales, seguidas por infecciones, hipertensiones postparto y enfermedades psiquiátricas. Dentro de estas causas comunes, esta la hemorragia es la atonía uterina, representando el 82.4% de los casos (5). Las 3 mayormente comunes de mortandad materna en la región Puno son las enfermedades hipertensivas, las hemorragias y las infecciones puerperales. Deshidratación de la madre, grandes hemorragias, parto difícil y



prolongado, rotura prematura de membranas, mala higiene en las fases de los partos, puerperios son algunas de las condiciones que propician su incidencia. Hoy en día, los problemas posparto están bajo control. En el pasado, estas dificultades prevalecían y provocaban la muerte de muchas madres. Pero en la fase posparto todavía representa un riesgo real.(6)

Una herramienta clave para reducir la morbilidad y la muerte en pacientes con afecciones obstétricas complejas es el ingreso a unidades de cuidados críticos.

En el Hospital Carlos Monge Medrano, se atiende con relativa continuidad pacientes en trabajo de parto, de las cuales presentan complicaciones puerperales inmediato en las 24 horas primeras luego de el parto, ya sean atendidas por parto vaginal o parto abdominal o cesárea, razón a ello nace el interés de efectuar el estudio cuyo objetivo es determinar las complicaciones del puerperio inmediato y su correlación con los tipos de parto, por ser un problema de morbimortalidad materna en la población de estudio.

El resultado encontrado en la investigación nos permitirá conocer la realidad y con el cual ayudaremos a prevenir y controlar oportunamente las complicaciones de esta etapa del parto.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

PG.- ¿Cuáles son las complicaciones del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?



1.2.2. Problemas específicos

PE1. ¿Cuáles son las complicaciones hemorrágicas del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?

PE2. ¿Cuáles son las complicaciones Infecciones urinarias del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?

PE3. ¿Cuáles son las complicaciones de hipertensión arterial del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?

PE4. ¿Cuáles son las complicaciones de la edad reproductiva del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?

PE5. ¿Cuáles son las complicaciones del puerperio inmediato relacionado a la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?

1.3. Justificación de la investigación

A nivel teórico:

Contribuirá lo relacionado a las complicaciones inmediatas del puerperio y el tipo de parto, que estos aspectos que conlleva a un efecto adverso a la salud pública en la muestra en estudio, el resultado encontrado podrá ser utilizado como referencia para futuras investigaciones de este tema de gran importancia para la salud materna.



A nivel práctico:

El resultado encontrados servirá como fuente de importante información para el profesional del Hospital Carlos Monge Medrano, responsables del área de salud sexual y reproductiva, mediante estos métodos, será posible abordar las dificultades que enfrentan estas mujeres y, de tal forma, colaborar en disminución de mortandad materna.

A nivel metodológico:

El estudio es de tipo básico, el instrumento que se empleará será sometido a validación por parte de expertos para asegurar su confiabilidad, lo cual contribuirá a enriquecer el entendimiento de los profesionales interesados en investigar este problema común pero poco estudiado en nuestra área.

A nivel social:

Con el resultado encontrado se hará un aporte a la sociedad para prevenir y disminuir la complicación en el puerperio inmediato el ingreso de pacientes a UCI por complicaciones del puerperio inmediato y prevenir alteraciones del recién nacido, en las pacientes atendidas en el centro de Salud Juliaqueño.

1.4. Objetivo general

OG. Determinar las complicaciones del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

1.4.1. Objetivos específicos

OE1. Identificar las complicaciones hemorrágicas del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.



OE2. Describir las complicaciones de las Infecciones urinarias del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

OE3. Identificar las complicaciones de hipertensión arterial del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

OE4. Inferir las complicaciones de la edad reproductiva del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

OE5. Identificar la frecuencia de las complicaciones del puerperio inmediato relacionado a la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

1.6. Limitaciones de la investigación

1.6.1. Limitaciones

Entre las dificultades fundamentales era acceder y localizar a las puérperas inmediatas.

1.7. Hipótesis

1.7.1. Hipótesis general

HG. Las complicaciones del puerperio inmediato hemorragias, infecciones urinarias, hipertensión y edad reproductiva extrema se relación con la vía de parto vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

1.7.2. Hipótesis específicas



HE1. Las complicaciones hemorrágicas del puerperio inmediato: Atonía uterina, desgarros perineales, hematoma vaginal, desgarro cervical, retención de tejidos, rotura uterina se relacionan con la vía de parto vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

HE2. Las complicaciones de Infecciones urinarias de vías bajas del puerperio inmediato tienen relación con la vía de parto por vía vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

HE3. Las complicaciones de hipertensión arterial del puerperio inmediato: tipo de tensión arterial gestacional tiene relación con la vía de parto por vía vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

HE4. Las complicaciones del puerperio inmediato: edad reproductiva extremo > de 35 años tiene relación con la vía de parto vía vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

HE5. Las complicaciones del puerperio inmediato se relacionan a la vía parto vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.

1.8. Variables

1.8.1. Variable 1

Complicaciones del puerperio inmediato.

1.8.2. Variable 2

Vía de parto.

Operacionalización de variables

Ver el siguiente cuadro:



Operacionalización de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES
V1.- Complicaciones del puerperio inmediato	1.1 Hemorragias	Atonía uterina	Sobre distensión uterina Parto prolongado Fatiga uterina Multiparidad
		Desgarros perineales	Grado I Grado II Grado III Grado IV
		Hematoma vaginal	Próximo a la vulva Próximo a la vagina
		Desgarro cervical	Desgarro cervical único Desgarro cervical bilateral Desgarro cervical radiado
		Retención de tejidos placentarios	Retención adherida Placenta acreta Retención de restos Placenta retenida
		Rotura uterina	Cicatriz anterior de cesárea Cirugía uterina
	1.2. Infecciones Urinarias	Infección uterina de vías altas	Pielonefritis Nefritis
		Infección uterina de vías bajas	Bacteriuria asintomática Bacteriuria sintomática Cistitis
	1.3. Hipertensión arterial	Tipo de tensión arterial	Crónica Gestacional Preeclampsia Eclampsia
	1.4. Edad reproductiva extrema	Edad extrema	< de 19 años > a 35 años
V2.- Vía del parto	Tipo de vía del parto		Vía abdominal Vía vaginal



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacional

Sanabria Fromherz Z.E, Fernández Arenas C. mencionan acerca del puerperio cuya finalidad fue: Describir el puerperio complicado durante tres años en el hospital provincial de ginec obstetricia. Identificando las frecuencias y razones de la complicación del puerperio, así como también la vía de parto y la edad de las mujeres afectadas, considerando el tiempo de hospitalización después del parto y los reingresos. Metodología: Investigación prospectiva, descriptiva y observacional en mujeres que experimentaron alguna complicación durante el año de 2007 y 2009 en el centro de salud Ginec obstetricia de estudio. Se recopilaron los datos utilizando un formulario diseñado para tal fin, de describir las variables operacionales. Resultados: Se reportaron 3,05% de las complicaciones puerperales; la endometritis puerperal (16%) y la mastitis aguda (19%) fueron los problemas más comunes. El 64,5% de la complicación estuvieron asociadas por parto vaginal y el 66,3% implicaron una estancia hospitalaria de dos a siete días. Conclusiones: Se consiguió describir el período posparto, tomando en cuenta que las complicaciones son poco comunes, pero con un riesgo notable en adolescentes y mujeres de corta



edad. Las complicaciones mamarias fueron comunes, especialmente en pacientes que dieron a luz por parto vaginal, lo que resultó en estadías hospitalarias prolongadas. (7)

El Autor Páez J. D. en cuyo Objetivo Conocer el CP es de las herramientas y estrategias que permiten la orientación en el ante parto, intraparto y posparto según a las características de las poblaciones maternas, La metodología empleada: es descriptiva, los datos recolectados son de registros clínicos. Los Resultados: Se encontró un 3% de complicación puerperales, siendo el 91% en régimen contributivo y el 71,4% proveniente del área urbana. Los casos con uno y dos embarazos fueron más frecuentes (33%). El 24% presentaba trastornos hipertensivos. Entre los factores que complican comunes fueron cesárea previa realizando el parto por cesárea finalmente con edad superior de 35 años (10%). Entre la complicación común esta: hemorragia posparto (38%). Las conclusiones: Las complicaciones puerperales pueden variar de acuerdo la zona geográfica, el nivel económico, el grado de educación y las costumbres a nivel social, etc. Se identificó que la hemorragia posparto era la principal complicación. Un tratamiento adecuado y temprano durante el puerperio puede disminuir la frecuencia de complicaciones postparto. (8)

Encinosa Moreno G. en su título: Puerperio complicado, un reto clínico para pacientes con afecciones obstétricas complejas, el ingreso a unidades de cuidados intensivos es una herramienta crucial para reducir la morbilidad y la muerte. Metas: Determinar algunas variables que impactan la morbilidad severa durante el puerperación. Enfoque: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal de puérperas ingresadas entre 2011 y 2012 en la unidad de cuidados críticos multipropósito del



centro de salud de interés donde toda puérpera analizada constituyeron el universo de nuestra investigación. Los datos se compilaron utilizando métricas descriptivas como media aritmética (\bar{x}), porcentaje (%) y frecuencias absolutas y acumuladas. Se examinaron los siguientes factores: motivos de las histerectomías realizadas, edades, motivos de ingreso, problemas críticos multifuncional. Resultados: Amplio rango de edades: más de un tercio de los ingresos provinieron de personas mayores y adolescentes. Las cesáreas fueron causadas principalmente por puerperios complicados. Las hemorragias y la sepsis obstétrica fueron las dos morbilidades más comunes observadas. Los problemas hemorrágicos fueron el principal resultado luego del ingreso a unidad de cuidados intensivos multifuncional. La hemorragia, el acretismo placentario, el absceso tubárico, la atonía uterina y el absceso por histerorrafia fueron las principales causas de histerectomía. Conclusiones: Hubo una fuerte correlación entre la sepsis obstétrica y las cesáreas. La sepsis y hemorragia fueron las dos causas de muerte (9).

2.1.2. Nacional

El autor Blas P. A. E. en su título cuyo objetivo es evaluar las problemáticas que vivieron madres de distintas edades durante el embarazo, puerperio mientras recibían atención en el Establecimiento de Salud de estudio. Materiales y Procedimientos: investigación transversal, cuantitativa, descriptiva y retrospectiva. Asistieron 191 madres, incluidas 84 madres ancianas y 107 madres adolescentes. Se empleó un formulario de recolección de datos. Resultados: 86,9% de las madres adolescentes y 61,9% de las madres adultas mayores tenían nivel de educación secundaria; la convivencia fue el estado civil de la madre adolescente y el 67,9% de madres mayores; El 60,7% de las adolescentes y el 58,1% de las madres



ancianas dieron menos de seis apn. Anemia (74,7%) e infecciones urinarias (36,3%), peligro de aborto (17%) y preeclampsia (286,6%); distocia de presentación (11-14%) ; rotura prematura de membranas (35%); desproporción cefalopélvica (14-17%); parto precipitado (30%), desgarros perineales (28%) la vía abdominal (42-53%) hemorragia posparto (27-29%) la infección puerperal (5-12%) fueron las complicaciones más comunes entre las madres adolescentes y las madres ancianas, respectivamente. En conclusión, las mamás adolescentes y mayores tienen problemas relacionados con el embarazo que incluyen anemia, rotura temprana de membranas en el parto y hemorragia luego del parto durante el puerperio. (10)

Mocarro C. S. C. en su estudio cuya finalidad es encontrar los factores de riesgos de hemorragia posparto 2017 en el establecimiento de salud de interés. Materiales y procedimientos: investigación cuantitativa que utilizó una muestra de 169 feminas con un diseño observacional, no experimental. El resultado de los datos sociodemográficos reveló que la edad promedio era 75,1%, la convivencia era 75,1% y la educación secundaria era 56,8%. Antes del parto, los factores incluyeron antecedentes de anemia, obesidad, multiparidad y una cesárea previa Aunque el uso de medicamentos y el parto precipitado, el bajos pesos de nacimiento y las distocias contráctiles son los factores durante el parto. Conclusiones: bajos pesos de nacimiento, parto prematuro, distocias contráctiles, convivencia con secundarios, anemia, gordura y multiparidad se presenta como factor previo al parto, la edad promedio fue joven y el uso de drogas fueron factores. riesgo que implica dar la entrega. (11)



Galván Buleje, J.C. en su título donde la finalidad fue Identificar la complicación en el período posparto inmediato en mujeres en edad reproductiva extrema en el centro de salud. El embarazo en féminas con edad de 35 años conlleva riesgos maternos y perinatales, considerándose de elevados riesgos obstétricos, similar a féminas con edad menor a 19 años, quienes también están en grupos de riesgo debido a su edad extrema. La OMS reporta 830 muertes diarias de puérperas por causas prevenibles, subrayando la importancia de proporcionar un manejo adecuado para reducir las complicaciones posparto. Comparado entre otras edades, las jóvenes afrontan mayores riesgos de mortandad debido al embarazo. Los cambios culturales, económicos y sociales actuales han resultado en un aumento en los nacimientos de mujeres de edad materna avanzada, con 4300 nacimientos en el rango de años de 35 a 40, y de 1222 en año mayor a 40 según registros del Instituto Nacional Materno Perinatal en 2016. Las féminas de años de 35 y 39 presenta mayores índices de mortandad materna según informes del Perú en 2013, atribuible a la demora en el embarazo, que no solo conlleva complicaciones obstétricas sino también riesgos que pueden poner en peligro la vida de las mujeres. Las principales causas de mortandad obstétrica en todo el mundo se deben a una complicación posparto, además destaca la necesidad de supervisión y control. En el Perú, alrededor del 63,8% de las complicaciones posparto se atribuyen a infecciones, incluyendo las del tracto urinario, seguidas por hemorragia posparto con un 36%, siendo la atonía uterina la causa común. Esta complicación contribuyen a una condición desfavorable para la madre, lo que impacta negativamente en las familias y las sociedades. (12).



2.1.3. Local

Aguirre Mamani, Y. H. Apaza, Y. en su título, el propósito fue identificar los agentes de riesgos obstétrico asociados a las hemorragias posparto en mujeres atendidas inmediatamente después del parto en el CS de estudio en 2021. Se llevó utilizando una muestra representativa de 229 mujeres en esta etapa del posparto. Se empleo un instrumento empleado para recopilar información y fue una ficha validada por tres expertos, quienes evaluaron tanto el formato A como el formato B para garantizar la validación de este. Los resultados revelaron que los agentes de riesgos obstétrico están significativamente coasociados con hemorragia posparto en mujeres en el posparto inmediato, con un valor de p de 0.000, lo que es menor que 0.05. finalmente aceptando la hipótesis alternativa. (13)

Mamani Castillo R.H, Machaca Calla Sh. M en su título: cuyo propósito fue la Identificación de la principal hemorragia obstétrica en pacientes atendidas en el Centro de Salud de estudio. La metodología que se ha empleado es el método científico, asimismo es descriptiva, observacional y elaborando por medio de cuadros estadísticos. La población de estudio se encuentra compuesta por aproximadamente 120 casos, mientras que se tiene muestra de 91. Se utilizó la técnica el formulario de recolección de informacion validado. Se concluyó que las características de pacientes son el 50% (46) tuvieron más o igual a 6 controles prenatales (14)

Cabana Choquehuayta, L. B. en su estudio. Cuya finalidad: fue la determinación de complicación en el puerperio inmediato en pacientes del Establecimiento de Salud Juliaqueño. El método empleado es no experimental, correlacional Como población se tuvieron 619 casos mientras que la muestra es de 149. Los resultados indican que se encontraron los factores como: parto por cesárea 51%, complicación en el embarazo 43%, en el parto 36%, fetal 5% y que se encuentran asociadas en el puerperio inmediato. Conclusión. Se identificó que



la anemia después del parto y las hemorragias tempranas en el período posparto fueron las complicaciones observadas de manera inmediata, y están vinculadas con factores obstétricos y maternos desfavorables. Esto respalda parcialmente la hipótesis planteada. (15).



2.2. MARCO TEORICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO

2.2.1 Puerperio

La etimología de "puerperio" proviene del latín, donde "puer" significa niño y "parus" significa resultado. Actualmente, este término se refiere al periodo luego de el parto donde esta el cambio anatómico y fisiológico en el cuerpo de la madre, ocasionados del embarazo, retornan a su estado no gestacional. Aunque su duración puede ser imprecisa, generalmente se considera que abarca entre 4 y 6 semanas. Pese a menor complejidad, implica cambios notables, tal como se mencionó anteriormente. (16)

Regresión del Canal del Parto: La vuelta del tejido en el canal del parto a su estado no gestacional empieza en instante luego de el parto. La vagina y su apertura se reducen progresivamente en dimensión, aunque raramente vuelven a sus dimensiones originales en mujeres que nunca han dado a luz. La textura rugosa empieza a mostrar alrededor de la 3 semana, aunque siendo menos sobresaliente que anteriormente.

Útero: La hipertrofia y reestructuración de vasos sanguíneos son responsables del incremento de flujos sanguíneos uterinos necesarios para el embarazo. En la fase de el parto, el calibre del útero reduce gradualmente hasta alcanzar una aproximación del tamaño pregestacional. Dentro del útero posparto, el vaso sanguíneo grande se cierran debido a un cambio hialino. Con el tiempo, estos vasos es reabsorbido y sustituidos por unos mayormente diminutos. Empero, los restos de los vasos persisten varios años. Según estimación, el útero tiene un peso alrededor de quinientos gramos en la semana luego de el parto, aproximadamente trescientos gramos a las dos semanas mientras que a cuatro



semanas, la regresión esta completado pesando el útero unos cien gramos. Luego del parto posterior, el útero tiende a crecer comparado con el embarazo más nuevo.

Secreción de loquios: En el comienzo del período posparto, los desprendimientos de tejidos deciduales conduce a unas secreciones, conocida como loquios. Esta secreción contiene glóbulos rojos, tejido decidual desprendido, de célula epitelial y alguna bacteria. En el primero día luego de el parto, la cantidad de sangre presente tiñe los loquios de color rojo, denominados loquios rojos. Luego de 3 días y/o 4 días, los loquios cambian gradualmente a un color más claro, serosos. Cerca del día diez, a causa de las mezclas de glóbulos blancos y menor contenidos de líquidos, estos loquios adquieren un tono blanquesino o amarillo pálido, llamados alba. El tiempo de esta secreción aproximadamente es de 24 días y/o 36 días. Dado de estos componentes esperados de glóbulos blancos, las muestras de loquios preparadas en solución salina para sus evaluaciones microscópicas en suposición de metritis suelen ser poco recomendables.

