



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS
A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:
Bach. KATERIN ESTEFANI ARIAS QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

JULIACA – PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS
A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. KATERIN ESTEFANI ARIAS QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:

Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

PRIMER MIEMBRO

:

Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

SEGUNDO MIEMBRO

:

Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

ASESOR DE TESIS

:

Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

:

MEDICINA HUMANA P-09



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN N°1220-2025--FCS-UANCV

Juliaca, 27 de noviembre del 2025

VISTOS: Exp. 2025 -12637 presentado por el (la) egresado (a) ARIAS QUISPE KATERIN ESTEFANI quién ha solicitado cambio del Asesor del Proyecto de Investigación conducente a optar el título profesional de MÉDICO CIRUJANO

CONSIDERANDO: Que, según Resolución Decanal N°465-2025-D-FCS-UANCV, se aprueba la Propuesta de Tesis titulado: FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024 para lo cual se asignó.

* Asesor (a) : Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Investigación ha emitido el Oficio N° 026-2025-U-FCS-UANCV, la emisión de la resolución de cambio de asesor, por motivos que ya no tienen vínculo laboral con la UANCV; y,

Estando el informe favorable de la Unidad de Grados y Títulos, 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 el CAMBIO del ASESOR (A) designados a la (egresada) ARIAS QUISPE KATERIN ESTEFANI, para la revisión del proyecto de investigación titulado FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024 para optar al Título Profesional de MÉDICO CIRUJANO debiendo quedar a partir de fecha.

* Asesor (a) : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

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 Medicina Humana y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

DISTRIBUCIÓN:

- Interesados (1)
- Archivo (1)



DISTRIBUCIÓN

EP. Obstetricia



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1270 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 02 de Diciembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 11003 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: **FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

CONSIDERANDO:

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: MÉDICO CIRUJANO del bachiller: ARIAS QUISPE KATERIN ESTEFANI habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * Presidente : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * 1er. Miembro : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
- * 2do. Miembro : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

- * Asesor (a) : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

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

DIA : MIERCOLES 03 DE DICIEMBRE DEL 2025
HORA : 16:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

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 Medicina Humana y 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.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)



RESOLUCIÓN DECANAL N° 896 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 07 de octubre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 9238-2025 de fecha 30 de setiembre del 2025, presentado por el Bachiller el **ARIAS QUISPE KATERIN ESTEFANI** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** Por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Medicina Humana

CONSIDERANDO:

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**

- * **Asesor (a)** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

Estando en la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento interno de trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos Resolución N° 094-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N°30220 Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la Unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS)** para la **REVISION** de **SIMILITUD TURNITIN.**, presentado por el bachiller **ARIAS QUISPE KATERIN ESTEFANI** para optar el título profesión de **MÉDICO CIRUJANO** con el tema titulado **FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación **Medicina Humana P-09**

- * **ARTICULO SEGUNDO.-** RATIFICAR como **ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN (a)** a la **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

* **ARTICULO SEGUNDO.-** DISPONER que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaria Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.



Distribución: interesado Archivo.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 465 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 17 de junio del 2025

VISTOS:

El Informe N° 043-2025-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 propuesta de Investigación de fecha 09 de junio de la E.P. de Medicina Humana a folio 00101

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **ARIAS QUISPE KATERIN ESTEFANI** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación: **MEDICINA HUMANA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- *

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 700-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando en la opinión técnica favorable 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 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **ARIAS QUISPE KATERIN ESTEFANI** para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

La Propuesta 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) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** a l(la) Docente Ordinario (a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Mgr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

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 Medicina Humana quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

17%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Andina Nestor
Caceres Velasquez

Trabajo del estudiante

15%

2

Submitted to Universidad Autónoma de
Nuevo León

Trabajo del estudiante

1%

3

repositorio.uancv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.unp.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

5

www.msdmanuals.com

Fuente de Internet

<1%

6

hdl.handle.net

Fuente de Internet

<1%

7

repositorio.unap.edu.pe

Fuente de Internet

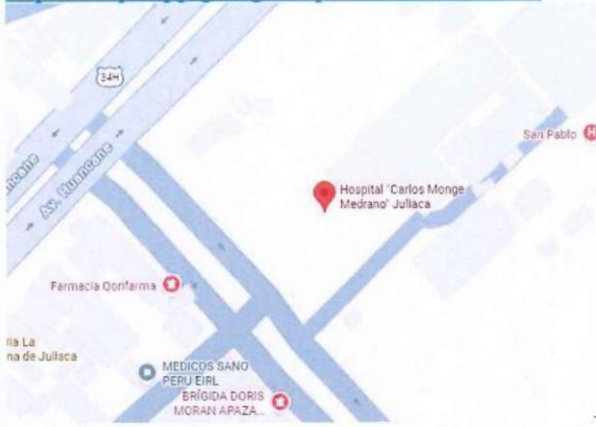
<1%

dspace.ucuenca.edu.ec

**Metadatos Complementarios**

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	KATERIN ESTEFANI ARIAS QUISPE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	76195498
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-2216-6060
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4559-141X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01300221



Datos de investigación	
Línea de investigación	Medicina Humana – P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Latitud: -15.48191347591 Longitud: -70.1207477773 https://maps.app.goo.gl/9aipPYKkw6ZomtfX8 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Junio 2025 – Diciembre 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00 Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02



UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Maria Concepcion Figueroa Vilca
Dra. Maria Concepcion Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



TESIS UANCV

TESIS UANCV



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo KATERIN ESTEFANI ARIAS QUISPE, identificado con DNI
Nro. 76195498 en mi condición de egresado de:

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

CIENCIAS DE LA SALUD

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

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

Asesorado por: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

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 08 de diciembre del 2025

Firma del Asesor
(obligatoria)

Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios, por todas las bendiciones recibidas, por brindarme la fortaleza necesaria para continuar y culminar este importante logro, siendo mi guía y sostén en los momentos de dificultad y debilidad.

A mis padres, por su amor, comprensión y apoyo incondicional a lo largo de todo este proceso de formación profesional.



AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, mi alma mater, por brindarme la oportunidad de formarme académica y profesionalmente.

A mi asesor, por su valiosa orientación, paciencia y compromiso durante el desarrollo de esta investigación.

Al Director del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, por permitirme realizar este estudio en sus instalaciones, así como al personal de salud y a las pacientes participantes, por su colaboración, tiempo y disposición.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCION	xiv

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1.1. Problema principal	4
1.1.2. Problemas específicos	4
1.2. JUSTIFICACIÓN	5
1.2.1. Justificación Teórica	5
1.2.2. Justificación practica	6
1.2.3. Justificación metodológica	7
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.3.1. Objetivo general	8
1.3.2. Objetivos específicos.....	8
1.4. HIPÓTESIS	8
1.4.1. Hipótesis general.....	8
1.4.2. Hipótesis específicas.....	9
1.5. VARIABLES.....	9
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	10



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
2.1.1. A Nivel Internacional	11
2.1.2. A nivel nacional	16
2.1.3. A nivel local	22
2.2. MARCO TEÓRICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO	28
2.3. MARCO CONCEPTUAL	65

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	66
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	66
3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN	66
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	67
3.4.1. Población	67
3.4.2. Muestra	67
3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	67
3.5.1. Técnicas	67
3.5.2. Instrumentos	68
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	68
3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	69
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	69
3.8.1. Validez	69
3.8.2. Confiabilidad	69



CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES.....	94
RECOMENDACIONES	95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
ANEXOS	104
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	105
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	109
ANEXO 3: INSTRUMENTO:	111
ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	113
ANEXO 5. AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN	119