Regresión del sitio placentario: La expulsión de esto puede tardar hasta las seis semanas. Inmediatamente luego de el parto, el tamaño que tiene es aproximadamente como una mano. En las primeras horas después de expulsión, suele contener vasos sanguíneos que con el tiempo se juntan. Para el final de la semana dos, su diámetro se reduce a aproximadamente 3 a 4 cm.

Retardo en la involución: En ciertos casos, el proceso de regresión del útero puede ser obstaculizado por infecciones, retenciones en la placenta, etc.. Este retardo en la involución se manifiesta con la presencia de períodos prolongados de loquios, también los sangrados uterinos irregulares y/o excesivos. En exámenes, se puede observar que el útero ha crecido o se volvió blando segun esperado. En



casos de sangrado, la ecografía pélvica puede ser útil para descartar la retención placentaria u otras fuentes de sangrado, como malformaciones vasculares. La administración oral de metilergonovina (Methergine), en dosis de 0.2 mg cada 3 a 4 horas durante 24 a 48 horas, es recomendada por muchos expertos, aunque su eficacia es objeto de debate. En presencia de una infección, el tratamiento antimicrobiano generalmente produce una respuesta satisfactoria. En estudios previos, se ha informado que aproximadamente el 30% de casos de metritis están causados por la *Chlamydia trachomatis*. En el caso de infecciones leves, el tratamiento empírico con azitromicina o doxiciclina suele ser efectivo, independientemente de la bacteria causante. En nuestra institución, las opciones comunes de tratamiento oral durante siete a diez días incluyen doxiciclina, azitromicina, o ampicilina-clavulanato. En casos de metritis de mayor gravedad, se prefiere el tratamiento con antibióticos administrados por vía intravenosa.

La regresión de el sitio placentaria es un desarrollo de eliminación que se debe en gran medida de debilitación del área implantado debido a proliferación del endometrio. Por lo tanto, la regresión no se limita simplemente a la absorción local. Este proceso implica tanto extensión del endometrio se refiere al fenómeno de su "crecimiento a abajo" de los bordes del área placentaria, también del crecimiento de tejidos endometriales a partir de la glándula y estromas que quedan en la decidua basal luego de separarse de la placenta. Se ha concluido que la eliminación del sitio placentario ocurre mediante la eliminación del tejido superficial infartado y necrótico, seguida de una fase de reconstrucción.

En ciertos ocasiones, la regresión uterina puede ser dificultada por infecciones, retenciones de algún fragmento en la placenta, etc.. Este fenómeno,



conocido como subinvolución, se caracteriza por la presencia de períodos variables de loquios, como también los sangrados uterinos irregulares o excesivos en los exámenes, el útero puede presentar un tamaño y una consistencia mayores de lo esperado. En casos de sangrado, la ecografía pélvica puede ser útil para descartar la retención placentaria o, en raras ocasiones, malformaciones vasculares como la fuente del problema. A menudo, es recomendable el empleo de metilergonovina (Methergine), aunque su eficacia puede ser cuestionable. En caso de infección, la terapia antimicrobiana generalmente produce una respuesta satisfactoria. Se ha informado que aproximadamente son causados por infecciones leves, el tratamiento empírico con azitromicina o doxiciclina suele ser efectivo, independientemente de la bacteria causante. En nuestra institución, las opciones comunes de tratamiento oral durante algunos días administrados por vía intravenosa.

El sangrado posparto tardío: Se define como hemorragia posparto secundaria aquella que ocurren en veinticuatro horas y doce semanas luego al parto. Este tipo de hemorragia, aunque poco común, puede ser clínicamente preocupante, ya que se desarrolla en aproximadamente el 1% de las mujeres dentro de 1 a 2 semanas luego de el parto. Siendo causa común de la de este sangrado es una regresión anormal del sitio placentario, que puede deberse en las retenciones fragmentarios en la placenta o a la formación de un pseudoaneurisma en la arteria uterina. En algunos casos, el fragmento pueden sufrir necrosis con la deposición de fibrinas, eventualmente dando lugar a la formación de lo que se conoce como pólipo placentario. Cuando este pólipo se desprende del miometrio, puede provocar hemorragias intensas. Además de las causas mencionadas, la



hemorragia posparto tardía también puede ser resultado de trastorno de las coagulaciones hereditarias. En tales casos, se ha observado que solo unas pocas mujeres con este tipo de hemorragia retienen fragmentos placentarios, por lo que el legrado no suele ser necesario de forma rutinaria. Sin embargo, existe la preocupación de que los legrados pueda agravar los sangrados al eliminar de lo implantado. Por lo tanto, en pacientes estables, si la ecografía expone la cavidad uterina, administrando oxitocinas, metilergonovinas, prostaglandinas, junto con un antimicrobiano. Si la ecografía revela grandes coágulos, se puede considerar legrados suave por succión. En forma contraria, se realiza por su persistencia o reaparece un sangrado significativo después del tratamiento médico.

2.2.2. Hemorragias

Es referido a la cantidad de pérdida de sangre que sobrepasa los quinientos ml durante el parto vaginal y sobrepasando los mil ml en los partos por cesárea es la definición tradicional de hemorragia posparto o HPP. Es apropiado describirla como una hemorragia de magnitud que causa compromiso hemodinámico en el paciente, ya que es difícil determinar el volumen de sangre perdido durante estos procedimientos y generalmente se sobreestima.

Clasificación

Primaria: Son las primeras veinticuatro horas después del parto. La inercia uterina es la causa de aproximadamente el 70% de la HPP que ocurre inmediatamente después del parto.



Secundaria: Se lleva a cabo desde un día después del parto hasta seis semanas después. Los que aparecen después de seis semanas están relacionados con enfermedades, restos de productos concebidos o ambas cosas. (17)

Las cuatro "T" son una mnemónica fácil de recordar: Trauma (daño al canal genital), Tejido, Tono (atonía uterina) y Trombina (trastornos por coagulación).

2.2.3. Atonía uterina

Dado que entre el 80.0% y el 90.0% sobre casos de HPP son causados por ella, siendo común. Los factores de riesgos incluyen cansancio muscular por parto extremadamente largo y rápido, multiparidad, distensión uterina por muchas gestaciones, PROM, entre otros. Por ello es importante tener presente la premisa:

Donde el útero se encuentra vacío y contraído por ello no sangra.

- Retención de tejido placentario y/o presencia de coágulos: la primera media hora después del nacimiento es cuando se expulsa la placenta. De lo contrario, podría tratarse de una placenta adherida como resultado de una implantación irregular, como una misma. Aunque es poco común (1/2.500 nacimientos), recientemente se ha observado que el acretismo placentario es más común. A medida que se incrementa las cicatrices uterinas, también aumenta el peligro. Se debe realizar una resonancia magnética para retirar la posibilidad de placenta percreta, que está relacionada con la presencia de placenta, si hay dudas con respecto a la ubicación de la placenta incluso con control ecográfico.



- Desgarro y/o laceración: Otra causa muy común de HPP. Normalmente se presentan como hemorragia vaginal activa, común en partos con uso de instrumentos o episiotomía que debe repararse por medio de suturas. En ocasiones pueden aparecer como hematoma. Si la mujer presenta dolores se debe suponer los hematomas y se debe monitorear.
- La rotura uterina, definida como la pérdida de parte de la pared uterina, suele estar relacionada con cirugías uterinas previas, especialmente cesáreas. Otros factores incluyen partos traumáticos y estimulación uterina excesiva. La dehiscencia uterina, que implica la separación de la capa miometrial sobre una cicatriz uterina previa, rara vez causa HPP significativa.
- La inversión uterina, de complicación rara, puede ocurrir debido a una tracción excesiva del cordón umbilical o una maniobra de Credé excesiva, especialmente en casos de acretismo placentario o alumbramiento natural. Las alteraciones, tanto congénitas como conseguidas en el embarazo, también pueden contribuir a la HPP.

Las alteraciones en la coagulación durante el embarazo pueden ser congénitas o adquiridas, y contribuyen a las complicaciones de la hemorragia postparto (HPP). Entre las coagulopatías congénitas se incluyen algunas. Por otro lado, las coagulopatías conseguidas durante el embarazo puede manifestarse como preeclampsia seria, entre otras.

Asimismo de las identificadas, existen otros como la edad mayor de la madre, la presencia de miomatosis y antecedentes previos de HPP durante un embarazo anterior. Es crucial reconocer si la mujer tiene uno de este factor de



riesgos para prevenir la HPP, aunque es importante destacar que hasta 2 terceras partes de los casos que ocurre en mujeres.

Diagnóstico

- En caso de hemorragia postparto suele ser principalmente clínico, con la presencia de una gran pérdida de sangre tanto anteriormente como posteriormente del parto. Es esencial no solo cuantificar la cantidad de sangrado, como se mencionó anteriormente, sino también evaluar cómo afecta esto a la paciente. Para este propósito, se puede considerar los puntos de referencia:
- Signos: La presión arterial sistólica. De 100-80 mmHg indica una afectación hemodinámica leve, de 80-70 mmHg es moderada, y de 70-50 mmHg se considera grave.
- Síntomas: Indican la presencia de hemorragia.
- Leves: incluyen debilidad, sudoración y taquicardia.
- Moderados: se observa palidez y oliguria.
- Graves: pueden incluir shock, falla renal con ausencia de producción de orina (anuria), dificultad respiratoria.

Manejo inicial de la HPP

Es esencial la acción de forma y progresiva frente a la HPP. Se recomienda tener medidas establecidas para estos casos y así poder actuar o tener maniobra de forma efectiva debido a la finalidad de reducir o minimizar la demora en la implementación de medidas adicionales. Además, de no lograr el control de las



hemorragias se deben emplear las técnicas estándar, se debe coordinar la ayuda de un equipo multidisciplinario que incluya enfermeras, anestesistas y obstetras.

La prioridad inicial debe ser mantener o restaurar la estabilidad del paciente. Por eso, se debe iniciar una terapia fluida agresiva con solución salina o Ringer Lactato en una proporción de 3:1. Por lo común, se considera la transfusión sanguínea cuando se ha perdido entre un litro y/o dos litros de sangre. En estas situaciones, se debe administrar una cantidad mayor a cinco del concentrado de glóbulos rojos, se tiene que añadir plasma fresco que permite contrarrestar efectos de coagulopatía. Asimismo, se deben administrar del concentrado de plaquetas. Cada concentrado de glóbulos rojos aumenta el hematocrito en un tres por ciento, y un concentrado de plaqueta que incrementan el recuento en 30,000 plaquetas por microlitro.

Durante este período, es crucial vigilar constantemente las funciones vitales y realizar análisis de sangre cada media hora. Se considerará interrumpir la transfusión cuando la hemoglobina alcance un nivel superior a 8 gramos por decilitro (con un hematocrito superior al 21%), cuando el recuento de plaquetas supere los cincuenta mil o cuando los tiempos de coagulación sean menos de uno punto cinco veces los valores de referencia. Si la saturación de oxígeno no se mantiene por encima del 92%, se debe administrar oxigenoterapia con una mascarilla.

Al mismo tiempo, se debe colocar una sonda urinaria y de finalidad de ayudar a la contracción uterina mediante el vaciado de la vejiga, preparando al paciente para una posible intervención quirúrgica y controlando la producción de orina. Considerando un apto volumen de orina superior a 30 mililitros por hora.



Junto con la mejoría cardiovascular, es esencial investigar y determinar la fuente de la hemorragia para poner los tratamientos adecuado. Es importante distinguir entre una hemorragia de la etapa tres del parto y una hemorragia postparto precoz genuina para poder abordarla de manera efectiva.

Las hemorragias postparto durante la etapa tres de el parto, antes de la evacuación de placenta, son poco comunes. En estos casos, se debe proceder a extraer la placenta mediante una tracción suave y sostenida del cordón umbilical. Cuando la placenta no se expulsa en siguientes 30 minutos luego de el parto, se debe considerar la posibilidad de una placenta retenida. De forma primera este escenario, se realiza y explora manualmente el útero, esto implica introducir la mano enguantada, mientras se controla el fondo uterino con la otra mano. Luego se continua con el cordón umbilical hasta su reinserción identificando los bordes inferiores y separarla por medio de las técnicas conocidas para este caso. Una vez que se quito completamente, se realiza la tracción de la membrana hasta afuera y se masajea el fondo uterino con movimientos rotacionales. Si esto no resulta suficiente y quedan restos intracavitarios, se puede considerar un legrado. Dado el peligro de perforación del útero, especialmente cuando está dilatado y blando después del parto, se deben utilizar legras de gran tamaño (como la legra de Pinard), preferiblemente bajo control ecográfico si es posible.

Luego de la evacuación de la placenta, se tiene que ser examinada de forma cuidadosa y verificar su composición. Asimismo si se tiene anomalías en la placenta, como el acretismo, es posible de ser difícil la extracción de la placenta sin lastimar el útero, lo que podría provocar daño severo. En estas situaciones, la sangre se puede controlar con medicamentos, es preferente dejar la placenta en la



cavidad uterina. En muchos casos, y dependiendo del grado de acretismo, puede ser necesario realizar una histerectomía.

En caso de ocurrir de inversión uterina, se debe detener la infusión de fármacos de tipo uterotónica. Entonces si el intento de reposicionamiento manual resulta infructuoso, se deben administrar sustancias para relajar el útero y volver a intentarlo. La nitroglicerina es la opción preferida (50-500 μg iv), aunque también se pueden usar terbutalina, también sulfato de magnesio. Si no se tienen éxito, se debe realizar la reposición quirúrgica, siendo la técnica de Huntington la más comúnmente empleada. Colaborante con el especialista en anestesia es crucial para lograr una relajación completa del útero, preferentemente emplear la anestesia general con gases, que también son efectivos para relajar el útero. Después de resolver la inversión, se administra oxitocina para la inducción la contracción del útero y prevenir la reinversión

Si la inversión uterina ocurre con la placenta aún dentro del útero, es preferente mantenerla esperando su expulsión espontánea después de reposicionar el útero, ya que su extracción previa solo aumentaría la pérdida de sangre y podría interferir con las maniobras de restauración.

La verdadera hemorragia postparto (HPP) se reconoce en el parto ya ha ocurrido. Tales situaciones, son causa de lomas común es la atonía uterina. Por ello su corrección primero se realizan los masajes manuales así para evacuar el coágulo. Al mismo tiempo, se administra fármacos uterotónicos progresivamente por vía intravenosa:



Oxitocina de vía intramuscular. Es el tratamiento de primer intención actualmente. Metilergonovina vía intramuscular o intravenoso cada cinco minutos (máximo cinco suministraciones). Está contraindicado en casos de hipertensión arterial. Se suele utilizar como complemento de oxitocina. PG F2 alfa vía intramuscular cada quince minutos (máximo ocho suministraciones). Está contraindicado en casos de asma, enfermedad hepática o cardíaca. PG E1 vía oral/rectal. La suministración habitual es de cuatro comprimidos vía rectal, para lograr una adsorción más rápida. Una utilidad se pueden brindar a personas que poseen asma o hipertensión arterial. Carbetocina por vía intravenosa en una dosis sola.

Es un medicamento sintético similar a la oxitocina, pero con una vida media más extendida, de forma reciente se ha introducido en el mercado español. Su se extiende por más de una hora, este fármaco es metabolizado en el hígado. Está contraindicado en situaciones de insuficiencia hepática, epilepsia, eclampsia/preeclampsia y trastornos cardiovasculares graves. Equivale a la administración de 50 UI de oxitocina y tiene un perfil de seguridad comparable, con la ventaja de un menor riesgo de pérdida sanguínea superior a 200 ml y una menor necesidad de masaje uterino y administración adicional de oxitocina. No se aconseja su uso simultáneo con prostaglandinas ni con oxitocina. No se han registrado interacciones con fármacos anestésicos empleados en anestesia epidural o raquídea. En caso de una dosis excesiva, puede causar hipertensión, tetania y ruptura uterina, así como hiponatremia, que puede derivar en una intoxicación acuosa con síntomas como somnolencia, cefalea, convulsiones y



coma. El tratamiento implica la administración de oxígeno, la regulación del equilibrio hidroelectrolítico y la administración de anticonvulsivantes si es necesario.

Si la HPP no cede después de aplicar masaje y administrar uterotónicos, y se han descartado entre otras posibles de causa distinta de la atonía, además será necesario de operaciones más riesgosas.

Como primer medida en caso de hemorragia postparto persistente es el taponamiento uterino. Se encuentran dispositivos diseñados para la finalidad requerida de este caso, aunque en ausencia de este, se puede recurrir a una sonda-balón de SB. Estos dispositivos funcionan mediante compresión una vez insertados de forma correcta por medio de el canal cervical y llenados con aproximadamente 500 ml de suero salino. También cuentan con orificios para el drenaje del sangrado. Aunque actualmente este procedimiento se utiliza con menos frecuencia y más como una medida temporal mientras se aguarda para cirugía para una solución definitiva y detención de hemorragia, en casos alcanza ser efectivo, evitando así la necesidad de la quirúrgica, asimismo estos dispositivos necesitan quitarse después de 24 horas.

Luego viene la embolización arterial por medio de cateterismo realizado por radiología. Durante este procedimiento, se inserta un catéter, siendo la finalidad de reduccion temporalmente, pero no permanentemente, del flujo de sangre, permitiendo el actuar del mecanismo fisiológico para la coagulación. A pesar de que este procedimiento está limitado por su disponibilidad, cuando es realizado por un grupo especializado, la eficiencia es del setenta porciento hasta en un cien por ciento, con la ventaja adicional de conservar la capacidad reproductiva. (18)

Así mismo se tiene el parto prolongado se caracteriza por una anormalidad fetal y/o las dilataciones cervicales. El diagnóstico basado en evaluaciones clínicas, y el tratamiento puede incluir el uso de oxitocina para estimular las contracciones uterinas, la realización de un parto vaginal asistido mediante instrumentación o, en casos más graves o complicados, la realización de una cesárea. (19)

Múltipara: Referido a una mujer que ha tenido múltiples partos. (20)

La ruptura prematura de las membranas se refiere al quiebre de las membranas amnióticas antes del comienzo del trabajo de parto, pudiendo suceder tanto antes como después de las 37 semanas de embarazo. Este evento es común en una proporción considerable de embarazos y representa una de las principales causas de mortalidad materno-neonatal y partos prematuros. Aunque su origen específico no se comprende completamente, se relaciona con diversos factores de riesgos. Así mismo el diagnóstico está basado primordialmente en la observación de salida del líquido amniótico del cérvix, y en caso de dudas se pueden emplear pruebas diagnósticas adicionales. La manipulación de la rotura de membranas depende principalmente de la edad gestacional del feto y de la viabilidad del mismo. (21)

Traumatismos Obstétricos:

Entendemos como la lesión que se producen en el proceso de parto, las cuales puede estar ocasionadas por acciones excesivas que resultan en hemorragia, ruptura de tejidos en el recién nacido. Estas complicaciones pueden surgir incluso con un obstetra adecuado. Durante el parto, tanto el feto como la madre están expuestos a posibles de trauma obstétrico. La incidencia de estos



traumas es menos en partos simples en comparación con otros tipos de parto. Las lesiones resultantes del trauma pueden variar desde requerir una simplemente una observación y necesitar un tratado de emergencia. (22)

2.2.4. Desgarros perineales

2.2.4.1. Desgarros vulvoperineales

Durante el parto, las laceraciones pueden ocurrir como desgarros en el perineo, así como lesiones en la vagina. Las laceraciones se dividen en diferentes grados:

1: Esta lesión afecta la horquilla, la piel y la vagina, sin involucrar el musculo.

2: Lesión en la piel y la mucosa, incluyen el musculo, el bulbo cavernoso y el transverso superficial.

3: Esta categoría se refiere a las laceraciones también las originadas en el grado 2, asimismo afectan al esfínter anal.

4: Estas laceraciones comprometen la mucosa vaginal, el músculo y la mucosa rectal.

2.2.5. Hematoma vaginal

Los hematomas se caracterizan por la presencia de sangrado dentro de la vulva, específicamente en el sector de los labios, con un tamaño que puede variar entre 10 y 15 cm. Se manifiestan con dolor en la región afectada y adquieren un tono amoratado. Además, pueden presentar hinchazón y sangrado evidente. (23)

2.2.6. Desgarro cervical

Se refiere a rupturas en el cuello del útero que pueden tener diferentes extensiones. Es común que ocurran pequeñas rupturas en cada parto, lo que contribuye a la abertura cervical externa para no recuperarse completamente su forma, en mujeres que han dado a luz previamente las hemorragias son primordialmente el síntoma, y su intensidad varía con dependencia a longitud de la ruptura y la dimensión del vaso sanguíneo afectado. Estos desgarros pueden clasificarse en desgarros cervicales únicos, bilaterales o radiados. (24)

2.2.7. Retención de tejidos placentarios

Se denomina a la presencia de restos placentarios luego del alumbramiento, la evidencia del sangrado posparto, sangrado mayor a 500 ml y la revisión de una placenta incompleta confirman el diagnóstico, en la revisión de la placenta, comprobar la integridad del disco placentario o de las membranas ovulares, si se encuentra incompleta es necesario revisar la cavidad uterina. (25)

Puede ocurrir debido a una adherencia en cierta parte o en toda de la placenta a la pared uterina en casos en los que no hay una capa de decidua interpuesta entre la placenta y el miometrio, siendo un plano para separar de forma natural de ambos tejidos. (26)

La inercia uterina, que se caracteriza por la falta de contracciones uterinas efectivas, puede impedir el desprendimiento normal de la placenta. Durante el trimestre 3 de embarazo, el útero grávido gana desde un veinte por ciento de gasto cardíaco, significa que la sangre debido a la inercia uterina puede poner en peligro a la mujer. La distensión excesiva del útero puede llevar a una capacidad contráctil muscular deficiente.



La inserción anómala de la placenta en lugares inadecuados puede resultar en una adherencia anormal de la placenta a los tejidos maternos, un fenómeno conocido como placenta acreta. Esto está relacionado con un incremento, como en el caso de miomas o malformaciones uterinas. Una propiedad de la complicación, en los distintos niveles, viene siendo las deficiencias en la formación de la membrana, lo que facilita la penetración excesiva de las vellosidades coriónicas en los tejidos maternos. (27)

La retención total de la placenta se clasifica en dos categorías principales: la inercia uterina y los anillos de contracción.

Inercia Uterina: Este tipo de retención ocurre debido a la insuficiencia de la contractilidad uterina, lo que puede ser causado por diferentes factores: La inercia durante el parto puede ser el resultado del agotamiento del útero después de un período prolongado de trabajo de parto para expulsar al feto. Esto puede ser debido a la fatiga muscular después de un parto prolongado o difícil, a una pérdida de sangre interna que debilita la estructura del útero.

Rotura prematura de membranas: En ciertos casos, la inercia uterina puede ser ocasionado por la ruptura temprana de las membranas, lo que resulta en unas actividades contráctiles inadecuadas para liberar o expulsar la placenta.

Anillos de Contracción: Estos se deben a la contracción de una región circular del útero, que puede afectar un cuerno, el anillo de Bandl o el segmento de baja parte. Aunque la causa no es conocida en la mayor parte de los casos, en ocasiones puede ser el resultado de inadecuadas aceleraciones, desprendimientos



de la placenta, causada por masajes intempestivos o la administración de fármacos.

(27)

Las distocias anatómicas consideradas por adherencias anormales en la placenta como el resultado de una implantaciones sobre deciduas basales defectuosas o ausentes. En este caso, las vellosidades coriales de la placenta crecen y se ponen en contacto directo con la pared muscular del útero. Esto puede provocar una adherencia anormal de la placenta a los tejidos uterinos, incrementando el peligro en las complicaciones del alumbramiento.

La adherencia anormal de la placenta puede clasificarse en tres tipos principales:

- Placenta acreta: Este tipo representa aproximadamente el 80.00% de sucesos. En la placenta acreta, la vellosidad corial están firmemente adheridas al miometrio (la capa muscular del útero), pero no penetran en él.
- Placenta íncreta: Representa alrededor del 15.00% de los casos. En este caso, la vellosidad corial se introduce en el miometrio, donde no pueden atravesar por completo.
- Placenta pércreta: Menos común, ocurre cuando la vellosidad corial traspasan completamente el miometrio y alcanzan la serosa peritoneal, la membrana que recubre la cavidad abdominal. En ocasiones, la placenta pércreta pudiendo la penetración en órganos cercanos, lo que puede resultar en complicaciones graves. (28)

Los factores que predisponen a la retención de la placenta incluyen la multiparidad, cesárea anterior, entre otros, esto implica los siguientes pasos:



Evacuación vesical: Se debe vaciar la vejiga para permitir una mejor evaluación y manipulación del útero.

Tacto vaginal: Se realiza para conocer la localización de la placenta y buscar el origen de los desprendimientos.

Extracción de la placenta: Si se encuentra desprendida, se procede a extraerla realizando y utilizando la técnica de Brandt-Andrews.

Administración de oxitocina: Si la placenta no se desprende y no hay signos de desprendimiento, se administra oxitocina por medio de vena umbilical la cual permite favorecer la contracción uterina.

Sospecha de acretismo placentario: Si no se encuentra desprendimientos y no hay sangrado, se debe sospechar de acretismo placentario para luego trasladar de forma inmediata donde se tenga facilidades para su intervención y/o atención, así mismo instalando una doble vía endovenosa. (29)

La extracción manual de la placenta es una intervención de emergencia llevada a cabo por profesionales de la salud para controlar la hemorragia durante el parto ocasionada por retención de placenta, con el fin de prevenir la mortalidad materna. Las indicaciones para este procedimiento incluyen la retención durante unos treinta minutos después del parto, o durante más de quince minutos después del parto en el contexto de un manejo en el parto. Las medidas de contraindicación son el acretismo y la incapacidad para realizar el procedimiento.

Los requisitos para llevar a cabo la extracción manual incluyen el consenso con la mujer, la revisión del registro clínico, y analizando el laboratorio de lo que incluye. Además, se necesita una vía permeable con un catéter N°18 y la presencia



de un profesional capacitado, siendo estos los recursos y materiales necesarios que se incluyen. (29)

Procedimiento: Se colocan las vías endovenosas, una con solución de cloruro de sodio uno con oxitocina y la otra sin oxitocina, se administra un antibiótico profiláctico como medida preventiva, se aplican medidas de seguridad necesarias, se realiza la evacuación de la vejiga para facilitar el manejo del útero, se realiza un masaje suave del útero para promover la contracción, se lleva a cabo un tacto vaginal para evaluar la posición de la placenta, se intenta extraer la placenta utilizando la maniobra de Brandt Andrews, se administra sedoanalgesia para el confort de la paciente, se colocan guantes estériles para mantener la asepsia, se verifica manualmente la posición de la placenta en la vagina, se procede a traccionar del cordón umbilical y deslizar la mano hacia la cavidad, si se encuentra en cierta parte cerrado, se utiliza la otra mano para dilatarlo, se separa delicadamente la placenta de la pared uterina mediante movimientos suaves de lado a lado. Una vez separada, se estimula la contracción uterina y se extrae cuidadosamente la placenta, seguida de las membranas, se realiza un masaje uterino combinado interno y externo, se aumenta la infusión de oxitocina en la solución de cloruro de sodio, se examina la placenta y, si está incompleta, se procede al legrado uterino, se registra los datos, incluyendo estimaciones de la cantidad de sangre perdida, se monitorea a la mujer, se continúa con la administración de antibióticos. En caso de persistir la retención de placenta, se considera el posibilitamiento de acretismo y se podría optar por un tratamiento quirúrgico. (29)



2.2.8. Rotura uterina

La ruptura completa o parcial del útero es una lesión en la pared uterina que suele ocurrir durante el embarazo o el parto, representando una complicación obstétrica grave con un alto riesgo de morbilidad y mortalidad si no se diagnostica y trata de manera temprana. La mayoría de las rupturas uterinas espontáneas suelen acontecer durante el trabajo de parto en mujeres con antecedentes de cesárea previa, siendo mucho menos comunes en mujeres sin cicatrices uterinas. En los países desarrollados, la incidencia de ruptura uterina completa varía según la investigación. Por ejemplo, un estudio del 2017 mostró una incidencia de 0.38 por cada 10,000 partos en mujeres sin cesárea previa y de 21.1 por cada 10,000 partos en mujeres con cesárea anterior. Estudios previos han reportado tasas más altas, como 1.3 por cada 10,000 partos en mujeres sin cesárea previa y 39 por cada 10,000 partos en mujeres con cesárea previa. Estas disparidades pueden deberse a los criterios de inclusión utilizados en los estudios epidemiológicos, ya que el estudio del 2017 solo incluyó rupturas uterinas completas y no parciales. La frecuencia de ruptura uterina es más elevada en mujeres con cesárea previa en países en desarrollo, llegando hasta un 1% en aquellas con graves dificultades económicas y de salud, en comparación con el 0.11% en mujeres sin cicatrices uterinas. Además, la incidencia de ruptura uterina aumenta con la edad materna, siendo del 1.4% en mujeres mayores de 30 años frente al 0.5% en mujeres más jóvenes, y con el número de partos. Entre los factores de riesgo más comunes asociados con la ruptura uterina en mujeres con cesárea previa en países desarrollados se encuentran las características de la incisión uterina anterior, especialmente si se realizó en el segmento inferior, el uso de fármacos para inducir



el trabajo de parto (como la oxitocina y el misoprostol), la macrosomía fetal, el aumento de la edad materna y el parto postérmino.

En países en desarrollo, las causas más comunes de rotura uterina incluyen un trabajo de parto negligente y complicado, como la desproporción cefalopélvica, la multiparidad, el uso de preparados locales de hierbas que se cree que estimulan el útero, el bajo nivel educativo y la edad gestacional en el momento del parto. Aunque siempre representa un riesgo para la salud y la vida tanto de la madre como del feto, el pronóstico de la rotura uterina varía según el entorno sanitario en el que se encuentre la mujer, como por ejemplo, la disponibilidad de acceso inmediato al tratamiento obstétrico, incluida la cesárea, en un entorno hospitalario en caso de parto obstruido. Si se tiene acceso a la atención médica a tiempo, es posible lograr un parto seguro y reparar el útero. Sin embargo, si la intervención no se realiza a tiempo, la rotura uterina puede resultar en una situación catastrófica con la muerte del bebé y, en ocasiones, la muerte de la madre debido a la hemorragia. En este caso las lesiones del útero son irreparables y se requiere de la histerectomía. En los países industrializados, la detección temprana de los primeros síntomas, como anomalías en la frecuencia cardíaca fetal, hemorragia vaginal, taquicardia materna o dolor inusual durante el trabajo de parto, es factible. Por otro lado, en los países en vías de desarrollo, el diagnóstico tiende a ser más tardío y los síntomas incluyen dolor abdominal, anemia grave, hemorragia vaginal, shock y signos de infección. Las principales complicaciones asociadas son la muerte neonatal (82,9%), muerte materna (9,8%) e infecciones de la herida tras intervenciones de urgencia (6,6%). En el caso de la rotura uterina, la reparación del útero se considera una opción



terapéutica, especialmente en pacientes más jóvenes con roturas transversales y sin signos de infección.

En pacientes pluríparas que llegan tarde y muestran signos evidentes de infección, la histerectomía sigue siendo la mejor opción. La estrategia de prevención de la rotura uterina debe considerar la evaluación de la conveniencia de iniciar un embarazo en mujeres con múltiples partos, así como garantizar el acceso a servicios obstétricos adecuados, incluida la cesárea en casos de parto complicado. También es importante reducir el número de cesáreas primarias y mejorar la atención a mujeres con antecedentes de cesárea. Además, en situaciones similares a la descrita, se debería evitar un nuevo embarazo. Aunque es difícil hablar con absoluta certeza en el ámbito médico, la probabilidad de que ocurra una segunda rotura uterina es tan alta que se puede considerar moralmente cierto. (30)

2.2.9. Infecciones Urinarias

Referido a una infección del tracto urinario: Progresión y complejidad. La bacteriuria asintomática se define por la presencia de bacterias en la orina, en una concentración de 100 mil UFC por mililitro de orina, sin manifestación de síntomas en el momento de realizar el cultivo. Entre el 3% y el 10% de las mujeres embarazadas presentan esta condición, siendo factores de riesgo el nivel socioeconómico, la diabetes, el ser múltipara, antecedentes previos de infección del tracto urinario (ITU) o anomalías en el sistema urinario. La bacteriuria durante el embarazo representa un riesgo tanto para la madre como para el feto, ya que puede evolucionar hacia una pielonefritis aguda, la cual afecta aproximadamente a dos tercios de las mujeres. Los análisis y seguimientos prenatales pueden contribuir



a reducir la incidencia de esta enfermedad y su cronicidad, disminuyendo la prevalencia hasta un mínimo del 5%. La cistitis, una infección del tracto urinario que afecta la pared de la vejiga, se manifiesta mediante el síndrome miccional, que incluye disuria, tenesmo y polaquiuria. Esta enfermedad no siempre está precedida por bacteriuria. En algunos casos, pueden presentarse síntomas como hematuria o dolor. Para realizar un diagnóstico diferencial, es importante considerar la vulvovaginitis, que se caracteriza principalmente por prurito, irritación y, en general, dispareunia.

También es importante considerar la uretritis o cervicitis como una posible causa de disuria. La incidencia de cistitis varía entre el 1% y el 3%, lo que es considerablemente menor que la bacteriuria. Por lo general, la cistitis no progresa a pielonefritis aguda, aunque esta última puede presentar síntomas similares a los de la cistitis.

La pielonefritis suele aparecer entre el segundo y tercer mes del embarazo y se caracteriza por una complejidad considerable. Aunque su prevalencia es del 40% al 50% durante estos meses, la frecuencia general en los embarazos es del 15%. Los síntomas clínicos sugieren afectación renal e incluyen dolor en la parte baja de la espalda, fiebre, sudoración, escalofríos y malestar general. También puede haber proteinuria y leucocituria. La pielonefritis es común durante el embarazo y es la principal causa no obstétrica de hospitalización. Está asociada con shock séptico, parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino.

Para el diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU), se confirma mediante exámenes clínicos y análisis de orina, sedimentación y urocultivo. En cuanto al diagnóstico de bacteriuria, el urocultivo es la primera opción y se realiza



al final del primer trimestre, entre la novena y decimoséptima semana. Si el resultado muestra más de 100 mil UFC/ml de un único microorganismo patógeno, se confirma la bacteriuria. Si aparecen múltiples microorganismos patógenos o bacterias no asociadas con la bacteriuria, se considera una respuesta a la infección. Si el recuento es de 10 mil a 100 mil UFC/ml, se repite el urocultivo. Si el urocultivo es negativo pero persisten los síntomas, se realizan controles mensuales en la orina, ya que aún puede haber una infección sintomática. Si el resultado es positivo, se inicia un tratamiento antimicrobiano y se realizan controles posteriores en las semanas siguientes.

Diagnóstico de cistitis: Se basa en la evaluación de urocultivo y examen clínico. La presencia de síntomas como disuria, polaquiuria, hematuria, dolor lumbar y sensibilidad en el ángulo costo-vertebral sugiere la posibilidad de una infección urinaria. Por otro lado, la ausencia de síntomas como disuria, dolor lumbar, historia de flujo o irritación vaginal, junto con la ausencia de flujo vaginal durante el examen, tiende a descartar la infección. Los resultados de los exámenes pueden mostrar sedimentación, piuria (leucocitos mayores a 3 por campo en aumento de 40), y un urocultivo positivo (con más de 100 mil UFC/ml).

El diagnóstico de pielonefritis se confirma mediante la combinación de signos clínicos y el resultado del urocultivo, que revela una concentración de más de 100 mil UFC/ml en la orina. Además, en los sedimentos se pueden encontrar leucocituria, así como presencia de cilindros leucocitarios, hematíes y proteinuria..

(31)

2.2.10. Hipertensión arterial

Referido a la HTA se define como condición de la sangre al circular por las arterias excede los niveles considerados saludables. Esta caracterizada por una elevación sostenida de las presiones arteriales por encima de los límites recomendados. Desde una perspectiva epidemiológica, se ha identificado como un factor de riesgos cardiovasculares significativo para la población en total. Comprobando una relación directa entre los niveles de presión arterial sistólica y diastólica y la morbilidad y mortalidad cardiovascular. Por lo tanto, es fundamental realizar una evaluación precisa del riesgo cardiovascular. Se plantea un debate en torno a las diferentes metodologías para medir la presión en distintas situaciones y con diversos herramienta/instrumentos. Se destaca la importancia de evaluar la clínica asociada a la hipertensión arterial y en casos pertinentes.