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Relación de la edad y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el hospital carlos monge medrano juliaca 2024 ..	70
Tabla 2.	Relación del grado de instrucción y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el hospital carlos monge medrano juliaca 2024	72
Tabla 3.	Relación del estado civil y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el hospital carlos monge medrano juliaca 2024	74
Tabla 4.	Relación de la procedencia y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el hospital carlos monge medrano juliaca 2024	76
Tabla 5.	Relación del parto vaginal y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el hospital carlos monge medrano juliaca 2024	78
Tabla 6.	Relación de la cesárea y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el hospital carlos monge medrano juliaca 2024 ..	80
Tabla 7.	Relación del trabajo de parto provocado y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el hospital carlos monge medrano juliaca 2024	82
Tabla 8.	Relación de la edad gestacional y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el hospital carlos monge medrano juliaca 2024	84
Tabla 9.	Relación del numero de tactos y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el hospital carlos monge medrano juliaca 2024	86



Tabla 10. Relación de la extracción manual de placenta y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el hospital carlos monge medrano juliaca 2024	88
Tabla 11. Relación de la comorbilidad y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el hospital carlos monge medrano juliaca 2024	90
Tabla 12. Endometritis puerperal en pacientes atendidas en el hospital carlos monge medrano juliaca 2024.....	92



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relación de la edad y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	70
Figura 2. Relación del grado de instrucción y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	72
Figura 3. Relación del estado civil y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	74
Figura 4. Relación de la procedencia y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	76
Figura 5. Relación del parto vaginal y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	78
Figura 6. Relación de la cesárea y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	80
Figura 7. Relación del trabajo de parto provocado y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	82
Figura 8. Relación de la edad gestacional y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	84
Figura 9. Relación del numero de tactos y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	86



Figura 10.Relación de la extracción manual de placenta y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	88
Figura 11.Relación de la comorbilidad y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	90
Figura 12. Endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	92

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo obstétricos relacionados con la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024. **Materiales y métodos:** Estudio básico, enfoque cuantitativo, nivel correlacional, diseño no experimental, transversal y retrospectivo. Se utilizó el análisis documental como técnica y una ficha de recolección de datos como instrumento. La muestra estuvo compuesta por 84 pacientes. **Resultados:** Se identificó una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo maternos y la presencia de endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano. Las características predominantes fueron: edad entre 19 y 35 años (82,1%), educación secundaria (67,9%), estado civil en convivencia (91,7%) y procedencia urbana (71,5%), todas con $p = 0,000$. También se encontró una asociación significativa con variables obstétricas como parto normal (57,1%), cesárea programada (71,4%), más de cinco tactos vaginales (71,4%) y parto a término (71,4%) ($p = 0,000$). No se encontró asociación con parto inducido, extracción manual de la placenta ni comorbilidades. El tipo de endometritis más común fue la leve, con una prevalencia del 71,5%. **Conclusiones:** Los factores de riesgo obstétrico más asociados con el desarrollo de endometritis puerperal fueron más de cinco tactos vaginales, cesárea programada, parto a término y parto normal. Estos hallazgos se observaron en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, en 2024.

Palabras clave: Endometritis puerperal, factores, gestantes, obstetricia y riesgo



ABSTRACT

Objective: To determine the obstetric risk factors related to puerperal endometritis in patients treated at the Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca 2024. **Materials and methods:** Basic study, quantitative approach, correlational level, non-experimental, cross-sectional and retrospective design. Documentary analysis was used as a technique and a data collection form as an instrument. The sample consisted of 84 patients. **Results:** A statistically significant relationship was identified between maternal risk factors and the presence of puerperal endometritis in patients treated at the Carlos Monge Medrano Hospital. The predominant characteristics were: age between 19 and 35 years (82.1%), secondary education (67.9%), marital status cohabiting (91.7%) and urban origin (71.5%), all with $p = 0.000$. A significant association was also found with obstetric variables such as normal delivery (57.1%), scheduled cesarean section (71.4%), more than five vaginal examinations (71.4%), and full-term delivery (71.4%) ($p = 0.000$). No association was found with induced labor, manual removal of the placenta, or comorbidities. The most common type of endometritis was the mild form, with a prevalence of 71.5%. **Conclusions:** The obstetric risk factors most associated with the development of puerperal endometritis were determined to be more than five vaginal examinations, scheduled cesarean section, full-term delivery, and normal delivery. These findings, observed in patients at the Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca, 2024.

Keywords: Puerperal endometritis, factors, pregnant women, obstetrics, and risk



INTRODUCCIÓN

La endometritis puerperal es una de las principales infecciones del puerperio, caracterizada por la inflamación del endometrio tras el parto, y representa una causa importante de morbilidad materna, especialmente en contextos con limitaciones en la atención obstétrica. Esta patología se asocia frecuentemente a factores de riesgo obstétrico que, si no son identificados y manejados oportunamente, pueden desencadenar complicaciones severas como sepsis, infertilidad e incluso la muerte materna. (1)

Estos factores, muchas veces prevenibles o controlables con una atención obstétrica adecuada, siguen siendo frecuentes en instituciones de salud de niveles intermedios, donde los recursos, el seguimiento y los protocolos pueden ser limitados. Identificar y analizar estos factores resulta fundamental para establecer estrategias de prevención, mejorar la calidad del cuidado materno y reducir complicaciones posparto. (2)

La presente tesis está estructurada con el siguiente contenido: **CAPÍTULO I:** En el aspecto general: se muestra el planteamiento del problema, la justificación de la investigación, objetivo del estudio, hipótesis, variables, Operación de variables. **CAPÍTULO II:** Marco teórico, sus antecedentes del estudio, marco conceptual. **CAPÍTULO III:** Procesos de la metodología, diseño de la investigación, tipo de investigación, método o métodos aplicados que son aplicados en el estudio, población y muestra, técnicas que serán usadas e instrumentos, plan de recolección y procesamiento de datos, contrastación de hipótesis, validez y confiabilidad del instrumento. **CAPÍTULO IV:** Resultados y discusión, conclusiones, recomendaciones.



CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel internacional

Según la OMS, La endometritis puerperal constituye una infección del útero que se manifiesta tras la culminación del parto. A nivel global, su prevalencia alcanza el 4,4% de todos los nacimientos vivos y contribuye aproximadamente al 15% de la mortalidad materna. Las infecciones durante el periodo gestacional y puerperal representan una de las causas predominantes de fallecimiento materno en el mundo. Se estima que se producen cerca de 5 millones de episodios infecciosos en embarazo y puerperio, de los cuales aproximadamente 75 mil culminan en mortalidad materna. Estas infecciones pueden presentarse inmediatamente tras el alumbramiento o hasta 42 días después del parto, siendo las más frecuentes la endometritis (o sepsis puerperal), las infecciones del tracto urinario y las infecciones del sitio quirúrgico, entre otras entidades.

Entre las infecciones postparto más comunes se hallan las de las vías urinarias y de la herida operatoria, además de otras condiciones. El periodo postparto se conceptualiza como el lapso que continúa al nacimiento, comprendiendo las primeras semanas tras el alumbramiento, y representa la



fase de mayor fragilidad para la femina, necesitando supervisión cercana y seguimiento constante por la alta frecuencia de infección uterina postparto en esta etapa. Si bien su extensión exacta puede variar, la mayoría de expertos determina un intervalo aproximado de cuatro a seis semanas. Este momento comienza después de la salida de la placenta y continúa hasta el restablecimiento total de la estructura y funcionamiento materno, configurando un periodo de transición durante el cual se instauran y fortalecen los mecanismos complejos de la producción de leche y del ajuste entre la progenitora y el bebe recién alumbrado. (1)

A nivel nacional

El representante del MINSA, a nivel nacional informa que los signos que pueden generar complicaciones en situaciones posteriores al alumbramiento figuran entre las tres razones primordiales de enfermedad y deceso materno en nuestro país, particularmente en regiones con cobertura sanitaria deficiente, donde la infección del revestimiento uterino posparto ocupa un rol preponderante debido a su incidencia, sumado a las adversidades que emergen ante la ausencia de detección e intervención tempranas, además de la inversión económica que demandan.