El nivel normal de presión desempeñan un papel crucial en el rendimiento adecuado de órganos vitales, así como en la salud en general. La hipertensión arterial colabora significativamente con las enfermedades cardiovasculares, entre otros similares.

Existen varios factores tales como:

Edad: Se observa un mayor riesgo en personas de edad de mas 50 años.

Sexo: Las mujeres, especialmente después de la menopausia, tienen un aumento en el riesgo de desarrollar hipertensión.

El antecedente familiar.

La obesidad



El sedentarismo.

El consumo y/o adicción del alcohol.

Tabaquismo.

Estrés.

La ingesta elevado de sodio (sal).

Pertenencia a ciertas etnias, como los afroamericanos.

Ciertos anticonceptivos, especialmente cuando son utilizados por mujeres fumadoras. (32)

Preeclampsia inducida por el embarazo, caracterizado por trastornos diversos, que incluyen hipertensión, también en casos graves pueden presentarse convulsiones, que ocurren después de las 20 semanas de gestación. En ciertos casos, también puede manifestarse antes e incluso en el periodo postparto. La principal entidad dentro de esta clasificación de la preeclampsia-eclampsia sigue siendo una preocupación significativa, ya que es la causa más común de mortandad materna a nivel mundial. (33)

De acuerdo a lo indicado por la OMS entre el factor de riesgo de la preeclampsia a lo largo de la historia se clasifican en dos categorías principales::

- Preconcepcional y/o crónico, vinculado al embarazo.
- Genético y medio ambiental.
- Sociodemográfico.
- Edad menores a 20 y superiores a 35 años (33)
- Etnia afroamericana,



- Los factores de riesgo preconceptionales o crónicos incluyen afecciones de tipo autoinmune, trombofilia y dislipidemias.

Asociados con el embarazo en curso: Primer embarazo con un nuevas parejas sexuales, Aumento de la distensión uterina (gemelaridad y polihidramnios), el embarazamiento molar en mujeres sin experiencia previa de parto. (34) Los factores de riesgo preconceptionales o crónicos también pueden incluir entre otros.

Etnia por rasgos afroamericanos. La preeclampsia tiene incidencia en mujeres de raza afronorteamericana, lo cual puede explicarse por la mayor prevalencia y severidad de la hipertensión arterial crónica en este grupo demográfico. (35)

La historia familiar es un factor importante a considerar, ya que estudios observacionales y descriptivos han demostrado un aumento del riesgo en hijas y hermanas de mujeres que han experimentado esta complicación durante el embarazo. Se estima que las familiares de primer grado de consanguinidad tienen un riesgo de 4 a 5 veces mayor de desarrollar preeclampsia durante el embarazo, mientras que las familiares de segundo grado tienen un riesgo de 2 a 3 veces mayor en comparación con mujeres cuyas familias no tienen antecedentes de preeclampsia. Dado que la susceptibilidad a esta enfermedad está influenciada en gran medida por factores genéticos heredables, que contribuyen aproximadamente en un 50 % al riesgo de padecerla, preguntar sobre la historia familiar de preeclampsia puede ser una herramienta valiosa para identificar embarazos con un mayor riesgo de desarrollar esta condición. (36)



La historia personal de preeclampsia es un factor importante a tener en cuenta, ya que las pacientes que han experimentado preeclampsia durante un embarazo previo tienen mayor probabilidad de sufrir una recurrencia en embarazos subsiguientes. Además, la presencia de ciertas enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial crónica, se ha identificado como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de preeclampsia. Numerosos estudios han destacado la hipertensión arterial crónica como uno de los elementos determinantes en la aparición de esta complicación durante el embarazo. (36)

Las hemorragias durante el embarazo siguen siendo un factor crucial en la mortalidad perinatal, un indicador fundamental de la calidad de la atención obstétrica. Aunque es un indicador amplio, no considera otros factores relacionados con las muertes perinatales, como el peso al nacer, la edad gestacional, la causa de la muerte y su relevancia relativa. Sin embargo, las hemorragias mantienen una importancia estadística destacada en el análisis perinatal. (36) Obesidad: por sí sola, se relaciona con el desarrollo de hipertensión arterial debido a una expansión excesiva del volumen sanguíneo y un aumento del gasto cardíaco, lo que contribuye a elevar la presión arterial. Además, los adipocitos, células grasas del cuerpo, secretan citoquinas, especialmente el factor de necrosis tumoral alfa (FNT α), que pueden causar daño vascular. Este daño vascular contribuye al estrés oxidativo y está implicado en el desarrollo de la preeclampsia. (36) En pacientes con diabetes mellitus pregestacional, es común encontrar microangiopatía y un aumento del estrés oxidativo, lo que puede afectar la perfusión uteroplacentaria y aumentar el riesgo de desarrollar preeclampsia. De hecho, la preeclampsia es aproximadamente 10 veces más frecuente en mujeres con diabetes mellitus.



Además, la diabetes gestacional, que se desarrolla durante el embarazo, también se asocia con un mayor riesgo de preeclampsia.

La resistencia a la insulina es otra condición relevante. Durante el embarazo, la sensibilidad a la insulina disminuye, lo que puede conducir a una resistencia a la insulina aumentada. Esta resistencia provoca una hiperactividad simpática y retención de sodio y agua por parte del riñón debido a la acción natriurética directa de la insulina, lo que contribuye al aumento de la presión arterial durante el embarazo. La resistencia a la insulina también puede estar asociada con la liberación de ácidos grasos libres y la disminución de la producción de óxido nítrico, lo que agrava aún más la resistencia a la insulina y favorece la vasoconstricción, respectivamente. (37)

Trombofilias: La presencia de trombofilias se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar enfermedad tromboembólica durante el embarazo y el período posparto, así como con alteraciones vasculares placentarias, abortos recurrentes y preeclampsia. Es importante señalar que cuando hablamos de trombofilias nos referimos a trastornos de la coagulación que la mujer experimenta antes del embarazo. Estos trastornos se caracterizan por una tendencia hacia la hipercoagulabilidad, lo que puede agravar el estado procoagulante que es normal durante el embarazo. (34)

Dislipidemias: Las dislipidemias suelen estar asociadas con otras enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, lo que aumenta aún más el riesgo de desarrollar preeclampsia. En cuanto a los factores de riesgo asociados con la concepción, se destaca la primigravidez o embarazo con un nuevo compañero sexual. Se ha observado que las pacientes



primerizas tienen entre 6 y 8 veces más probabilidades de desarrollar preeclampsia que las mujeres multíparas. Actualmente, la preeclampsia se reconoce como una enfermedad causada por un fenómeno de inadaptación inmunitaria de la madre al feto. La unidad feto placentaria, los antígenos paternos presentes en el feto, que son extraños para la madre, se consideran los desencadenantes del proceso inmunológico que conduce al daño vascular, desencadenando así la preeclampsia. En este trastorno, el sistema reticuloendotelial no logra eliminar los antígenos fetales que ingresan a la circulación materna, lo que lleva a la formación de inmunocomplejos. Estos inmunocomplejos se depositan en los vasos sanguíneos pequeños, desencadenando daño vascular y activación de la coagulación, lo que puede tener consecuencias graves en todo el organismo. Durante el primer embarazo, este mecanismo inmunológico se activa y puede provocar la preeclampsia. Sin embargo, al mismo tiempo, se desarrolla un fenómeno de tolerancia inmunológica que previene la aparición de la enfermedad en gestaciones posteriores, siempre que la mujer tenga el mismo compañero sexual. De esta manera, el efecto protector de la multiparidad se pierde si hay un cambio de pareja. Con el tiempo, este fenómeno de tolerancia inmunológica disminuye y, aproximadamente 10 años después del primer embarazo, la mujer puede perder esta protección. Sobre distensión uterina (embarazo gemelar y poli hidramnios): El embarazo gemelar y el polihidramnios pueden provocar una sobre distensión del miometrio, lo que resulta en una disminución de la perfusión placentaria. Esta reducción en el flujo sanguíneo puede llevar a la hipoxia del trofoblasto, lo que a su vez aumenta el riesgo de desarrollar preeclampsia. Se ha observado que la preeclampsia es seis veces más frecuente en los embarazos múltiples que en los embarazos únicos.(38) Embarazo molar: En los casos de embarazo molar, la



frecuencia de preeclampsia es diez veces mayor que en un embarazo normal. Este tipo de embarazo se caracteriza por un crecimiento más rápido y pronunciado del útero, lo que provoca una distensión brusca del miometrio. Esta distensión conduce a un aumento del tono uterino y a una disminución del flujo sanguíneo placentario, lo que resulta en hipoxia, un factor vinculado con el desarrollo de la preeclampsia. Además, en el embarazo molar, la masa placentaria está aumentada, lo que puede anticipar y agravar la reacción inmunitaria anormal asociada con la preeclampsia.

(38) Óbito fetal: Muerte fetal se define como la muerte intrauterina y posterior entrega de un bebé en desarrollo que ocurre más allá de las 20 semanas completas de gestación. La muerte fetal se produce en aproximadamente 1 de cada 160 embarazos. Factores Ambientales. La malnutrición, ya sea por defecto o por exceso, está relacionada con el desarrollo de preeclampsia. La desnutrición suele estar acompañada de anemia, lo que resulta en una reducción en la captación y transporte de oxígeno, provocando hipoxia en el trofoblasto. Además, la desnutrición conlleva una deficiencia de varios micronutrientes, como calcio, magnesio, zinc, selenio y ácido fólico, cuya escasez se ha asociado con la preeclampsia. En cuanto a la ingesta insuficiente de calcio, diversos estudios han demostrado una relación entre esta y los trastornos hipertensivos del embarazo. Se ha observado que una ingesta diaria de aproximadamente 1,5 a 2 g de calcio elemental puede reducir significativamente el riesgo de preeclampsia. Desde 1980 se ha recomendado la prevención secundaria de la preeclampsia con calcio, y las evidencias sugieren que la incidencia de esta enfermedad está inversamente relacionada con el consumo de calcio. Se cree que el calcio puede reducir la liberación paratiroidea e intracelular, disminuyendo así la contractilidad del músculo



liso. Esto podría prevenir el parto prematuro y tener un efecto indirecto en la función del músculo liso al aumentar los niveles de magnesio. (39)

El bajo nivel socioeconómico y los cuidados prenatales deficientes han sido relacionados en múltiples estudios con el desarrollo de preeclampsia. Esta asociación es multifactorial e involucra varios de los factores individuales discutidos anteriormente. Por otro lado, la eclampsia se observa con mayor frecuencia en pacientes de bajo nivel socioeconómico. Esta relación se basa en la baja calidad del control prenatal, ya que un diagnóstico y tratamiento tempranos suelen prevenir su progresión. (39) Estrés crónico (maltrato o víctima de violencia). Diversos estudios han demostrado que los niveles elevados de hormonas asociadas al estrés pueden afectar tanto la presión arterial de la madre como el crecimiento y desarrollo del feto. Las mujeres que experimentan estrés crónico suelen mostrar un aumento en los niveles sanguíneos de la hormona adrenocorticotropa (ACTH), producida principalmente por la hipófisis y también por la placenta. Este aumento de la ACTH promueve la síntesis de cortisol por las glándulas suprarrenales, lo que a su vez provoca un aumento en la presión arterial. Además, el cortisol actúa sobre la placenta, alterando su reloj biológico y aumentando el riesgo de parto prematuro, antes de las 37 semanas de gestación. (39) Factores sociodemográficos Características socio demográficas: 14. El estado social de las personas es una característica que resalta la diversidad de aspectos que les permiten interactuar con otros individuos. Esto incluye la conciencia de sí mismos, el uso del lenguaje y la intención de comunicarse. Es un componente esencial para la vida y el desarrollo humano, ya que es imposible ser humano en aislamiento. La edad, derivada del término latino "aetas", hace referencia al tiempo transcurrido desde el nacimiento



de un individuo. En el contexto del estudio, se refiere al tiempo vivido hasta el momento de la investigación. Se considera que la edad óptima para concebir está entre los 19 y los 35 años. Un embarazo fuera de este rango puede acarrear complicaciones que afectan el bienestar tanto de la madre como del bebé. La escolaridad se refiere al nivel de educación formal obtenido en instituciones educativas. Es un factor importante para detectar posibles complicaciones durante el parto, ya que la muerte materna afecta principalmente a grupos vulnerables de la sociedad. Una mayor escolaridad en la mujer se relaciona con una mejor comprensión de la importancia de prevenir factores de riesgo durante el parto, lo que puede ayudar a evitar complicaciones graves. La procedencia está relacionada con las dificultades geográficas que enfrentan las mujeres, especialmente aquellas de áreas rurales, para acceder a servicios de salud de calidad. Junto con los problemas de accesibilidad y uso de estos servicios, se suma una atención diferenciada según el nivel socioeconómico de la mujer embarazada. El estado civil hace referencia a la condición legal de una persona en relación con tener o no pareja. El apoyo emocional y económico que una mujer recibe de su pareja puede influir en la planificación y el control del embarazo. Por lo tanto, una mujer casada legalmente o con una pareja estable probablemente llevará a cabo un embarazo planificado y controlado, lo que facilita la detección oportuna de factores de riesgo durante el embarazo. (39)

La preeclampsia se caracteriza por la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo. A menudo, se acompaña de edemas, aunque su presencia no es obligatoria para el diagnóstico. Esta enfermedad es exclusiva del embarazo y, si bien los síntomas pueden tratarse, solo se cura con la



finalización del mismo. Si no se maneja adecuadamente, la preeclampsia puede provocar complicaciones graves tanto para la mujer embarazada como para el feto.(40)

La preeclampsia se caracteriza por una serie de signos de alarma, que incluyen la elevación de la presión arterial sistólica en 30 mm Hg o más, o de la presión diastólica en 15 mm Hg o más con respecto a las mediciones basales del control prenatal. Otros síntomas pueden abarcar edema de miembros inferiores o generalizado, cefalea, náuseas y vómitos, alteraciones visuales, acúfenos y epigastralgia. Esta enfermedad tiene una fisiopatología compleja que involucra factores genéticos, trombóticos e inmunológicos, así como anomalías en la placentación. Los genes asociados con la preeclampsia incluyen el gen de la angiotensina en 1-q42-43 y el eNOS en 7q36, junto con otros locus como 2p12, 2p25, 9p13 y 10q22.117. En el útero, el óxido nítrico juega un papel crucial en la regulación del tono de las arterias uterinas, y su alteración está relacionada con la ausencia de activación del VEGFR-1 y VEGFR-2. Además, la preeclampsia se asocia con una falla en la invasión trofoblástica de las paredes de las arterias espirales durante la placentación, lo que conduce a cambios patológicos en la musculatura arterial y aterosclerosis aguda, contribuyendo a la obstrucción de las arterias. La disminución de la perfusión placentaria hasta en un 50% conlleva a un menor flujo sanguíneo al feto, lo que puede provocar desnutrición crónica y retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU). Además, se produce una alteración en la fisiología del endotelio, con una disminución de las sustancias relajantes como la prostaciclina (PGI₂) y el óxido nítrico, y un aumento de las sustancias contractivas como los aniones superóxidos, peróxidos lipídicos, tromboxano A₂ (TxA₂) y



endotelina 1. Estas modificaciones afectan el equilibrio de las prostaglandinas vasodilatadoras (Pgl₂, PgE₂) y vasoconstrictoras (PgF_{2a}, tromboxano A₂), siendo la Pgl₂ un mediador relevante en el flujo sanguíneo feto-placentario, con su deficiencia desempeñando un papel importante en la preeclampsia. La preeclampsia se clasifica en leve y severa. La preeclampsia leve se define por una presión arterial igual o superior a 140/90 mmHg o un aumento de la presión sistólica en 30 mmHg o más, y un incremento de la presión diastólica en 15 mmHg o más respecto a las mediciones basales, sin evidencia de daño en órganos blancos y con proteinuria cualitativa desde trazas a 1+. Por otro lado, la preeclampsia severa se caracteriza por una presión arterial igual o superior a 160/110 mmHg o un incremento de la presión sistólica en 60 mmHg o más, y/o un aumento de la presión diastólica en 30 mmHg o más respecto a las mediciones basales. Además, se evidencia daño en órganos blancos, como oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de coagulación, ascitis, entre otros, y proteinuria cualitativa de 2 a 3+. Una vez discutida la preeclampsia, se procederá a detallar la eclampsia y sus factores predictores. (40)

La eclampsia se define como la aparición de crisis convulsivas durante el embarazo o el puerperio, siendo su principal causa el síndrome de hipoperfusión encefálica. Aunque se considera que la eclampsia representa el estadio final de la preeclampsia, aproximadamente el 20% de las pacientes pueden no presentar síntomas neurológicos premonitorios antes de la crisis convulsiva. Esto ha llevado a cuestionar si la eclampsia es realmente una etapa terminal de la preeclampsia o más bien una manifestación de esta última. (40)



Las convulsiones eclámpticas se caracterizan por ser de tipo tónico-clónicas, generalizadas y complejas, y suelen ser autolimitadas. Pueden ocurrir durante la segunda mitad del embarazo, el parto o el puerperio. En algunos casos, la eclampsia puede manifestarse inicialmente como una amaurosis súbita, que es una disminución repentina de la agudeza visual, considerada por los neurólogos como un síntoma de mayor gravedad que las convulsiones. (40)

El cuadro clínico de la eclampsia puede estar dominado por la presencia de coma superficial o profundo. En casos graves, puede desarrollarse edema cerebral, inicialmente de tipo vasogénico y luego citotóxico. Esto indica que la eclampsia puede presentar un amplio espectro de manifestaciones clínicas, desde convulsiones hasta alteraciones visuales y complicaciones neurológicas más graves. (40)

Las convulsiones se asocian con focos de arritmia eléctrica cortical, que se expresan mediante un sistema glutaminérgico excitador en la formación reticular y eventualmente se generalizan. Una profunda depresión cerebral es la causa de la amaurosis. La aparición de una convulsión tónico-clónica que dura de uno a tres minutos, que se acompaña de dolor de cabeza, anomalías visuales, malestar epigástrico e hiperreflexia, es la base para el diagnóstico de eclampsia. Es posible que no estén presentes tanto la proteinuria como la hipertensión del momento anterior. Existen tres tipos de eclampsia según la gravedad del deterioro neurológico y el curso clínico: Eclampsia normal Ocurren convulsiones de naturaleza tónico-clónica amplia y complicada; estas convulsiones son autolimitadas y la conciencia regresa en las siguientes dos horas. Eclampsia atípica: Provocada por un trastorno neurológico que se manifiesta 48 horas



después del parto o antes de la semana 24 de embarazo y sin indicaciones de aviso antes de la crisis. (40)

Las convulsiones se asocian con focos de arritmia eléctrica cortical, que se expresan mediante un sistema glutaminérgico excitador en la formación reticular y eventualmente se generalizan. Una profunda depresión cerebral es la causa de la amaurosis. La aparición de una convulsión tónico-clónica que dura de uno a tres minutos, que se acompaña de dolor de cabeza, anomalías visuales, malestar epigástrico e hiperreflexia, es la base para el diagnóstico de eclampsia. Es posible que no estén presentes tanto la proteinuria como la hipertensión del momento anterior. Existen tres tipos de eclampsia según la gravedad del deterioro neurológico y el curso clínico: Eclampsia normal. Se producen convulsiones de naturaleza tónico-clónica amplia y complicada; estas convulsiones son autolimitadas y la conciencia regresa en las siguientes dos horas. Eclampsia atípica: Provocada por un trastorno neurológico que se manifiesta 48 horas después del parto o antes de la semana 24 de embarazo y sin indicaciones de aviso antes de la crisis. (40)

La eclampsia complicada se caracteriza por la presencia de accidentes vasculares encefálicos, hipertensión endocraneana o edema cerebral generalizado, además de los síntomas típicos de la eclampsia. Estos pacientes pueden experimentar compromiso neurológico persistente, como focalizaciones, status convulsivo y coma prolongado.

Según el momento en que se presenta, la eclampsia puede clasificarse en varios tipos:



Anteparto: Ocurre cuando no hay contracciones uterinas ni modificaciones cervicales.

Intraparto: Se presenta durante el trabajo de parto.

Posparto: Aparece en las primeras 48 horas después del parto.

Tardía posparto: Se manifiesta después de 48 horas y durante el puerperio, pudiendo incluso ocurrir hasta 28 días después del parto.

Intercurrente: Este tipo de eclampsia puede presentarse en cualquier momento durante el embarazo, el parto o el puerperio.

Se han identificado varios factores predictores de la preeclampsia-eclampsia, entre los que se incluyen:

Edad materna: La incidencia de preeclampsia-eclampsia tiende a aumentar en mujeres cuya edad es menor de 20 años o mayor de 35 años.

Paridad: La preeclampsia afecta predominantemente a mujeres primigestas, es decir, aquellas que están experimentando su primer embarazo. (40)

Hinselmann realizó una revisión de 6,498 casos de la literatura, donde encontró que el 74% de las mujeres con preeclampsia-eclampsia eran primigestas, lo que sugiere un riesgo seis veces mayor en este grupo en comparación con las multíparas. El sobrepeso u obesidad también se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia-eclampsia. En un estudio prospectivo de cohortes comunitarias, se encontró que las mujeres con obesidad mórbida (IMC > 40) tenían un riesgo significativamente mayor de preeclampsia-eclampsia en comparación con aquellas de peso normal. Otro estudio encontró que el riesgo de preeclampsia-



eclampsia se duplicaba con un IMC de 26 a 29.9, y casi se triplicaba con un IMC de 30 o más. Los embarazos múltiples también aumentan la probabilidad de desarrollar preeclampsia-eclampsia. El riesgo se eleva significativamente con cada feto adicional, llegando hasta un 90% en embarazos cuádruples. Es importante considerar que existen otras condiciones médicas que pueden presentar síntomas similares a la eclampsia y deben ser descartadas en el diagnóstico diferencial. Estas incluyen epilepsia, embolia amniótica, colagenosis, púrpura trombocitopénica trombótica, trombosis venosa cerebral, malaria cerebral, toxicidad a los anestésicos locales, entre otras. (40)

Las complicaciones asociadas con la eclampsia pueden ser graves e incluyen edema cerebral vasogénico, hemorragia intracraneal, necrosis tubular aguda, fallo ventricular, trombocitopenia, Coagulación Intravascular Diseminada (CID), entre otras. El manejo de la eclampsia es similar al de la preeclampsia, pero con la adición del tratamiento de las convulsiones utilizando medicamentos como el Sulfato de Magnesio o fenobarbital. Es crucial proteger a la mujer de lesiones durante las convulsiones, administrar oxígeno, mantener un balance estricto de líquidos, vigilar el edema pulmonar y evaluar el estado de coagulación. Además, se puede administrar medicamentos antihipertensivos según sea necesario. Es importante destacar que la mejora de la salud materna y la reducción de la mortalidad materna son objetivos clave a nivel internacional. (40)

2.2.11. Edad reproductiva extrema

El 13% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya han experimentado la maternidad en un 11% y/o están embarazadas por primera vez en un 2%. (41). Las áreas rurales y las adolescentes con menor nivel educativo tienen las tasas más



altas de maternidad o embarazo. Un análisis mostró que el 64% de las adolescentes embarazadas no deseaban quedar embarazadas. Además, solo el 25% de las adolescentes de 15 a 19 años expresaron el deseo de ser madres en algún momento, y el número ideal de hijos para ellas era de uno a dos. (43)

El embarazo en mujeres de 35 años o más se conoce como embarazo en edad materna avanzada, aunque algunos consideran este término a partir de los 40 años. El término embarazo en edad muy avanzada se utiliza a partir de los 45 años para destacar el mayor riesgo materno-perinatal asociado con estas edades maternas. (44)

2.2.12. Tipo de parto

El parto eutócico, también conocido como parto normal, ocurre cuando el bebé nace de manera espontánea a través del canal de parto con el esfuerzo materno y el bebé en posición cefálica, es decir, con la cabeza hacia abajo. Este tipo de parto es considerado de bajo riesgo según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (2).

Por otro lado, el parto distócico se refiere a situaciones en las que hay algún problema que impide que el parto sea normal o eutócico. Estas complicaciones pueden requerir intervención médica para facilitar la salida del bebé. Los partos distócicos pueden clasificarse en instrumentales, que implican el uso de herramientas como el vacío o ventosa, fórceps o espátulas para asistir en la extracción del bebé, o quirúrgicos, que implican una cesárea cuando no es posible un parto vaginal seguro. La elección entre estas opciones dependerá de la situación específica del parto y las necesidades de la madre y el bebé. (2)



2.3. Marco Conceptual

- **Alteración de la coagulación:** refiere a cualquier condición médica que afecta el equilibrio normal de la coagulación sanguínea durante el embarazo. Durante la gestación, el cuerpo de la mujer experimenta cambios fisiológicos para adaptarse al desarrollo del feto y la placenta. (46)
- **Además, como factor uterino,** tanto el miometrial como cervical, desempeñan un papel crucial en la adecuación de el útero para la fase del parto. Durante este proceso, el útero experimenta una transición de estar relajado y elástico durante la gestación a generar contracciones aisladas y adquirir tono.
- **Complicación:** Una complicación en el ámbito médico, también conocida como complicación médica, se refiere a un desenlace desfavorable asociado con una enfermedad, estado de salud o tratamiento. Estas complicaciones pueden tener un impacto negativo en el pronóstico o resultado de la condición médica. (45)
- **Hemorragias:** referido a la cantidad de pérdida de sangre que sobrepasa los quinientos ml durante el parto vaginal y sobrepasando los mil ml en los partos por cesárea es la definición tradicional de hemorragia posparto o HPP. (18)
- **Infección puerperal:** de las complicaciones obstétricas de tipo común, aunque las medidas de profilaxis han reducido considerablemente su aparición en la actualidad.
- **Loquios:** Los loquios son el flujo vaginal normal que ocurre después del parto, compuesto principalmente por sangre, tejido uterino y secreciones cervicales. Estos loquios son una parte natural del proceso de recuperación del útero después del embarazo y el parto (17).



- **Mecanismo que desencadenan el inicio del parto:** están influenciados por diversos agentes de maternidad. Entre ellos, destacan el cambio hormonal, entre ellos esta la oxitocina La oxitocina tiene una vida media corta de 3 a 6 minutos y su sensibilidad uterina aumenta a lo largo de las semanas de gestación. (45).
- **Múltipara:** se utiliza en obstetricia y ginecología para describir a una mujer que ha dado a luz dos o más veces. Específicamente, se refiere a una mujer que ha completado dos o más embarazos, ya sean a término, prematuros o abortos, independientemente de si los bebés nacieron vivos o no. (20)
- **Puerperio:** También conocido como posparto, se refiere al luego de el parto y entre la aparición del primer ciclo menstrual. En este lapso, complicaciones que pueden aparecer, incluso en nuestra sociedad. Las complicaciones relacionadas con la lactancia materna abarcan el fracaso en el amamantamiento, las grietas en los pezones, etc. (44)
- **Parto:** definido como proceso fisiológico natural que experimenta la gestante, durante el cual se produce la evacuación de el feto desde la cavidad uterina al exterior. Este proceso comienza de forma espontánea, caracterizada por la contraccion uterina que incrementan gradualmente en intensidad, frecuencia y duración. Estas contracciones eventualmente conducen a la modificacion en el cuello uterino. (46)
- **Útero:** también conocido como matriz, es un órgano reproductor fundamental en el sistema reproductivo de las mujeres. Su función principal es alojar y nutrir al embrión durante el embarazo. Durante el ciclo menstrual, el útero experimenta cambios en su revestimiento interno, conocido como endometrio, que se prepara para recibir un óvulo fertilizado (16)



CAPÍTULO III

MÉTODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Diseño de la investigación

Es no experimental porque no realizan ninguna manipulación de variables, y posibilitando un desarrollo más natural. (48)

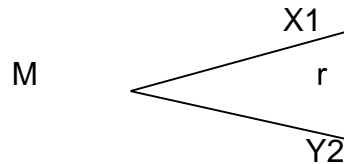
3.2. Tipo de investigación

Es correlacional razón de la búsqueda de relación entre las complicaciones del puerperio inmediato relacionado al parto, la investigación se efectuó en búsqueda de relación generada entre 2 o más variables de, corte transversal, se observa y se recoge información de una muestra en un momento específico. Esto permite obtener una "instantánea" de la situación o fenómeno de interés en un momento particular, con enfoque cuantitativo es una metodología de investigación que se centra en la recolección y análisis de datos numéricos. Este enfoque se caracteriza por su objetividad y su uso de procedimientos estadísticos para determinar patrones, relaciones y tendencias (48)

3.3. Método de la investigación

Es el método científico, analizando y estudiando los sucesos sujetos a la observación y que puedan ser medidas mediante el análisis estadístico.

El método científico se basa en seguir una pauta para plantear el problema, el establecimiento de un marco teórico sólido, la inferencia de resultados, la verificación de hipótesis y la elaboración de conclusiones. (48)



Dónde:

M = Población Muestral

X = Variable 1 Complicaciones del puerperio inmediato

y = Variable 2 Tipo de parto

r = La relación probable entre las variables

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población establecida como conjunto de casos asociados con una serie de aspectos. Estuvo conformada por todas las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano durante el mes de setiembre a diciembre del 2023 cifra aproximada de 106 pacientes.

3.4.2. Muestra

Se describe como un segmento representativo de la población total, constituido por un subconjunto que comparten las mismas características que la población.

La muestra fue determinada mediante el uso de una fórmula específica, ya



que se trató de una población finita.

Una población finita se caracteriza por tener un número limitado de valores dentro de ella. (48)

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

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo (106)

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{106 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(106 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{106 \times 3.84 \times 0.25}{0.0025 \times 105 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{101.8024}{1.2229}$$

$$n = 83.24670864$$

n= 83 puérperas.

3.5. Técnicas e instrumentos de investigación

3.5.1. Técnica

Análisis documental, permitiendo recopilar información de forma textual acerca de determinadas cosas, con finalidad de obtener datos relacionados. (48)



3.5.2. Instrumento

Ficha de recolección de datos, las cuales son documentos que consistió en la recopilar información requerida siendo entonces Historias clínicas en coordinación con las variables de la presente, además, es importantes de los instrumentos (48)

3.6. Diseño de contrastación de hipótesis

Luego a la formulación de la hipótesis, se desarrollará la contrastación por medio de un procedimiento y técnica planteada anteriormente que permitirán aceptar y/o rechazar la hipótesis planteada.

La investigación tipo correlacional se aplicará el Chi-cuadrado, donde los resultados, sean superiores a los valores establecido se procederá a rechazar la hipótesis nula y se aprobará la hipótesis alterna, que determinará la correlación entre variables. (48)

3.7. Validez y confiabilidad del instrumento.

Validez de contenido: Grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. (Validez de juicio de experto).

Validez de criterio: Se establece al validar un instrumento de medición al compararlo con algún criterio externo que pretende medir lo mismo. (Alfa de Cronbach)



Criterios de interpretación del coeficiente de Alfa de Cronbach

Valores de alfa	Interpretación
0.90 - 1.00	Se califica como muy satisfactoria
0.80 - 0.89	Se califica como adecuada
0.70 - 0.79	Se califica como moderada
0.60 - 0.69	Se califica como baja
0.50 - 0.59	Se califica como muy baja
< 0.50	Se califica como no confiable

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

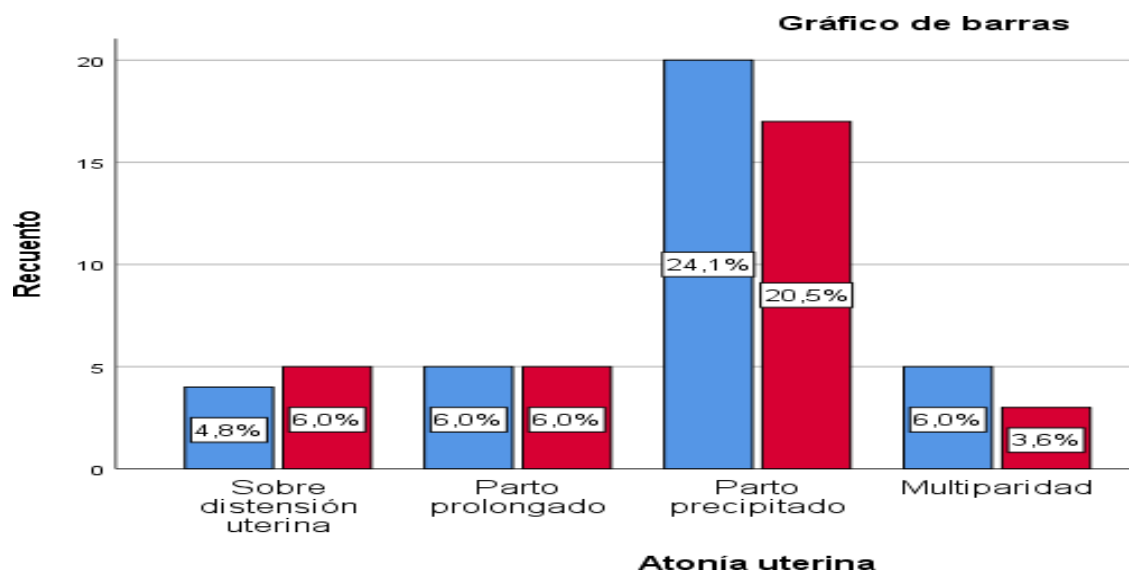
TABLA 1. RELACIÓN ENTRE ATONÍA UTERINA Y LA VÍA DE PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023.

ATONIA UTERINA	VIA ABDOMINAL		VIA VAGINAL		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Sobre distensión uterina	4	4,8%	5	6,0%	9	10.8
Parto prolongado	5	6.0%	5	6,0%	10	12.0
Fatiga uterina	20	24,1%	17	20,5%	37	44.6
Multiparidad	20	24,1 %	7	8.4%	27	32.6
Total	49	59,0%	34	41.0%	83	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 4,917 > \chi^2_t = 4,664 \quad gl = 3 \quad p = 0,041$$

Figura 1



Fuente: tabla 1



En la tabla y figura N°1, se muestra la relación del indicador atonía uterina y la vía del parto en pacientes.

Del 100% de casos de estudio que representa a 83 pacientes el 44% presentaron fatiga uterina, el 32.6% fueron pacientes multíparas, mientras que el 12% presentaron parto prolongado y el 10.8% presentaron sobre distensión uterina.

En cuanto a la vía del parto 24.1% presento parto por vía abdominal y el 20.5% tuvo parto por vía vaginal.

El valor calculado de Chi-cuadrado ($\text{Chi}^2\text{C} = 4.917$) resultó ser mayor que el valor crítico de Chi-cuadrado tabulado ($\text{Chi}^2\text{T} = 4.664$) para 3 grados de libertad, con un valor de $p = 0.041$. Esto indica que hay una relación estadísticamente significativa entre la atonía uterina y la vía del parto en las pacientes.

En el actual estudio se Indica que el 44.6% de las pacientes presentaron fatiga uterina como una causa de la atonía uterina. La fatiga uterina ocurre cuando el útero se vuelve incapaz de mantener contracciones efectivas después del parto, posiblemente debido a un trabajo de parto prolongado o a un esfuerzo excesivo durante el parto.

Señala que una de las principales razones para realizar histerectomías en pacientes ingresadas en cuidados intensivos fue la atonía uterina. Esto indica que la atonía uterina severa puede llevar a complicaciones graves que requieren intervenciones quirúrgicas importantes para controlar la hemorragia y preservar la vida de la paciente.

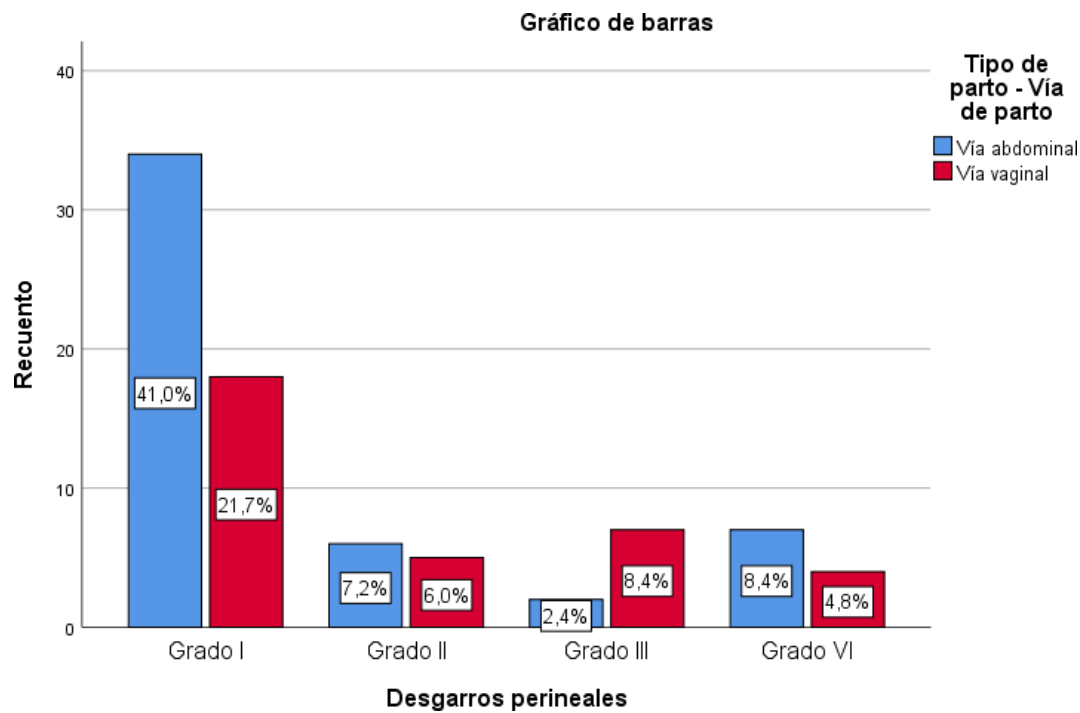
TABLA 2 RELACIÓN ENTRE DESGARROS PERINEALES Y LA VÍA PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023.