Esta situación puede llegar a generar que la realización de una indagación sobre la propagación de la infección en el área uterina posparto y las circunstancias predisponentes observadas en las pacientes comprometidas, con el propósito de diseñar mecanismos de cribado y prevención adaptados específicamente a quienes acuden a este establecimiento. Dicha patología infecciosa surge tras la culminación del proceso gestacional y figura entre los motivos principales del síndrome febril puerperal. Las condiciones que



incrementan la susceptibilidad, si bien están ampliamente reconocidas, muestran diferencias según la población estudiada y el centro asistencial, además del periodo de ajuste entre la madre, su descendiente y el ambiente circundante.

Según el cronograma y la probabilidad de adversidades se divide en tres fases: la primera es la Precoz: Primeras veinticuatro horas tras la finalización del evento obstétrico. Momento de mayor riesgo hemorrágico. Intermedio: Desde el día dos hasta el siete. Periodo vinculado con cuadros infecciosos. Posterior: Del día ocho al cuadragésimo segundo. Etapa con escasas complicaciones. Determinantes de Vulnerabilidad Principales: La patología endometrial puede emerger posterior a una infección de las membranas durante la fase expulsiva o el puerperio. Los elementos favorecedores incluyen: Fisura membranas extendida y alumbramiento prolongado: Las envolturas ovulares funcionan como escudo contra la invasión germinal hacia el espacio intrauterino. Su ruptura incrementa la posibilidad de colonización bacteriana ascendente proveniente del tracto genital inferior, condición que, combinada con un trabajo de parto extenso, eleva considerablemente las tasas infecciosas. Superadas las seis horas previas al nacimiento, las investigaciones microbiológicas del líquido amniótico revelan invariablemente contaminación bacteriana patógena, configurando un escenario de alta susceptibilidad para endometritis clínicamente manifiesta. (2)

A nivel local

Según información proporcionada por el encargado del departamento de estadística e informática, la inflamación uterina posparto presenta una elevada frecuencia tras el alumbramiento en las gestantes que acuden a este

establecimiento. Precisa igualmente que representa una de las complicaciones infecciosas subsecuentes a la atención del proceso obstétrico y se posiciona entre los motivos predominantes de hipertermia puerperal. Es importante reconocer cuales condiciones predisponentes, aunque extensamente caracterizadas, muestran particularidades según cada comunidad y centro asistencia. Es esencial reconocer la influencia de las tradiciones locales de nuestra área, manifestadas en los ritos culturales ejercidos antes y después del nacimiento. Las mujeres en puerperio conservan sus prácticas ancestrales, mismas que reiteradamente afectan negativamente la salud completa de la madre. Esto fundamenta la necesidad de establecer la frecuencia real de esta condición en nuestro centro asistencial y examinar las variables vinculadas a su desarrollo. Tal conocimiento posibilitará ejecutar medidas preventivas, detección oportuna y abordaje clínico en pacientes con susceptibilidad aumentada. (3)

1.1.1. Problema principal

PG.- ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?

1.1.2. Problemas específicos

PE1.- ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos, relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca?



PE2.- ¿Cuáles son los factores de riesgo de atención profesional, relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca?

PE 3. ¿Cuál es el tipo de endometritis puerperal que frecuentemente se presenta en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca?

1.2. JUSTIFICACIÓN

1.2.1. Justificación Teórica

Pese a los desarrollos en la vigilancia gestacional, la instauración de protocolos de higiene y desinfección hospitalaria, la antibioticoterapia preventiva y la formación especializada del personal médico-obstétrico y sanitario, el proceso infeccioso endometrial puerperal persiste como factor significativo de morbilidad y letalidad en las áreas de Gineco-obstetricia, permaneciendo como una problemática clínica trascendente en la salud materno-perinatal. La presente investigación se está realizando con el fin de sugerir con los resultados los modos y procedimientos adecuados y oportunos, que toda gestante debe conocer, porque debe exigir sus derechos, para ponerlo en práctica, y solicitar que la atención que le brinden sea de calidad con buena asepsia y antisepsia.

La disfunción de los mecanismos de defensa maternos facilita la colonización e instauración de procesos infecciosos, comprometiendo la integridad de la salud materna, aumentando la morbimortalidad y generando costos adicionales, constituyéndose además como un indicador de calidad asistencial en los servicios obstétricos. La endometritis puerperal se caracteriza como una infección del útero, generalmente producida por

bacterias ascendentes desde el tracto genital inferior o incluso del tracto gastrointestinal. Entre los signos y síntomas clínicos predominantes se incluyen dolor uterino espontáneo, dolor pélvico o abdominal, fiebre, malestar general y, ocasionalmente, secreción vaginal patológica. El diagnóstico se fundamenta principalmente en la evaluación clínica, siendo poco frecuente el uso de cultivos endometriales como herramienta auxiliar. El manejo terapéutico consiste en la administración de antibióticos de amplio espectro, por ejemplo, la combinación de clindamicina y gentamicina, dirigida a erradicar la infección y prevenir complicaciones.

Debido a que aspiramos a que las mujeres se libren de todas estas complicaciones, manifestaciones clínicas, desembolsos financieros, molestias, uso de antimicrobianos que puedan resultar nocivos para su bebé; es que anhelamos llevar a cabo este estudio, para informarles sobre las formas de cómo evitar desarrollar infección uterina postparto y prevenirla en lugar de manejarla.

1.2.2. Justificación practica

El proceso infeccioso endometrial puerperal, al configurarse en la preponderancia de casos como una infección intrahospitalaria, manifiesta directamente el estándar asistencial proporcionado por la institución sanitaria. Para que los profesionales clínicos garanticen una atención óptima y libre de riesgos, resulta imperativo no únicamente prevenir lesiones iatrogénicas, sino además dispensar cuidados de forma precoz, fundamentados estrictamente en conocimiento científico validado, y asegurar que la asistencia sea deferente, orientada a la usuaria y personalizada según sus demandas y preferencias singulares. La



implementación sistemática de normativas de bioseguridad representa un pilar fundamental para resguardar la integridad materno-neonatal, propiciando simultáneamente la paz emocional y confianza de la díada durante la etapa postparto.

1.2.3. Justificación metodológica

La atención del parto actual, en el marco de distintas culturas y sociedades, afronta retos nunca antes vistos, entre los que sobresalen las brechas cada vez mayores entre las demandas válidas de las mujeres y los medios existentes para cubrirlas, además de las tensiones originadas por los cambios en los sistemas sanitarios sobre los profesionales. El seguimiento de los tres pilares básicos de la ética médica prioridad del beneficio de la paciente, libertad de decisión de la paciente y equidad social forma la base para una práctica confiable y efectiva. En tanto los especialistas en partos y profesionales responsables del cuidado postparto respeten estos lineamientos éticos, se podrían disminuir considerablemente los padecimientos, experiencias traumáticas, dolores corporales y mentales, cargas financieras y peligros de adversidades, consiguiendo también bajar la frecuencia de infecciones tras el nacimiento, especialmente la infección uterina postparto, mejorando la protección y el bienestar de madres y recién nacidos.

Se recomienda que los profesionales responsables de la atención del nacimiento consideren el desgaste físico y el esfuerzo característico de las etapas de apertura cervical y salida del bebé, ya que estas circunstancias pueden facilitar el movimiento de gérmenes hacia el interior del útero. De esto surge la importancia de aplicar estrictamente normas de limpieza y



desinfección, con plena comprensión de su efecto en el cuidado de la progenitora y del recién alumbrado.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

OG. – Determinar los factores de riesgo obstétrico relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

1.3.2. Objetivos específicos

OE 1. Identificar los factores de riesgo maternos, relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.