DESGARROS PERINEALES	VÍA ABDOMINAL		VÍA VAGINAL		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Grado I	34	41,0	18	21,7	52	62,7
Grado II	6	7,2	5	6,0	11	13,3
Grado III	2	2,4	7	8,4	9	10,8
Grado IV	7	8,4	4	4,8	11	13,3
Total	49	59,0	34	41,0	83	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 6,470 > \chi^2_t = 6,098 \quad gl = 3 \quad p = 0,039$$

FIGURA 2



Fuente: tabla 2



En la tabla y figura N°2, se muestra la relación del indicador desgarros perineales y la vía del parto.

Del 100% de casos de estudio que representa a 83 pacientes el 62.7% (52) presentó desgarro de I grado, el 13.3% presento desgarro de II grado, mientras que el otro 13.3% presento desgarro de IV grado y el 10.8% presento desgarro de III grado.

En cuanto a la vía del parto 41% presento parto por vía abdominal y el 21.7% tuvo parto por vía vaginal.

El valor calculado de Chi-cuadrado ($\text{Chi}^2\text{C} = 6.470$) fue superior al valor crítico de Chi-cuadrado tabulado ($\text{Chi}^2\text{T} = 6.098$) para 3 grados de libertad, con un valor de $p = 0.039$. Esto sugiere que existe una relación estadísticamente significativa entre el desgarro perineal y la vía del parto en las pacientes.

En el presente estudio se muestra que el 62.7% de las pacientes atendidas en el Hospital presentaron desgarros perineales de grado I.

Mientras que en el estudio de Blas P. reportó que el 28% de las pacientes presentaron desgarros perineales en su estudio. Sin embargo, este estudio no hace referencia específica a los desgarros cervicales (10).

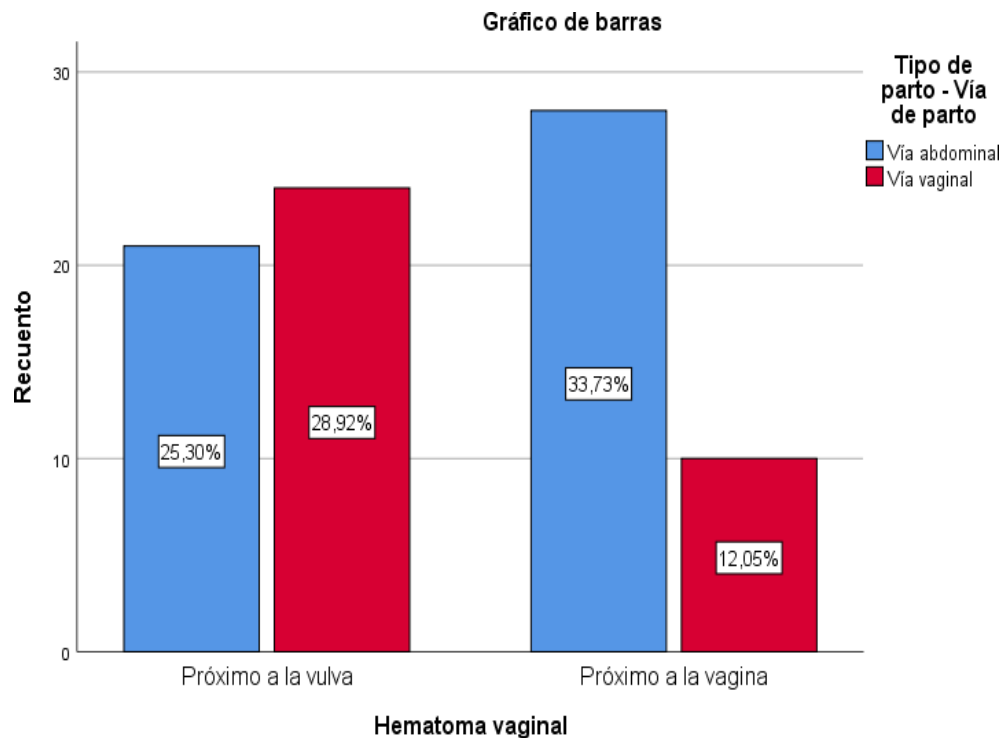
TABLA 3. RELACIÓN ENTRE HEMATOMA VAGINAL Y LA VÍA DE PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023

HEMATOMA VAGINAL	VÍA ABDOMINAL		VÍA VAGINAL		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
	Próximo a la vulva	21	25,3	24	28,9	45
Próximo a la vagina	28	33,7	10	12,0	38	45,8
Total	49	59,0	34	41,0	83	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 6,677 > \chi^2_t = 6,352 \quad gl = 1 \quad p = 0,013$$

FIGURA 3



Fuente: tabla 3



En la tabla y figura N°3, se muestra el indicador hematoma vaginal relacionado a la vía del parto.

Del 100% de casos de estudio que representa a 83 pacientes el 54.2% (45) presentó hematoma vaginal próxima a la vulva y el 45.8% presentó el hematoma vaginal próximo a la vagina.

En cuanto a la vía del parto 33.7% presentó parto por vía abdominal y el 28.9% tuvo parto por vía vaginal.

El valor calculado de Chi-cuadrado ($\chi^2_C = 6.677$) fue mayor que el valor crítico de Chi-cuadrado tabulado ($\chi^2_T = 6.352$) para 1 grado de libertad, con un valor de $p = 0.013$. Estos resultados indican que existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de hematoma vaginal y la vía del parto abdominal.

En el actual estudio se muestra donde el 54.2% de las pacientes presentaron un hematoma vaginal próximo a la vulva, y el estudio de Mamani R., que reporta que el 14% de las pacientes presentaron hemorragia postparto por hematomas vaginales, revelan diferentes aspectos de las complicaciones obstétricas relacionadas con hematomas en la zona vaginal.

En el estudio de Mamani R., se describe la hemorragia postparto causada por hematomas vaginales, indicando que estos hematomas pueden haber causado complicaciones adicionales como sangrado excesivo (14).

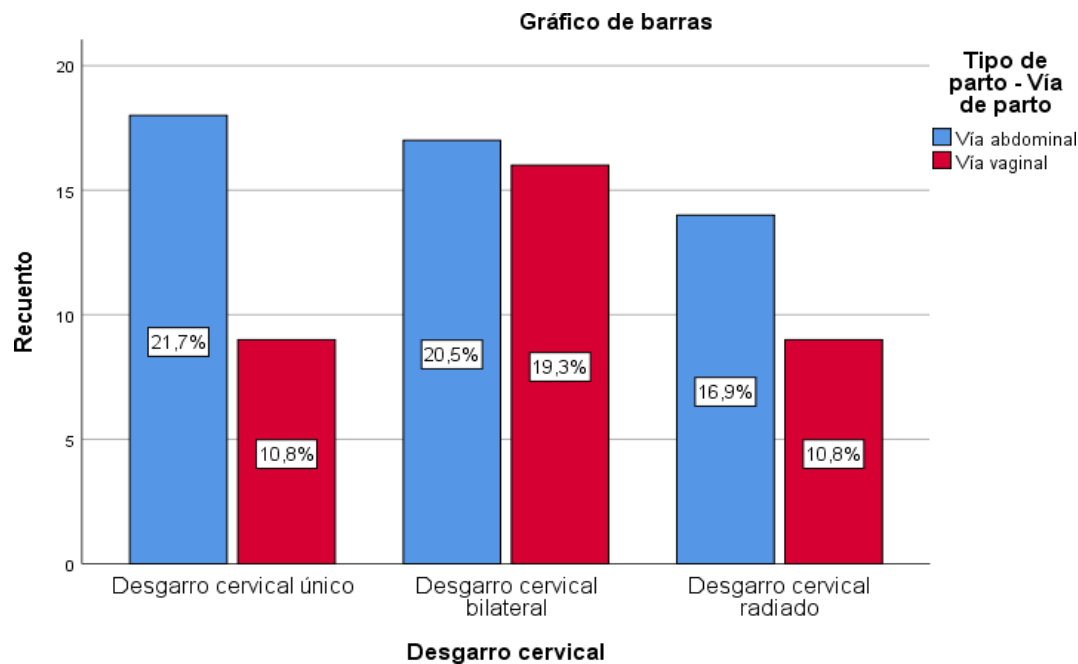
TABLA 4. RELACIÓN ENTRE EL DESGARRO CERVICAL Y LA VIA DE PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023.

DESGARRO CERVICAL	VÍA ABDOMINAL		VÍA VAGINAL		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Desgarro cervical único	18	21,7	9	10,8	27	32,5
Desgarro cervical bilateral	17	20,5	16	19,3	33	39,8
Desgarro cervical radiado	14	16,9	9	10,8	23	27,7
Total	49	59,0	34	41,0	83	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 13,330 > \chi^2_t = 12,461 \quad gl = 2 \quad p = 0,048$$

FIGURA 4



Fuente: tabla 4



En la tabla y figura N°4, se muestra el indicador desgarro cervical relacionado a la vía del parto.

Del 100% de casos de estudio que representa a 83 pacientes el 39.8% (33) presentó desgarro cervical bilateral, mientras que el 32.5% presento desgarro cervical único y el 27.7% presento desgarro cervical radiado.

En cuanto a la vía del parto 21.7% presento parto por vía abdominal y el 19.3% tuvo parto por vía vaginal.

El valor calculado de Chi-cuadrado ($\text{Chi}^2 = 13.330$) fue superior al valor crítico de Chi-cuadrado tabulado ($\text{Chi}^2_T = 12.461$) para 2 grados de libertad, con un valor de $p = 0.048$. Esto señala que hay una relación estadísticamente significativa entre el desgarro cervical y la vía del parto abdominal.

En el actual trabajo de investigación se muestra que el 39.8% presento desgarro cervical de tipo bilateral.

Blas P. reportó que el 28% de las pacientes presentaron desgarros perineales en su estudio. Sin embargo, este estudio no hace referencia específica a los desgarros cervicales (10).

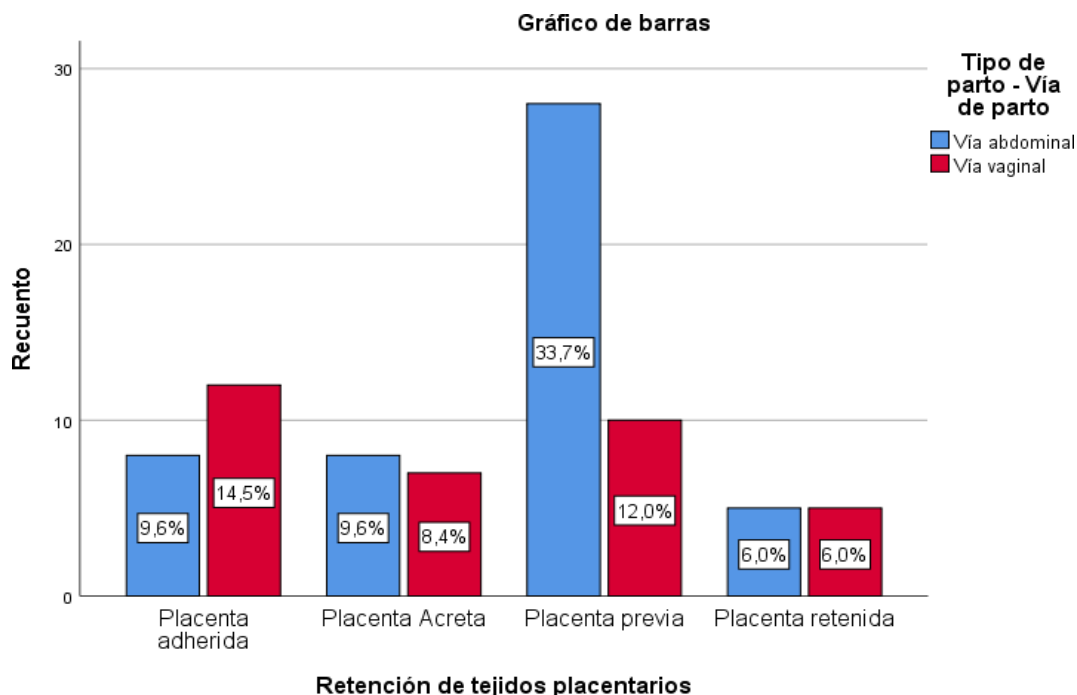
TABLA 5 RELACIÓN ENTRE RETENCIÓN DE TEJIDOS Y LA VÍA DE PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023.

RETENCIÓN DE TEJIDOS PLACENTARIOS	VÍA ABDOMINAL		VÍA VAGINAL		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
	Placenta Adherida	8	9,6	12	14,5	20
Placenta Acreta	8	9,6	7	8,4	15	18,1
Retención de restos	28	33,7	10	12,0	38	45,8
Placenta retenida	5	6,0	5	6,0	10	12,0
Total	49	59,0	34	41,0	83	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 7.056 > \chi^2_t = 6,024 \quad gl = 3 \quad p = 0,015$$

FIGURA 5



Fuente: Tabla 5.



En la tabla y figura N°5, se muestra el indicador retención de tejidos placentarios relacionado a la vía del parto.

Del 100% de casos de estudio que representa a 83 pacientes el 45.8% presentó retención de restos placentarios, mientras que el 24.1% presento placenta adherida, seguido del 18.1% presento placenta acreta y el 12% presento placenta retenida.

En cuanto a la vía del parto 33.7% presento parto por vía abdominal y el 14.5% tuvo parto por vía vaginal.

Según la prueba estadística de chi cuadrado calculado nos muestra el valor de $\chi^2_c = 7.056$ que resultó ser mayor al $\chi^2_t = 6.024$ para 3 Grado de Libertad y $p=0.015$, el cual indica que la retención de tejidos placentarios está relacionado estadísticamente significativa con la vía del parto.

En nuestro estudio se encontró que el 45.8% de las pacientes presentaron retención de restos placentarios.

Mientras que en el estudio de Aguirre Y. muestra que el 43% de las pacientes atendidas presentaron retención de placenta.

Comparando los resultados entre tu estudio, donde el 45.8% de las pacientes presentaron retención de restos placentarios, y el estudio de Aguirre Y., que reporta un 43% de retención placentaria sin especificar el tipo (13).

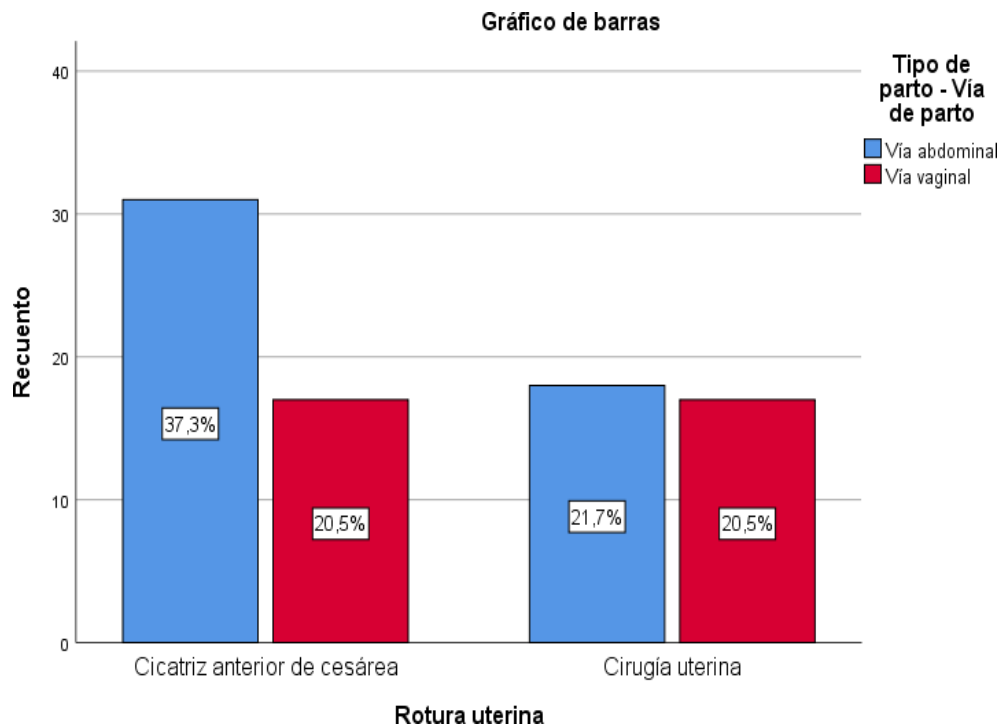
TABLA 6. RELACIÓN ENTRE ROPTURA UTERINA Y LA VÍA DE PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023

ROTURA UTERINA	VÍA ABDOMINAL		VÍA VAGINAL		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Cicatriz de Cesárea Anterior	31	37,3	17	20,5	48	57,8
Cirugía uterina	18	21,7	17	20,5	35	42,2
Total	49	59,0	34	41,0	83	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 8,945 > \chi^2_t = 7,445 \quad gl = 1 \quad p = 0,026$$

FIGURA 6



Fuente: tabla 6



En la tabla y figura N°6, se muestra el indicador rotura uterina relacionado a la vía del parto.

Del 100% de casos de estudio que representa a 83 pacientes el 57.8% (48) presentó cicatriz anterior de cesárea y el 42.2% presentó cirugía uterina.

En cuanto a la vía del parto 37.3% presentó parto por vía abdominal y el 20.5% tuvo parto por vía vaginal.