OE 2. Identificar los factores de riesgo de atención profesional, relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.

OE 3. identificar el tipo de endometritis puerperal que frecuentemente se presenta en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis general

HG. – Los factores de riesgo obstétrico están relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.



1.4.2. Hipótesis específicas

HE 1. Los factores de riesgo maternos, están relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.

HE 2. Los factores de riesgo de atención profesional, relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.

HE 3. El tipo de endometritis puerperal severo es el que frecuentemente se presenta en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. .

1.5. VARIABLES

Variable 1: Factores de riesgo obstétrico

Variable 2: Endometritis puerperal



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
1.- Factores de riesgo obstétrico.	1.1 Materno	1.1.1. Edad	a.- <de 18 años b.- 19 a 35 años c.- >de 35 años
		1.1.2 Grado de instrucción	a.- Sin estudios b.- Primaria c.- Secundaria d.- Superior
		1.1.3 Estado civil	a.- Conviviente b.- Soltera c.- Casada
		1.1.4 Procedencia	a.- Urbana b.- Rural
	1.2 Atención profesional	1.2.1 Parto vaginal	a.- Eutócico b.- Distócico c.- Ninguno
		1.2.2 Cesárea	a.- Cesare con trabajo de parto. b.- Cesárea sin trabajo de parto. c.- ninguno
		1.2.3 Trabajo de parto provocado	a) Menor o igual a 24 horas b) Mayor a 24 horas
		1.2.4 Edad gestacional	a.- Pre termino b.- Término c.- Post término.
		1.2.5 Numero de tactos	a) ≤ 5 tactos b) > 5 tactos
		1.2.6 Extracción manual de placenta	a.- Completa b.- Incompleta
		1.2.7 Comorbilidad	a.- Diabetes b.- Pre eclampsia c.- Eclampsia d.- Corioamnionitis e.- Ninguno
2.- Endometritis puerperal.	2.1 Tipos de endometritis	2.1.1 Leve	a.- Temperatura menor o igual a 38 grados centígrados. b.- Loquios turbios de mal olor c.- Sin dolor d.- Sin compromiso del estado general.
		2.1.2 Severa	a.- Temperatura > a 39°C b.- Loquios turbios de mal olor. c.- Sensibilidad a la palpación uterina. d.- Compromiso del estado general.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A Nivel Internacional

Almonte. (4), Incidencia de la endometritis Posparto como causa frecuente de fiebre puerperal y sus consecuencias en la mujer en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Simón Bolívar de Cali Colombia, 2023. Objetivo: Precisar los determinantes de susceptibilidad para la patología endometrial posparto en la unidad. Procedimiento metodológico: La indagación que se revela que la estructura es de una descriptiva con una recopilación de una manera observacional mediante el empleo de una dirección de carácter cualitativo y una formulación de orientación retrospectivo con una sola medición atemporal donde se ejecutó usando 500 de unidad muestral, donde se trabajó con 300 féminas tratadas. Resultados: Mediante el estudio detallado de los parámetros analizados tales como: experiencia gestacional previa, ruptura membranas amnióticas, forma de terminación del embarazo, proporción corporal, evaluación uterina, infección urinaria y descarga vaginal, asociados a la patología endometrial, carecieron de significación estadística. La conexión entre edad de la parturienta, madurez fetal al nacimiento y síndrome hipertensivo gestacional revelaron un



moderado aumento de susceptibilidad hacia endometritis posparto.

Conclusión: Los determinantes predisponentes más sobresalientes vinculados a la inflamación endometrial en el puerperio, identificados en la cohorte de féminas, estuvieron representados fundamentalmente por la gestación en edades maternas avanzadas, la concurrencia de preeclampsia concomitante y la culminación del embarazo con una edad gestacional inferior a las 37 semanas. Cabe subrayar que, a diferencia de los factores mencionados, tanto la modalidad del alumbramiento como las maniobras ejecutadas durante el periodo intraparto no evidenciaron correlación estadísticamente significativa ni demostraron incremento apreciable en el grado de amenaza.

Tirales. (5), Factores De Riesgo asociados a Endometritis Puerperal en pacientes atendidas en el Servicio De Gineco Obstetricia Del Hospital Nacional de Córdoba, Argentina, 2023. Objetivo: Precisar los determinantes de susceptibilidad ligados a endometritis posterior al alumbramiento en féminas gestantes atendidas. Procedimiento metodológico: La indagación ejecutada aplicó la observación para la extracción de información, con una naturaleza de orientación retrospectiva, con una sola medición temporal de las unidades con una estructuración de carácter analítico con una unidad muestral de las 150 féminas en estudio. Resultados: No se efectuó un cálculo muestral específico debido a que se incorporó de manera exhaustiva la totalidad de pacientes que desarrollaron endometritis durante el lapso de observación, alcanzando un total de 150 casos. De forma complementaria, se incluyeron 50 féminas adicionales que no presentaron dicho cuadro clínico en el mismo intervalo temporal. Con ello se establecieron dos cohortes

comparativas: la primera integrada por 150 gestantes diagnosticadas con endometritis puerperal (grupo de casos), y la segunda conformada por 50 pacientes sin evidencia de endometritis puerperal (grupo control). Conclusión: Se empleó un instrumento estandarizado de recopilación de información, sometido a validación mediante prueba piloto con 150 registros clínicos. El procesamiento estadístico contempló la expresión de variables cuantitativas mediante promedios. Para reconocer los elementos relacionados se estimó la razón de momios (OR) con rangos de confianza del 95%, determinando relevancia estadística con valores de p menores a 0.04

Romaña. (6), Edad elevada de la madre como elemento predisponente para inflamación endometrial en mujeres en periodo posparto asistidas en el Hospital Nacional de Antofagasta, Chile, 2022. Objetivo: Establecer cuál es el periodo reproductivo tardía como elemento predisponente de infección endometrial en parturientas asistidas. Procedimiento metodológico: En cuanto a la manera que se procedió una formulación de naturaleza descriptiva con una formulación de dirección observacional mediante una única evaluación transversal para en registro de las variantes de efectos y donde se aplicó una unidad muestral 70 de sujetos que fueron pacientes Resultados: Se determinó que la condición de edad materna avanzada se presentó en el 8.7% de las gestantes que desarrollaron endometritis puerperal y en el 7.9% de aquellas que no cursaron con dicho proceso infeccioso, obteniendo un OR de un 3.9 con un IC95% comprendido entre 0.88 y 13.9, acompañado de un valor $p=0.08$, lo que no alcanzó significancia estadística. En contraste, el quiebre anticipado de las membranas se configuró como un factor predisponente importante para endometritis puerperal, evidenciando un

OR=3.61 con significancia $p=0.04$. Por su parte, la práctica reiterada de tactos vaginales múltiples no mostró relación estadísticamente confirmada con la presencia de endometritis puerperal, dado que se obtuvo un valor P igual a 0.08. Conclusión: Se establece que los años maternos elevados no representan una variable favorecedora ni un componente de vulnerabilidad para el desarrollo de infección endometrial posparto. Por el contrario, la fisura anticipada de las membranas ovulares sí se identifica como un elemento causal significativo y estadísticamente vinculado al aumento de susceptibilidad hacia esta secuela séptica durante la etapa puerperal.

Meléndez. (7), Evaluación de los factores materno-obstétricos relacionados con la aparición de endometritis en el período puerperal en el hospital simón bolívar de la ciudad de Bogotá, 2023. Objetivo: Reconocer las variantes favorecedoras de inflamación uterina puerperal en el servicio hospitalario. Procedimiento metodológico: Se ejecuto el estudio mostrado con una estructuración de manera observacional siendo elaborado de una formulación de un estilo analítico donde se muestra una dirección de carácter retrospectivo de empleando con medios de indagación, con una unidad de muestra de 480 individuos a ser estudiados para resolver la gestación durante el periodo tardío. Resultados: El elemento más significativo relacionado con la génesis de patología endometrial posparto constituyó el incumplimiento de normas de bioseguridad durante la asistencia del nacimiento, sumado a la repetitiva ejecución de exámenes vaginales manuales durante la labor de parto. Sin embargo, tras analizar los parámetros incluidos como antecedentes obstétricos, rotura de envolturas amnióticas, vía de terminación gestacional, índice masa-estatura, revisión intrauterina,

cuadros sépticos del sistema urinario y presencia de exudado genital, no se hallaron conexiones estadísticamente contundentes con la endometritis. Simultáneamente, el vínculo establecido entre la edad de la parturienta, la madurez fetal al parto y la coexistencia de preeclampsia demostró únicamente un ligero ascenso en el riesgo de manifestar infección endometrial puerperal. Conclusión: Dentro de las condiciones predisponentes más relevantes asociadas con el desarrollo de patología endometrial puerperal se detectaron los años maternos elevados, la coocurrencia de trastorno preeclámpsico como comorbilidad pertinente y el nacimiento acontecido antes de completar la semana 37. Inversamente, tanto el tipo de parto como las maniobras ejecutadas en la fase expulsiva no mostraron una relación estadísticamente contundente ni representaron un incremento apreciable en la magnitud del riesgo.

Contreras. (8), Caracterización de los rasgos demográficos y clínicos de pacientes con infección uterina puerperal atendidas en ginecología y obstetricia del hospital general de Pasto, Colombia, 2023. Objetivos: Caracterizar cuales son los rasgos poblacionales y sanitarios de las pacientes con patología endometrial puerperal en el área asistencial. Procedimiento metodológico: Estudio de muestra una naturaleza de carácter descriptivo, evaluando de manera observacional una serie de casos, en una formulación de dirección retrospectiva donde se eligió las situaciones donde se evaluó los casos con diagnóstico de endometritis. Resultados: Se documentaron y se encontraron que 70 casos de infección del útero después del parto, lo que significa una ocurrencia cercana al 0,9 % La media etaria de las pacientes fue de 24 años $\pm$ 6,7; de ellas, el 79% contaba con instrucción secundaria y el

92% correspondía a mujeres primíparas. En cuanto a la modalidad de alumbramiento, el 57% de los casos culminó mediante cesárea. El síntoma predominante fue la percepción de elevación térmica, por otro lado, los síntomas que son más habitual correspondieron a la propagación fétido. Respecto a los factores predisponentes, aproximadamente un tercio de las gestantes recibió más de cinco exploraciones vaginales, alcanzándose un máximo de ocho; asimismo, en seis casos se registró ruptura anticipada de los sacos de membranas y en 15 féminas tratadas se consignó la presencia de líquido meconial. Cabe resaltar que la evolución clínica global de todas las féminas afectadas resultó favorable Conclusiones: La identificación del impacto que genera la endometritis puerperal en un hospital de carácter general constituye un insumo fundamental para la adopción de estrategias preventivas orientadas a disminuir la frecuencia de esta complicación. Dichas acciones comprenden, entre otras, el perfeccionamiento de la profilaxis y del manejo terapéutico de la anemia materna, la restricción en la cantidad de exploraciones del área vaginal que pasan por proceso de alumbramiento y la observancia rigurosa de los protocolos de bioseguridad en las pacientes atendidas.

2.1.2. A nivel nacional

Ramos. (9), Importancia de la morbilidad causada por La infección genital postparto, en puérperas de la Clínica Partículas Oré, Lima, Perú, 2023. Objetivo: Precisar la cual es la tasa de patología endometrial y definir la población susceptible. Procedimiento metodológico: Se efectuó un estudio de un enfoque de forma prospectiva empleando una estructura observacional, donde se eligió a individuos que son tratadas con parto vaginal con una

implicación de cesaría pre establecida. Resultados: La endometritis puerperal se estableció como diagnóstico cuando la paciente presentaba al menos dos de los requerimientos son: temperatura corporal que pasan los 38 °C, dolor uterino, dolor abdominal difuso, loquios con olor fétido o hallazgos ecográficos patológicos, descartándose previamente cualquier otra etiología infecciosa. Durante el periodo de estudio se registraron 1500 partos en total. La incidencia global de endometritis fue de 7,9% (IC95%: 1,7–3,3); desagregada según la vía de alumbramiento correspondió a 1,9% (IC95%: 0,7–2,1) en los partos vaginales y a 4,9% (IC95%: 2,9–7,8) en los partos abdominales. Esta diferencia alcanzó significancia estadística elevada ($p < 0,001$). Finalmente, el análisis multivariado identificó como agente que provocan las complicaciones con asociación independiente la edad de la progenitora que es inferior a 18 años y la finalización del embarazo mediante parto abdominal. Conclusión: Se verificó la ausencia de colinealidad entre las variables analizadas, constatándose que el parto abdominal constituyó el único agente considerado como potencialmente modificable. En consecuencia, las estrategias de prevención y los mecanismos de vigilancia deberían orientarse prioritariamente hacia esta condición obstétrica. Paralelamente, la presencia de líquido amniótico teñido de meconio en el escenario del alumbramiento abdominal se manifestó como un determinante de riesgo complementario para la génesis de proceso infeccioso endometrial puerperal en pacientes intervenidas mediante esta técnica operatoria.

Román. (10), Elementos maternos vinculados al desarrollo de endometritis después del parto quirúrgico (EPC) Lima, 2023. Objetivo: Identificar las condiciones de vulnerabilidad para patología endometrial

postcesárea en el Área de Obstetricia. Procedimiento metodológico: Se efectuó mediante un estudio donde se hizo una estructuración de un estilo retrospectivo indagando sobre el caso-control en el tratamiento con una dirección de carácter descriptivo con una naturaleza de orientación cuantitativa. Resultados: A lo largo de dicho intervalo temporal se identificaron 120 féminas con diagnóstico clínico confirmado de endometritis, estableciéndose de manera aleatoria un grupo de comparación constituido por igual número de pacientes sometidas a cesárea cuyo puerperio transcurrió sin complicaciones. Entre los elementos pronósticos considerados (EPC) se destacaron la edad de la progenitora por debajo de los 20 años y los valores de hematocrito postquirúrgico $\leq 30\%$. Cabe señalar que, dentro del conjunto afectado por endometritis, un 49,1% presentó procesos infecciosos asociados, predominando los estados infecciosos de una apertura quirúrgica 79,3% y, en menor proporción, la infección del aparato urinario con un 17% de los casos documentados. Conclusión: Los hallazgos demuestran que la maternidad adolescente y la anemia postquirúrgica moderada constituyen determinantes relevantes en el desarrollo de infección endometrial posterior a cesárea. La elevada proporción de infecciones asociadas (49,1%), particularmente de sitio quirúrgico, sugiere la importancia de fortalecer las medidas de asepsia perioperatoria y establecer estrategias preventivas dirigidas específicamente a gestantes jóvenes y con compromiso hematológico, a fin de reducir la morbilidad puerperal en esta población.