Según la prueba estadística de chi cuadrado calculado nos muestra el valor de $\chi^2_c = 8.945$ que resultó ser mayor al $\chi^2_t = 7.445$ para 1 Grado de Libertad y $p=0.026$, el cual indica que la rotura uterina está relacionado estadísticamente significativa con la vía del parto.

En nuestro estudio indica que el 57.8% de los casos presentaron rotura uterina debido a una cesárea anterior. Esto sugiere que, un porcentaje considerable de mujeres experimentaron esta complicación durante el parto posterior después de haber tenido una cesárea previa.

Según el estudio de Blas P., el 28% de los casos tuvo una cesárea anterior que condujo a la decisión de realizar una cesárea en el parto siguiente. Esto implica que aproximadamente una cuarta parte de las mujeres en ese estudio optaron por una cesárea en el parto siguiente debido a la cesárea previa (10).

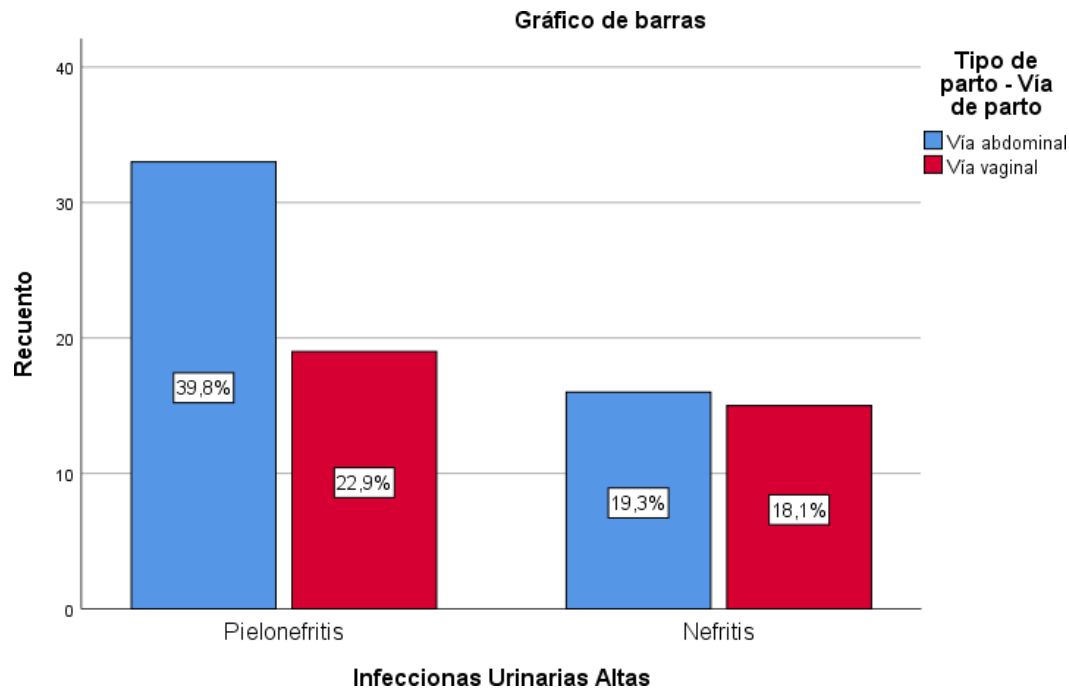
TABLA 7. RELACIÓN ENTRE INFECCIONES URINARIAS Y LA VÍA DE PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023.

INFECCIONES URINARIAS DE VÍAS ALTAS	VÍA ABDOMINAL		VÍA VAGINAL		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Pielonefritis	33	39,8	19	22,9	52	62,7
Nefritis	16	19,3	15	18,1	31	37,3
Total	49	59,0	34	41,0	83	100,0

Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 9,986 < \chi^2_t = 12,156_{gl = 1} \quad p = 0,057$$

FIGURA 7



Fuente: tabla 7



En la tabla y figura N°7, se muestra el indicador infecciones urinarias de vías altas relacionado a la vía del parto.

Del 100% de casos de estudio que representa a 83 pacientes el 62.7% (62.7) presentó pielonefritis y el 37.3% presentó nefritis.

En cuanto a la vía del parto 39.8% presentó parto por vía abdominal y el 22.9% tuvo parto por vía vaginal.

Según la prueba estadística de chi cuadrado calculado nos muestra el valor de $\chi^2 c = 9.986$ que resultó ser menor al $\chi^2 t = 12.156$ para 1 Grado de Libertad y $p=0.057$, el cual indica que las infecciones urinarias de vías altas están relacionadas estadísticamente significativa con la vía del parto.

En nuestro estudio, observamos que el 62.7% de las pacientes presentaron infección urinaria de vías altas, específicamente pielonefritis. Este hallazgo resalta la alta prevalencia de complicaciones graves del tracto urinario durante el embarazo.

En el estudio de Galván J., se encontró que las pacientes también presentaron pielonefritis, La similitud en los hallazgos entre nuestro estudio y el de Galván J. sugiere una preocupación común por las complicaciones del tracto urinario durante el embarazo, específicamente la pielonefritis (12).

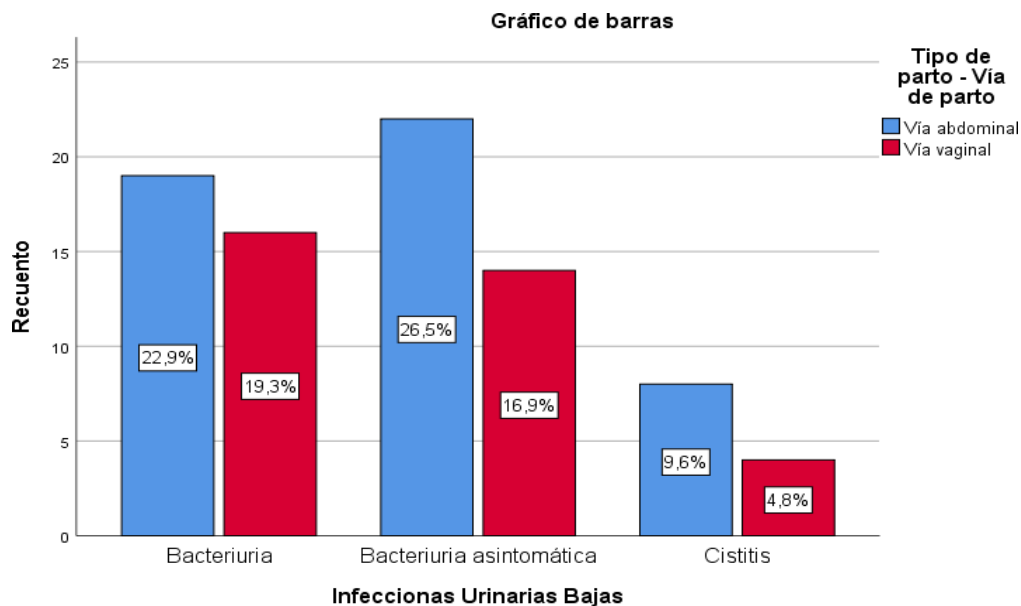
Tabla 8. RELACIÓN ENTRE INFECCIONES URINARIAS DE VÍAS BAJAS Y LA VÍA PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023

INFECCIONES URINARIAS DE VÍAS BAJAS	VÍA ABDOMINAL		VÍA VAGINAL		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
	Bacteriuria sintomática	19	22,9	16	19,3	35
Bacteriuria asintomática	22	26,5	14	16,9	36	43,4
Cistitis	8	9,6	4	4,8	12	14,5
Total	49	59,0	34	41,0	83	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 10,701 > \chi^2_t = 10,113 \quad gl = 2 \quad p = 0,039$$

FIGURA 8



Fuente: tabla 8



En la tabla y figura N°8, se muestra el indicador infecciones urinarias de vías bajas relacionado a la vía del parto.

Del 100% de casos de estudio que representa a 83 pacientes el 43.4% (36) presentó bacteriuria asintomática, mientras que el 42.2% presento bacteriuria sintomática y el 14.5% presento cistitis.

En cuanto a la vía del parto 26.5% presento parto por vía abdominal y el 19.3% tuvo parto por vía vaginal.

Según la prueba estadística de chi cuadrado calculado nos muestra el valor de $\chi^2 c = 10.701$ que resultó ser mayor al $\chi^2 t = 10.113$ para 2 Grado de Libertad y $p=0.039$, el cual indica que las infecciones urinarias de vías bajas están relacionadas estadísticamente significativa con la vía del parto.

El resultado se asemeja con los hallazgos del investigador Paez J. Quien muestra en su estudio que el 38% de las pacientes se encontraban en el grupo etario de mayor a 35 años.

En la actual investigación se encontró que el 43.4% de las pacientes sufrieron infeccione urinarias de vías bajas la más predominante fue la bacteriuria asintomática.

El resultado se asemeja con los hallazgos del investigador Blas P. Quien muestra en su estudio que el 36.3% de las pacientes presentaron infecciones urinarias (10).

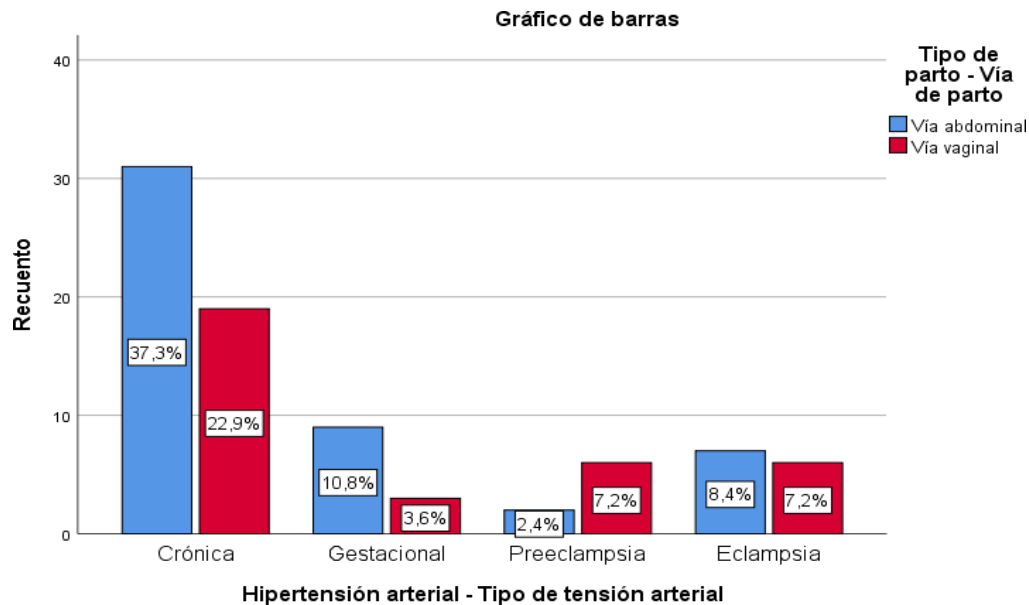
Tabla 9. RELACIÓN ENTRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA VÍA DE PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023

TIPO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	VÍA ABDOMINAL		VÍA VAGINAL		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
Crónica	31	37,3	19	22,9	50	60,2
Gestacional	9	10,8	3	3,6	12	14,5
Preeclampsia	2	2,4	6	7,2	8	9,6
Eclampsia	7	8,4	6	7,2	13	15,7
Total	49	9,0	34	41,0	83	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 13,651 > \chi^2_t = 11,875 \quad gl = 3 \quad p = 0,019$$

FIGURA 9



Fuente: tabla 9



En la tabla y figura N°9, se muestra el indicador tipo de hipertensión arterial relacionado a la vía del parto.

Del 100% de casos de estudio que representa a 83 pacientes el 60.2% presentó hipertensión crónica, mientras que el 15.7% presento eclampsia, seguido del 14.5% presento hipertensión gestacional y finalmente el 9.6% presento preeclampsia.

En cuanto a la vía del parto 37.3% presento parto por vía abdominal y el 22.9% tuvo parto por vía vaginal.

Según la prueba estadística de chi cuadrado calculado nos muestra el valor de $\chi^2 c = 13.651$ que resultó ser mayor al $\chi^2 t = 11.875$ para 3 Grado de Libertad y $p=0.019$, el cual indica que el tipo de hipertensión arterial están relacionadas estadísticamente significativa con la vía del parto.

En nuestro estudio se observó que el 60.2% de las pacientes presentaban hipertensión crónica. Esta diferencia sugiere que las pacientes en nuestro grupo de estudio ya tenían un diagnóstico previo de hipertensión, lo cual puede influir en la gestión y el manejo durante el embarazo y el parto.

Resultado que se asemeja al estudio del investigador, Paez J. encontró que el 24% de las pacientes desarrollaron trastornos hipertensivos durante el embarazo, lo que resultó en una alta tasa de procedimientos de cesárea. (8).

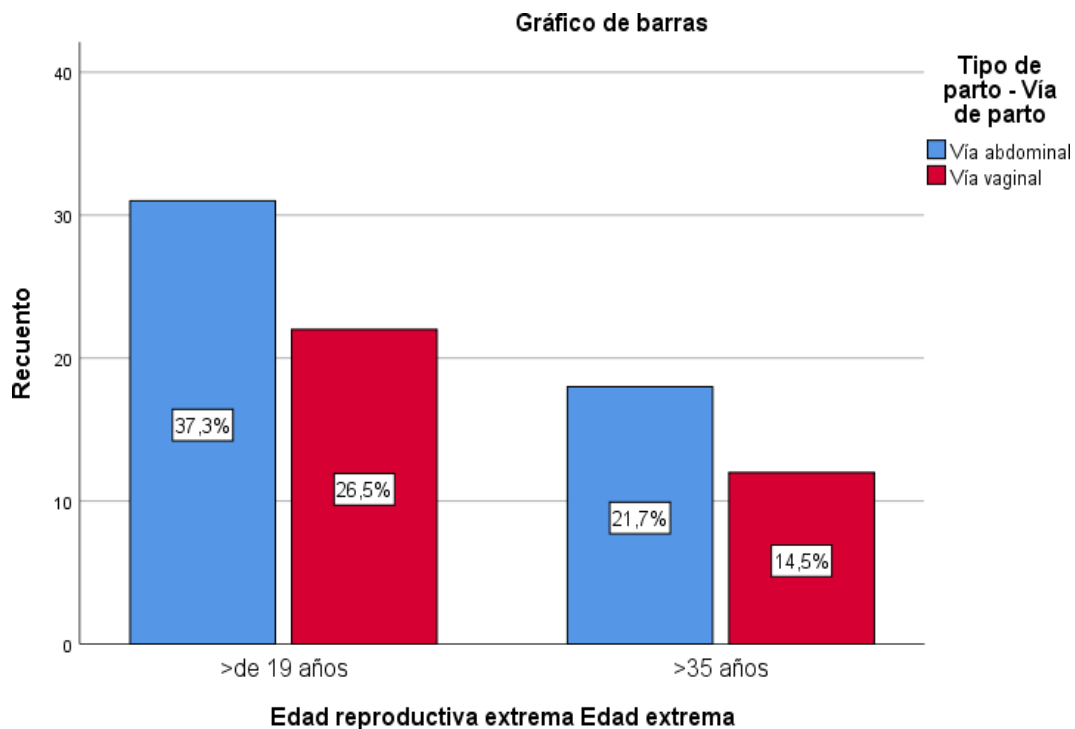
TABLA 10. RELACIÓN ENTRE EDAD REPRODUCTIVA Y LA VÍA DE PARTO EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023

EDAD REPRODUCTIVA EXTREMA	VÍA ABDOMINAL		VÍA VAGINAL		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
>de 19 años	31	37,3	22	26,5	53	63,9
>35 años	18	21,7	12	14,5	30	36,1
Total	49	59,0	34	41,0	83	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$\chi^2_c = 10,066 > \chi^2_t = 8,445 \quad gl = 1 \quad p = 0,039$$

FIGURA 10



Fuente: tabla 10



En la tabla y figura N°10, se muestra el indicador edad reproductiva extrema y la relación a la vía del parto.

Del 100% de casos de estudio que representa a 83 pacientes el 63.9% se encontraba en el grupo etario de menor 19 años y el 36.1% se encontró en el grupo etario de mayor a 35 años.

En cuanto a la vía del parto 37.3% presento parto por vía abdominal y el 26.5% tuvo parto por vía vaginal.

Según la prueba estadística de chi cuadrado calculado nos muestra el valor de $\chi^2 c = 10.066$ que resultó ser mayor al $\chi^2 t = 8.445$ para 1 Grado de Libertad y $p=0.039$, el cual indica que la edad reproductiva extrema se encuentra relacionada estadísticamente significativa con la vía del parto.

En nuestro estudio, nos enfocamos en mujeres menores de 19 años y encontramos que presentan un aumento significativo en complicaciones obstétricas. Nuestros resultados sugieren que este grupo demográfico podría beneficiarse de intervenciones específicas durante el embarazo para reducir estas complicaciones y mejorar los resultados maternos y neonatales.

Por otro lado, el estudio de Moreno G. abordó una población más diversa, incluyendo tanto personas mayores como adolescentes. Encontraron que más de un tercio de los ingresos hospitalarios por obstetricia provenían de este grupo. Además, observaron que las cesáreas fueron predominantes debido a puerperios complicados (9).



CONCLUSIONES

PRIMERA: Se llegó a concluir que las complicaciones del puerperio inmediato hemorragias, infecciones urinarias, hipertensión y edad reproductiva extrema tienen relación significativa con parto vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, por tanto se acepta la hipótesis planteada.

SEGUNDA: Se concluye que las complicaciones hemorrágicas del puerperio inmediato: Atonía uterina $P=0.041$, desgarros perineales $P=0.039$, hematoma vaginal $P=0.013$, desgarro cervical $P=0.048$, retención de tejidos $P=0.015$, rotura uterina $P=0.026$ se relacionan significativamente con el tipo de parto vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, por tanto, se acepta la hipótesis planteada.

TERCERA: Se determinó que las complicaciones de Infecciones urinarias de vías bajas del puerperio inmediato tienen relación significativa con el tipo de parto por vía vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano por tanto se acepta la hipótesis planteada.

CUARTA: Las complicaciones de hipertensión arterial del puerperio inmediato: tipo de tensión arterial gestacional tiene relación significativa con el tipo de parto por vía vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, por tanto, se acepta la hipótesis planteada.