Gallegos. (11), Caracterización de la presentación clínica de la endometritis posparto en adolescentes atendidas en un hospital nacional arzobispo Loayza 2023 Lima, Perú. Objetivos: Hallar cuales son

las adversidades clínicas y condiciones de vulnerabilidad para patología endometrial que son tratadas en adolescentes tratadas en el área de obstetricia. Procedimiento metodológico: La indagación se efectuó con una estructuración de forma descriptivo, con una aplicación de carácter retrospectivo, con una sola medición temporal y con una naturaleza de carácter cuantitativo con una unidad muestral de 350 alumbramientos. Resultados: Se pudo notar que el en conjunto etario adolescente que manifestó infección endometrial posparto se calculó una tasa de 69,7 eventos por cada mil mujeres en puerperio. Entre los elementos de susceptibilidad reconocidos sobresalieron el déficit de hemoglobina, evidenciado en 49% de las usuarias, y el proceso infeccioso urinario, registrado en 17% de las mismas. Respecto a la modalidad del nacimiento, la frecuencia predominante correspondió al parto eutócico, representando 79,75% de los eventos. Concerniente a las manifestaciones clínicas, los signos más frecuentes fueron la hipertermia en 38,39% de las gestantes jóvenes y la involución uterina deficiente en 30,19%. Finalmente, se documentaron secuelas adversas en 17,09% de las puérperas menores de edad, destacando la inflamación peritoneal pélvica, presente en 10,29% de los episodios. Conclusiones: Se identificaron 300 casos de patología endometrial puerperal en madres menores de edad, reflejando una frecuencia de 68,9 por millar de parturientas. La vía de nacimiento dominante fue el parto vaginal con 79,73% (208). Dentro de las condiciones favorecedoras se estableció como factor preponderante una característica presente en 39% de las adolescentes gestantes. Clínicamente, el signo más recurrente fue la temperatura corporal elevada por encima de 38°C, manifestada en 38,30% de las pacientes. En términos de

adversidades, las más significativas fueron los episodios de peritonitis pélvica, que afectaron a 10,28% de las púerperas.

Romero. (12), Determinantes asociados y consecuencias clínicas de la endometritis puerperal en pacientes del Hospital Goyeneche, Arequipa

2020. Objetivo: Delimitar cuales son los componentes de que generan complicaciones y secuelas de endometritis durante el puerperio.

Procedimiento metodológico: La actual indagación efectuada estudio da una estructuración de tipo analítico, con una naturaleza de un abordaje descriptivo, acompañado de una formulación de orientación retrospectivo, donde con una unidad muestral ejercida de 100 pronósticos clínicos. Resultados: donde se pudo verificar que, Respecto al diagnóstico de infección endometrial posparto, la frecuencia más elevada se registró en el conjunto etario de 25 a 35 años, representando 69,7% de prevalencia. La modalidad de nacimiento prevalente fue el parto eutócico con 59,7% de los episodios documentados. Entre los determinantes de susceptibilidad reconocidos, la alteración de la flora vaginal constituyó el 60%, el proceso infeccioso urinario alcanzó 39,9%, la fisura membranas mayor a 12 horas representó 55,7% y la realización repetida de cinco o más tactos vaginales 55,9%. Concerniente a las secuelas adversas, estas afectaron a 33,7% de las usuarias, sobresaliendo la sepsis puerperal como la más recurrente; en una paciente particular, el curso clínico demandó extirpación uterina subsecuente. Paralelamente, 33,9% de las mujeres sin mejoría al tratamiento convencional inicial requirieron evacuación instrumental endometrial como estrategia adicional. Conclusiones: analizando los hallazgos se evidenció que diversas variables favorecedoras mantienen vínculo estrecho con el desarrollo de infección endometrial posparto,

corroborándose la presencia de múltiples elementos de susceptibilidad estadísticamente relacionados con esta secuela séptica.

Villarán. (13), Análisis de la incidencia y condiciones de riesgo de la infección puerperal en pacientes atendidas por parto eutócico en el hospital de Aplao Arequipa, 2022. Objetivo: Cuantificar la incidencia y los agentes que son predisponentes hacia complicaciones infecciosas del puerperio en parturientas con alumbramiento vaginal. Procedimiento metodológico: La indagación mostrada que muestra una formulación de carácter observacional, con una estructuración de enfoquen retrospectivo, de una sola media atemporal. El dónde el primer conjunto de control fue de una unidad muestral de 90 y el número de controles fueron 150, Resultados: Al estratificar por edad materna, se observó que el 29,78% de las gestantes entre 20 y 35 años o más cursaron con infección puerperal, mientras que el 79,21% no presentó la complicación ($p=0,030$; IC95%: 1.063–3.712; OR: 1.387). El análisis del nivel educativo evidenció que un porcentaje 59,79% de las féminas con primaria completa desarrolló infección puerperal, frente al 47,29% que no la padeció ($p=0,000$; IC95%: 2.163–8.041; OR: 4.170). En relación con la atención prenatal, se identificó que el 87,81% de las progenitoras con cinco o menos controles presentó de un estado infecciosos puerperal, a diferencia del 17,18% que permaneció sin ella ($p=0,000$; IC95%: 2.163–20.987; OR: 6.737). Asimismo, entre las pacientes sometidas a episiotomía, el 85,78% evolucionó con infección puerperal, mientras que un 19,81% no la desarrolló ($p=0,000$; IC95%: 4.223–39.635; OR: 12.938). Finalmente, en aquellas con ruptura prematura de membranas, el 63,15% presentó infección puerperal, contrastando con el 36,84% que no se vio afectado ($p=0,025$; IC95%: 1.113–

8.047; OR: 2.992). Conclusión: La tasa de sepsis posparto en usuarias asistidas por alumbramiento eutócico en el Hospital Aplao Arequipa durante 2022 alcanzó 29,43 episodios por cada centenar de nacimientos. Los elementos predisponentes hacia procesos infecciosos puerperales en gestantes con parto vaginal en dicho establecimiento corresponden a: tiempo de vida: las mujeres en rangos etarios extremos presentan 1,987 veces mayor susceptibilidad respecto a aquellas entre 20 y 34 años. Nivel educativo: quienes culminaron únicamente educación primaria exhiben 9,17 veces mayor vulnerabilidad comparadas con aquellas que alcanzaron niveles académicos superiores. Vigilancia prenatal: las gestantes sin seguimiento antenatal muestran 7,739 veces mayor probabilidad frente a las monitoreadas sistemáticamente.

2.1.3. A nivel local

Maquera. (14), Agentes etiológicos vinculados a la endometritis en mujeres en puerperio atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2021. Objetivo: Caracterizar los agentes bacterianos y variables favorecedoras de infección endometrial en gestantes posparto tratadas. Procedimiento metodológico: La indagación que se efectuó mediante una estructuración de carácter descriptivo, con una sola medición temporal que se vio orientada a tener una formulación prospectiva usando una naturaleza de una dirección cuantitativa con una unidad poblacional 90 pronósticos con diagnóstico de endometritis donde la unidad muestral fue de 90 féminas gestantes, Resultados: Los determinantes de susceptibilidad reconocidos respecto a la infección endometrial posparto evidencian que 49,7% de las usuarias se ubicaron en el intervalo cronológico de 20 a 35 años, 38,29%

carecían de antecedentes obstétricos previos y 55,9% finalizaron su gestación vía abdominal quirúrgica. Paralelamente, se constató que 55,9% exhibió proceso inflamatorio corioamniótico asintomático, en tanto que 58,9% experimentó expulsión placentaria fisiológica. Concerniente al proceso de parturición, 47,2% manifestó dilatación cervical inicial prolongada y a 69,7% se les realizaron cinco o más exploraciones cervicovaginales digitales. Adicionalmente, se registró que 38,2% presentó déficit hemoglobínico leve, 47,2% desarrolló sepsis del sistema urinario y 39,3% experimentó laceración perineal de segundo grado. Conclusiones: En el análisis clínico se constató que la endometritis puerperal se encuentra condicionada por un conjunto de factores obstétricos y postnatales. Dentro de los elementos intraparto, destacó la finalización mediante cesárea en el 55,9% de los casos y la presencia de corioamnionitis subclínica en un 57,9%. Por otra parte, en el periodo posparto, se identificó una elevada frecuencia de manipulaciones repetitivas con cinco o más tactos vaginales en el 69,7% de las pacientes, así como infecciones urinarias concomitantes en un 49,2%. En suma, tanto las intervenciones operatorias como las complicaciones infecciosas y las maniobras diagnósticas reiteradas constituyeron un entramado de circunstancias que incrementaron significativamente la probabilidad de desarrollar endometritis.

Mamani. (15), Evaluación de las diferencias clínicas entre la endometritis puerperal y el sobreparto en puérperas atendidas en cinco establecimientos de salud de la provincia de San Román, Puno, 2022.

Objetivo: Medir cual es la ocurrencia, caracterizar el perfil sintomático y contrastar con la inflamación uterina puerperal, del síndrome llamado 'sobreparto'. Procedimiento metodológico: Se ejecutó la evaluación mediante

la estructuración de un estilo descriptivo y una formulación de un carácter cuantitativo con una unidad muestral de 250 féminas que ha estado en un periodo de gestación empleando una recopilación repetitiva. Resultados: En la cohorte investigada no se documentaron episodios de endometritis puerperal. Sin embargo, se identificó una prevalencia de síndrome denominado sobreparto equivalente a 20,42 por cada 100 puérperas, entidad que se manifestó predominantemente durante la primera semana posterior al alumbramiento. Este cuadro se enmarca dentro de las interpretaciones médico-culturales propias de la cosmovisión andina, en la cual su génesis se atribuye a factores ambientales como la exposición al frío, al viento o, en menor medida, al calor. La sintomatología descrita incluyó sudoración profusa, sensación febril intermitente, hipertermia localizada en extremidades, cefalea recurrente, escalofríos y sequedad de mucosas. La evolución clínica se caracterizó por una remisión paulatina y prolongada, aunque en determinados casos algunos síntomas podían persistir de manera indefinida, consolidando así la percepción cultural de un padecimiento crónico asociado al puerperio. Conclusión: La condición conocida como 'sobreparto' representa una expresión patológica del período posparto con raíces profundamente socioculturales propias de la región andina, que requiere diferenciarse de las infecciones del aparato reproductor femenino como la inflamación endometrial puerperal. Esta patología, validada dentro del sistema de sanación ancestral de las montañas sudamericanas, recibe también las designaciones de recaída o malparto, interpretándose como una alteración del equilibrio corporal vinculada al nacimiento, pero fundamentada en códigos interpretativos característicos del pensamiento originario. Establecer distinciones con las



infecciones posparto resulta fundamental, dado que mientras la inflamación uterina posee origen microbiano documentado y manejo clínico occidental, el sobreparto pertenece a la esfera simbólica-curativa de las comunidades alto andinas, donde el organismo materno se percibe susceptible a agentes ambientales como temperaturas bajas, corrientes de aire o exposición térmica elevada.

Calla. (16), Variables de riesgo vinculadas a la endometritis puerperal en pacientes del servicio de gineco-obstetricia del hospital Manuel Núñez Butrón, 2021. Objetivo: Establecer los condicionantes de las complicaciones que se muestran relacionados con inflamación uterina puerperal en féminas que fueron hospitalizadas. Procedimiento metodológico Con la presente indagación de una estructuración de un carácter observacional, con una estructuración de una dirección retrospectiva, con una naturaleza de una orientación transversal, y con una formulación de una orientación analítico. con una unidad muestral de 70 mujeres en etapa de gestación. Resultados: En la evaluación de los determinantes asociados, se recurrió al cálculo del OR con un IC 95% considerando que el valor de p menor al umbral establecido. Los resultados demostraron que las gestantes sometidas a ≥ 4 exploraciones vaginales durante el trabajo de parto exhibieron una probabilidad 7,7 veces superior de desarrollar endometritis puerperal, en contraste con aquellas expuestas a menos de cinco exploraciones. Asimismo, la atención obstétrica profesional durante el alumbramiento se identificó como un agente relevante es de un OR: 2.5; IC95%: 1.06–5.80; $p = 0.028$, evidenciando un incremento sustantivo en el riesgo de complicación infecciosa. Conclusión: Las Fémias en labor de parto bajo cuidado de obstetras profesionales exhibieron una

susceptibilidad 5,9 veces incrementada para adquirir inflamación uterina puerperal, respecto a quienes fueron asistidas por facultativos en entrenamiento o expertos en el área gineco-obstétrica

Hanco. (17), Elementos condicionantes y complicaciones asociadas a la endometritis puerperal en pacientes del Hospital Vallecito Puno, 2020.

Objetivo: Hallar los elementos predisponentes y efectos negativos de la inflamación endometrial tras el alumbramiento Procedimiento metodológico: se vio en la necesidad de ejecutar una indagación de un estilo analítico, con una estructuración de un carácter descriptivo, con una estructuración de orientación retrospectiva, donde se empleó la revisión de 80 pronósticos clínicos Resultados: La franja etaria de mayor recurrencia correspondió al rango de 18 a 35 años, concentrando un 69,7% de los casos. En lo que respecta a la modalidad del alumbramiento, la vía vaginal alcanzó una representación de 59,6%. En el análisis de los condicionantes de riesgo se constató que la vaginosis estuvo presente en un 60%, la infección de vías urinarias (IVU) en un 78,9%, del quiebre anticipado de las capas de membradas prolongada más allá de 12 horas en un 75,6%, y la realización de cinco o más tactos vaginales en un 57,9% de las pacientes. Las complicaciones clínicas se registraron en el 40,3% de la muestra, destacando como la más relevante la sepsis puerperal, que en un caso requirió histerectomía subsecuente. Asimismo, un 39,7% de las mujeres que no evidenciaron respuesta satisfactoria al tratamiento farmacológico inicial fueron sometidas a legrado uterino de carácter terapéutico, lo que confirma la necesidad de intervenciones invasivas en casos refractarios. Conclusiones: Del examen analítico de los hallazgos se estableció que existe una

multiplicidad de condiciones predisponentes significativamente vinculadas al desarrollo de endometritis puerperal, confirmándose así la relevancia presencia de diversos agentes que pueden complicar la gestación que se relacionados con esta complicación infecciosa en el periodo posparto.

Tizado. (18), Condiciones materno-obstétricas que influyen en la aparición de endometritis puerperal en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2023. Objetivo:

Establecer las condiciones asociadas a inflamación endometrial tras el alumbramiento en la unidad. Procedimiento metodológico: Se aplicó una formulación que tenía una naturaleza observacional con una estructuración de carácter analítico y una orientación de manera retrospectivo se estudiaron como unidad muestral de 300 pacientes féminas que atravesaron por la etapa de gestación. Resultados: Al efectuarse el análisis inferencial de las variables exploradas entre dentro de ellas la multiparidad, ruptura prematura de membranas ovulares, vía de finalización gestacional, índice ponderal, revisión del compartimento uterino, procesos infecciosos del sistema urinario y la presencia de exudado vaginal, no se demostró vinculación estadísticamente relevante con la incidencia de proceso infeccioso endometrial puerperal. Contrariamente, al evaluar la edad de la progenitora con respecto el tiempo de gestación al culminar el parto y la coexistencia de preeclampsia, se observó un incremento leve pero sugestivo en la probabilidad de desarrollar dicha complicación infecciosa posparto, lo que sugiere una tendencia hacia la asociación, aunque sin alcanzar plena significancia. Conclusión: Durante la evaluación efectuada en las usuarias del departamento de Obstetricia, se determinaron como elementos predisponentes principales hacia la infección



uterina posparto: la edad materna elevada, la coexistencia de trastornos hipertensivos gestacionales y la culminación del período grávido previo a las 40 semanas. Contrariamente, ni el tipo de alumbramiento ni las particularidades del cuidado durante el nacimiento demostraron correlación estadística relevante o aumento considerable en las posibilidades de desarrollar dicha complicación séptica.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1 Factores de riesgo obstétrico.