QUINTA: En conclusión las complicaciones del puerperio inmediato: edad reproductiva extremo $>$ de 35 años tiene relación significativa con el



tipo de parto vía vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, es por tanto se acepta la hipótesis planteada.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda al Jefe de departamento de gineco Obstetricia después de ver las grandes cantidades de complicaciones del puerperio inmediato que se presentan en las últimas décadas se mantienen y asimismo observar los gestantes debido a la falta de un número adecuado de consultas prenatales, es necesario mejorar la concienciación de las mujeres embarazadas mediante programas educativos, charlas y visitas domiciliarias. Esto ayudaría a prevenir tales situaciones de estas complicaciones.

SEGUNDA: Los futuros investigadores deben realizar una investigación con mayores cantidades como muestra sobre complicaciones hemorrágicas del puerperio y se podría ampliar la cobertura a más establecimientos de salud y así poder tener un resultado que se obtengan de manera sumamente relevante.

TERCERA: El jefe del servicio de obstetricia debe incluir con más frecuencia capacitaciones sobre el tema de infecciones urinarias en el puerperio inmediato para de esa forma ver como se complica con el tipo de parto de las gestantes y de esa forma los profesionales podrán actuar de forma adecuada.

CUARTA: El Jefe del servicio de Obstetricia se recomienda impulse la implementación de programas de capacitación temprana y consejería dirigidos a las usuarias que acuden al servicio de Ginecología del hospital Carlos Monge Medrano y se encuentran en edad materna avanzada. El enfoque de estas iniciativas debería estar centrado en la



prevención de la hipertensión arterial durante el puerperio inmediato, con el objetivo de mitigar posibles riesgos asociados a este grupo de pacientes. Esta medida proactiva no solo contribuirá a la mejora de la salud materna, sino que también fortalecerá la atención integral brindada a las mujeres en esta etapa crucial de su vida reproductiva. La implementación de estas acciones preventivas reflejará un compromiso continuo con la excelencia en la atención obstétrica y responde a la necesidad de abordar de manera proactiva las condiciones de salud específicas de las mujeres en edad materna avanzada que asisten a nuestro hospital.

QUINTA: A los médicos y obstetras que labora en el servicio de Obstetricia debe mejorar la realización de atenciones prenatales en la edad reproductiva con calidez y calidad, de manera especial en las embarazadas en edad reproductiva y esto para que no haya resultados obstétricos desfavorables. Se recomienda que estos resultados sean tenidos en cuenta en futuras investigaciones y prácticas clínicas, ayudando así al avance del conocimiento del area de la salud materna.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bezares B, Sanz S, Jiménez I. Patología puerperal. Anales Sis San Navarra [Internet]. 32a ed. 2009; Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1137-66272009000200015&lng=es&tlng=es
2. OPS y OMS. Salud Materna [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna#:~:text=La%20mortalidad%20materna%20es%20inaceptablemente,parto%20o%20despu%C3%A9s%20de%20ellos.>
3. MINSA C.D.C. Vigilancia Epidemiológica [Internet]. elaboración: MCLCP; 2021. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=MINSA- CDC.+Vigilancia+epidemiol%C3%B3gica+de+la+MM-Semana+13%2C+2020+y+2021.+elaboraci%C3%B3n%3A+MCLCP.&rlz=1C1>
4. Naula Espinoza, L, Quiñonez Leo C, Solano Calle B, Méndez Reyes J.G, Oviedo Llana Y, Carpio Jaramillo D, et al. complicaciones del puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-2013. Revista Latino Americana de Hipertensión [Internet]. 2019;14(2). Disponible en: https://www.revhipertension.com/rlh_2_2019/complificaciones_puerperio_inmediato.pdf
5. Montenegro Rivera E, Arango-Ochante P. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE PUERPERIO MEDIATO, EN RELACIÓN A LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE EMBARAZO A TÉRMINO DE LA ACOG, EN EL HOSPITAL DE VITARTE, AÑO 2018. Revista peruana de investigación materno perinatal [Internet]. 2018;3. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/complificaciones-obstétricas-puerperio>
6. CASTRO CRUZ E, RAFAEL MAMANI M. "FACTORES DE RIESGO QUE OCASIONAN COMPLICACIONES POSTPARTO EN MUJERES PUERPERAS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO. JULIACA 2015" [Internet]. [Juliaca Puno Perú]:



- Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"; 2015. Disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/249337542.pdf>
7. Sanabria Fromherz Z.E, Fernández Arenas C. Comportamiento patológico del puerperio. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011;37(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0138-600x2011000300005
 8. Páez Jaramillo D. Complicaciones puerperales de las madres atendidas en un hospital de alta complejidad de Bogotá-Colombia entre junio de 2018 a junio de 2020. Repositorio institucional E-docUR [Internet]. el 13 de julio de 2021;3(1). Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/31939>
 9. Encinosa Moreno G. PUERPERIO COMPLICADO, UN RETO CLÍNICO. Cubana: Medicina intensiva y Emergencias [Internet]. 2014;13(3). Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/35>
 10. Blas padilla A.E. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio presentadas en las madres en edades extremas en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, Puente Piedra – 2016 [Internet]. [Perú]: Universidad de San Martín de Porres; 2016. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/3589>
 11. Mocarro Chapilliquén S.C. Factores de riesgo asociados con hemorragias postparto en pacientes atendidas en el Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa de Piura 2017 [Internet]. [Perú- Piura.]: Universidad Nacional de Piura escuela profesional de obstetricia; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1623>
 12. Galván Buleje, J.C. Complicaciones en el puerperio inmediato en edad reproductiva extrema Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2017-2018 [Internet]. [Perú Lima]: Universidad San Martin de Porras; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/5078>
 13. Aguirre Mamani, Y., Huacantara Apaza, Y. Factores De Riesgos Obstétricos Asociados A Hemorragias Post Parto En Puérperas Inmediatas, Hospital Lucio Aldazabal Huancané – 2021 [Internet]. [Perú -



- Huancayo]: Universidad Roosevelt; 2022. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/20.500.14140/1152>
14. Mamani castillo R.H, Machaca Calla Sh. Hemorragias obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2021 [Internet]. [Perú - Puno]: Roosevelt; 2021. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/20.500.14140/1170>
15. Cabana Choquehuayta, L. B. Complicaciones en el puerperio inmediato en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2021. [Internet]. [Perú- Juliaca]: Andina "Néstor Cáceres Velásquez"; 2021. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/8064>
16. Gary Cunningham F, Kenneth J, Bloom, Jodi S, Dashe, Barbara L, Hoffman, Brian M, Casey, Catherine Y. S. Williams Obstetricia [Internet]. 25a ed. Disponible en:
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2739§ionid=229288128>
17. Solari A., Solari C., Wash A.F, Guerrero G.M., Enríquez G.O. Hemorragia postparto: etiología, diagnóstico y tratamiento. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. el 12 de abril de 2021;25(6). Disponible en:
<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/hemorragia-postparto-etilogia-diagnostico-y-tratamiento/>
18. Karlsson H., Pérez Sanz. C. Hemorragia postparto. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2009;32(1). Disponible en: Hemorragia postparto H. Karlsson, C.Pérez Sanz
19. Moldenhawer J.S. Manual MSD [Internet]. 2021. Disponible en:
<https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/trabajo-de-parto-pret%C3%A9rmino>
20. Diccionario Médico. Diccionario [Internet]. Disponible en:
<https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/multipara>
21. Orias Vázquez M. Ruptura prematura de membranas. Revista médica sinergia [Internet]. el 1 de noviembre de 2020;Vol. 5(11). Disponible en:



<https://doi.org/10.31434/rms.v5i11>

22. BOCANEGRA GARCÍA G, BOCANEGRA GARCÍA L. Factores asociados a los tipos de trauma obstétrico en recién nacidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo del 2004 al 2005 [Internet]. [Trujillo - Perú]: Cesar Vallejo; 2006. Disponible en: <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rmv/v04n2/pdf/a06v4n2.pdf>
23. Madi, J. M. et al. Factores de riesgo asociados a traumatismo al nacimiento. Rev chil obstet ginecol. 2012;77(1): p.35-39.
24. Delgado Contreras. M. Traumatismos del recién nacido [Internet]. Medigrafif artemisa; 2007. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=Traumatismos+del+reci%C3%A9n+nacido+Delgado>
25. Boletín informativo. Manual de protocolo de decisiones salud de la mujer [Internet]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2694-1.pdf>
26. Ministerio de Salud. Guía de Atención Materna. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. 2004.
27. Schwarcz R. y col. Factores de riesgos: Factores mecánicos: retención de restos placentarios o anexos, retención de coágulos. Sobre distensión uterina:
28. Polihidramnios, Embarazo Partos prematuros. 6 edición. Editorial Ateneo El ateneo. Buenos Aires, Argentina;2008. (Obstetricia).
29. Mongruth A. Tratado de Obstetricia. 4 edición. Monpress. Lima, Perú, 2000; 2000.
30. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. 2007.
31. Di Pietro M, Pietro Faggioni. UN CASO DE ROTURA UTERINA DURANTE EL EMBARAZO [Internet]. [España]: Asociación Española de Bioética y Ética Médica; 2029. Disponible en: edalyc.org/journal/875/87558347007/html/#:~:text=La%20rotura%20uterina%20completa%20o,diagnóstico%20y%20un%20tratamiento%20precoces



32. López Arévalo, R. Uso del "Score RALE Modificado" en radiografía simple de tórax (AP) como medio predictor en pacientes Covid-19 críticos. Octubre 2020 - marzo 2021. Repositorio institucional Universidad Nacional de San Martín Perú [Internet]. 2021; Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/4232>
33. García E. J., Chatara Jiménez A.R. CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN USUARIOS QUE ASISTEN A UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR MILAGRO DE LA PAZ, SAN MIGUEL, EN PERIODO DE FEBRERO A SEPTIEMBRE 2019. Universidad del Salvador; 2021.
34. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Recomendaciones de la OMS para el tratamiento de la preeclampsia y eclampsia [Internet]. Disponible en: pps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf
35. Valdés Yong M, Hernández Nunes J. Factores de riesgo para preeclampsia. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2014;3(43). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572014000300005&script=sci_abstract&tlng=es
36. Orellana Reyes W.E. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL "NUESTRA SEÑORA DE FATIMA" DE COJUTEPEQUE, EL SALVADOR, DE ENERO A JUNIO 2018. [Internet]. [Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Managua; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/12535/1/t11110.pdf>
37. Rodriguez O, Moya W, Kienas C, Jijon A. Predictive value of angiogenic factors, clinical risk factors and uterine artery Doppler for preeclampsia and fetal growth restriction in second and third trimester pregnancies in an Ecuadorian population. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine [Internet]. 2020; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5345/1/Predictive%20value%20of%20angiogenic%20factors,%20clinical.pdf>
38. Vayas Valdivieso W.A, Gordon Zamora E.J. Factores de riesgo asociados



- a preeclampsia. julio de 2015; Disponible en:
<https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/493>
39. Romo Flores O. Características clínico epidemiológicas de la preeclampsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé 2015-2016. universidad Nacional del Centro del Perú [Internet]. 2017; Disponible en:
<https://repositorio.uncp.edu.pe/>
40. Acosta Aguirre Y., Bosch Costafreda C, López Barroso R, Rodríguez yero D. Preeclampsia y eclampsia en el período gravídico y puerperal en pacientes ingresadas en cuidados intensivos. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, [Internet]. 2019;45(1). Disponible en:
<https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/rt/printerFriendly/417/315>
41. Vargas Corimaya L.A. FACTORES PREDICTORES DE ECLAMPSIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME" DURANTE EL PERIODO 2010 – 2014. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS [Internet]. 2015; Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4357/Vargas_cl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2022. Disponible en:
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595
43. ENDES. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA [Internet]. Lima Perú; 2015. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
44. REMUZGO HUAMÁN S.E. PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PERCEPCIONES EN ESTUDIANTES Y DOCENTES DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LIMA [Internet]. [Lima Perú]: Universidad San Martín de Porres; 2013. Disponible en:



- https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/623/remuzgo_se.pdf?sequence=3&isAllowed=y
45. Donoso E, Carvajal A, Vera C., Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chile 2014 [Internet]. 2015;142(168–174). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>
46. Diccionario de la lengua española. Diccionario de la lengua española [Internet]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=complicacion&rlz=1C1CHBF_esPE884PE884&oq=complicacion+&aqs=chrome..69i57j69i59l3j0i271l3j69i60.9889j0j15&sourceid=chrome &ie=UTF-8
47. MENDOZA PILCO M. EDAD MATERNA, PARIDAD, CONTROLES PRENATALES, EDAD GESTACIONAL, PESO DEL RECIÉN NACIDO Y ANEMIA ASOCIADOS A TRABAJO DE PARTO PROLONGADO EN PACIENTES DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA 2020 [Internet]. [Arequipa Perú]: Nacional de San Agustín; 2021. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12389/MCmepiam.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
48. Melchor ..J.C. Tiempos en paritorio. Dilatación, expulsivo y alumbramiento. ¿Tenemos que cambiar los tiempos? [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.svg.es/sites/default/files/TiemposEnParitorio.pdf>
49. Hernández Sampiere R, Fernández Collado C, Baptista P.L. Metodología de la Investigación [Internet]. sexta. México; 2014. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>



ANEXOS



Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
PG: ¿Cuáles son las complicaciones del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?	OG. Determinar las complicaciones del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.	Las complicaciones del puerperio inmediato hemorragias, infecciones urinarias, hipertensión y edad reproductiva extrema se relacionan con la vía de parto vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.	V1. Complicaciones del puerperio inmediato	1.1 Hemorragias	- Atonía uterina - Desgarros perineales - hematoma vaginal - Desgarro cervical - Retención de tejidos - Rotura uterina
PE 1.- ¿Cuáles son las complicaciones hemorrágicas del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?	OE1.- Identificar las complicaciones hemorrágicas del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.	HE 1. Las complicaciones hemorrágicas del puerperio inmediato: Atonía uterina, desgarros perineales, hematoma vaginal, desgarro cervical, retención de tejidos, rotura uterina se relacionan con la vía de parto vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.		1.2. Infecciones Urinarias	- Infección urinaria de vías altas - Infección de vía bajas
PE 2.- ¿Cuáles son las complicaciones Infecciones urinarias del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?	OE2.- Describir las complicaciones de las Infecciones urinarias del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.	Las complicaciones de Infecciones urinarias de vías bajas del puerperio inmediato tienen relación con la vía de parto por vía vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.		1.3. Hipertensión arterial	Tipo de tensión arterial
PE 3.- ¿Cuáles son las complicaciones de hipertensión arterial del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?	OE 3.- Identificar las complicaciones de hipertensión arterial del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.	HE 3.- Las complicaciones de hipertensión arterial del puerperio inmediato: tipo de tensión arterial gestacional tiene relación con la vía de parto por vía vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.		1.4. Edad reproductiva extrema	Edad extrema
PE4.- ¿Cuáles son las complicaciones de la edad reproductiva del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?	OE 4.- Inferir las complicaciones de la edad reproductiva del puerperio inmediato y su relación con la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.	HE 4.- Las complicaciones del puerperio inmediato: edad reproductiva extremo > de 35 años tiene relación con la vía de parto vía vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.			
¿Cuáles son las complicaciones del puerperio inmediato relacionado a la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano?	Identificar la frecuencia de las complicaciones del puerperio inmediato relacionado a la vía de parto en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano.	Las complicaciones del puerperio inmediato se relacionan a la vía parto vaginal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano	V2. Vía del parto	Tipo de vía del parto	a) Vía abdominal b) Vía vaginal



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Señora paciente del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, tenga la amabilidad demarcar las respuestas de las siguientes preguntas, que servirán para la realización del trabajo de investigación sobre: Complicaciones del puerperio inmediato y su relación con el tipo de parto de pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2023

. Gracias

Complicaciones del puerperio inmediato

1.Hemorragias

Atonía uterina

Sobre distensión uterina Parto prolongado

Parto precipitado

Multiparidad

RPM

Desgarros perineales

Grado I

Grado II

Grado

III Grado

IV

Hematoma vaginal

- Próximo a la vulva

- Próximo a la vagina

**Desgarro cervical**

Desgarro cervical único

Desgarro cervical

bilateral Desgarro

cervical radiado.

**Retención de tejidos
placentarios**

Placenta

adherida

Placenta Acreta

Placenta previa

Placenta

retenida

Rotura uterina

Cicatriz anterior de

cesáreaCirugía uterina

**- Infecciones Urinarias
Altas**

Pielonefriti

sNefritis

Bajas

Bacteriuria

Bacteriuria

asintomática

Cistitis

Hipertensión arterial**Tipo de tensión arterial**



- Crónica
- Gestacional
- Preeclampsia
- aEclampsia

Edad reproductiva

extrema Edad extrema

- >de 19 años
-
- >35 años

Tipo de parto

2.1 Vía de parto

- Vía abdominal
- Vía vaginal



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Título de la Tesis: COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

Nombre del Juez..... Diana C. Perea Machaca.....
Especialidad..... Obstetra.....
..... Colegiatura COP: 41460 Fecha
.....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE	TOTAL
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1	
La estructura del instrumento es el adecuado.	1	
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1	
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	
Los ítems son claros y entendibles.	1	
El número de ítems es adecuado para aplicación.	1	
*Se deben eliminar algunos ítems	0	
Total	7	

Se ha considerado:

De acuerdo = 1 (SI)

En desacuerdo = 0 (NO)


..... Diana C. Perea Machaca
..... OBSTETRA
..... COP. 41460



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Título de la Tesis: COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2023

Nombre del Juez..... Wilson Hanco Vilca.....
Especialidad..... Obstetra.....
..... Colegiatura..... 28240..... Fecha
.....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE	TOTAL
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1	
La estructura del instrumento es el adecuado.	1	
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1	
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	
Los ítems son claros y entendibles.	1	
El número de ítems es adecuado para aplicación.	1	
*Se deben eliminar algunos ítems	0	
Total		

Se ha considerado:

De acuerdo = 1 (SI)

En desacuerdo = 0 (NO)


.....
Wilson Hanco Vilca
C.O.P. 28240
.....
Obstetra



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 19/07/2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: ALEX WILLIAM CHOQUE BARRA

Dirección: La Capilla – Pasaje la amistad S/N

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 43988538

Teléfono : 918366020 email: alexitopk2app@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: OBSTETRICIA

Título o Grado Académico a optar: OBSTETRA

Asesor: Dra. ELIBETH VARGAS ONOFRE

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO Y SU RELACIÓN CON LA VÍA DEL PARTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO-2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): Complicaciones, Puerperio, Pacientes, Hospital

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

1

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - PO6

Firma de Autor



huella digital

19/07/2024

Fecha