- Materno

Uno de los motivos por los cuales se produce contacto con ciertos factores peligrosos en el ámbito profesional puede vincularse con la condición materna. Durante la gestación, el organismo de la empleada experimenta transformaciones fisiológicas y hormonales que pueden incrementar su susceptibilidad ante elementos físicos, químicos, biológicos o posturales existentes en su ambiente de trabajo. A modo de ilustración, el contacto con compuestos nocivos, el levantamiento de objetos de gran peso o mantenerse en posición vertical durante periodos extensos pueden constituir un una daño para la progenitora que se encuentra en un desarrollo

- Edad

La infección uterina posparto constituye la causa principal de hipertermia durante el puerperio, cuya frecuencia suele aumentar ante ciertos elementos precipitantes reconocibles en los diversos centros asistenciales maternos. La

identificación precoz de tales circunstancias adversas cobra importancia clínica al permitir la disminución de complicaciones y decesos maternos en las unidades obstétricas. Durante la descripción demográfica se constató que una proporción significativa de mujeres que cursan un período de gestación segmento de edad entre 18 y 34 años, alcanzando 63,2% entre los afectados y 73,9% en los no afectados. Paralelamente, se registró una mayor proporción de usuarias con un peso corporal dentro de los parámetros saludables, representando 79,4% de los afectados y 88,6% de los no afectados, lo cual sugiere el impacto limitado de medidas antropométricas en el desarrollo de la complicación. (19)

- **Grado de instrucción**

Los datos cuantitativos documentados en el ámbito territorial durante 2024 muestran que la infección uterina posparto presentó una frecuencia de 0,8% en el grupo estudiado. Respecto a los rasgos demográficos y sociales, se determinó que la mayoría de las usuarias (80%) contaba con educación media, en tanto que un 15% solamente había culminado escolaridad básica y un 5% restante no registraba estudios oficiales, lo cual indica una variación considerable del grado académico entre las gestantes comprometidas. (20)

- **Estado civil**

En líneas generales, las cifras registradas para la zona altiplánica en el periodo 2024 revelan que, entre las parturientas afectadas por sepsis endometrial posnatal, el vínculo marital exhibió la siguiente configuración: 30% perteneció a individuos desposados legalmente, un 65% a féminas en cohabitación, mientras un 4% fue clasificado como disuelto matrimonialmente y un 1% en condición de

enviudamiento, evidenciando una composición poblacional variada entre las pacientes involucradas. (21)

- **Procedencia**

Conforme a los datos numéricos documentados para el departamento puneño durante 2024, el origen territorial de las gestantes afectadas por infección uterina posparto evidenció una preponderancia del sector citadino, constituyendo el 60% del conjunto de afectadas, en tanto que el 40% complementario provino de sectores rurales o periurbanos, lo cual demuestra una variación considerable según la localización habitacional. (22)

- **Atención profesional**

Un sistema sanitario sustentado en la atención primaria se estructura bajo los principios de equidad, solidaridad social y el reconocimiento del derecho universal a Conseguir el óptimo nivel factible de bienestar sanitario para la totalidad de individuos, prescindiendo de origen étnico, convicciones religiosas, adhesión partidaria o estatus socioeconómico. Para consolidar este modelo, se demandan cimientos primordiales, tales como la competencia para responder proporcionada y eficientemente a las demandas sanitarias poblacionales, la vigilancia ininterrumpida del progreso orientada al perfeccionamiento sostenido y la transformación continua, la obligatoriedad gubernamental de transparencia, la perdurabilidad estructural del sistema, el involucramiento protagónico de la colectividad, la orientación hacia criterios superiores de excelencia y resguardo, además de la instrumentación de estrategias transversales que aseguren un abordaje holístico y sincronizad (23)

- Parto vaginal

El alumbramiento representa el fenómeno natural mediante el cual el producto gestacional es extraído desde la matriz hacia el ambiente exterior. Se designa como nacimiento por vía natural al que ocurre cuando el neonato recorre el conducto obstétrico y emerge vaginalmente, en una embarazada sin condiciones adversas durante el periodo grávido, cuyo comienzo sucede de forma autónoma entre las semanas 37 y 42. Este se desarrolla de manera orgánica y finaliza con la llegada de un infante saludable, apto para acoplarse correctamente a la existencia fuera del útero. El alumbramiento sin complicaciones es el único que puede ser acompañado sin requerir procedimientos quirúrgicos significativos, reduciéndose a la cantidad mínima de acciones instrumentales, pero siempre asegurando un monitoreo ininterrumpido tanto del bienestar materno como del producto.

En un nacimiento por vía natural, el cérvix necesita suavizarse y dilatarse por completo ("diluirse"), la madre tiene que impulsar al recién nacido hacia afuera, y el pequeño debe ejecutar ciertos movimientos para atravesar el conducto de alumbramiento. Este proceso puede extenderse desde varios días o semanas hasta pocos minutos u horas; habitualmente se prolonga más en el primer embarazo. Se considera precipitado cuando transcurre en un lapso total de 2 a 3 horas desde que inician las contracciones hasta que nace el niño. Es poco frecuente y no ha sido ampliamente investigado. La mayoría de estos nacimientos naturales se desarrollan sin complicaciones, pero ocasionalmente el neonato puede quedar retenido en el conducto. En tales circunstancias, el profesional sanitario o la partera pueden facilitar su salida usando instrumentos

que sostienen su cabeza (pinzas obstétricas o extractor de vacío). Cuando resulta necesario extraer al bebé de manera urgente, se practica una operación cesárea. Por lo general, dar a luz implica sufrimiento físico, aunque la intensidad varía considerablemente entre féminas. Esta sensación dolorosa está influenciada por múltiples elementos, incluyendo las dimensiones del neonato y su ubicación en el vientre materno. Usualmente, la molestia es más leve al inicio y se intensifica conforme avanza el proceso (24)

- **Cesárea**

Una operación cesárea consiste en un procedimiento quirúrgico mediante el cual se efectúa con una incisión del saco de las membranas y en la matriz de la gestante para sacar uno o varios bebés con desarrollo suficiente para sobrevivir fuera del vientre materno. La OMS aconseja recurrir a ella únicamente cuando resulte indispensable para preservar el estado vital de las progenitoras y los bebés recién alumbrados por motivos clínicos, aunque puede elevar la probabilidad de complicaciones al tratarse de una intervención quirúrgica de gran envergadura, y calcula que la proporción de cesáreas en una zona no tendría que exceder el 15 %. En la actualidad, los índices de este procedimiento están incrementándose en la gran mayoría de naciones muy por encima de los porcentajes aconsejados por la OMS en todos los grupos etarios, especialmente en las naciones con mayor desarrollo económico.(25)

- **Trabajo de parto provocado**

Existen situaciones médicas en las que el alumbramiento no comienza naturalmente, requiriendo entonces programar y provocar de forma controlada las contracciones uterinas mediante un procedimiento conocido en obstetricia

como estimulación artificial del nacimiento. La razón principal para implementar esta técnica suele ser que, tras superar las 41 semanas de embarazo, la gestante no presenta contracciones efectivas y el bebé continúa cómodamente dentro del útero materno. Sin embargo, esta intervención no únicamente se justifica por la prolongación excesiva del período gestacional, sino que igualmente puede recomendarse ante la detección de complicaciones en la madre o el bebé que ameritan clínicamente adelantar el momento del alumbramiento. (26)

- **Edad gestacional**

El término edad gestacional hace referencia al cálculo temporal de un embrión, feto o recién nacido contabilizado desde el inicio del último período menstrual, representando un indicador normalizado para valorar la progresión del embarazo. Esta forma de datación comienza, por convención, cerca de catorce días previos a que se produzca efectivamente la unión de gametos, circunstancia que suscita controversia en el ámbito científico sobre si realmente marca el comienzo de la gestación. Por ello, se han desarrollado sistemas alternativos de medición temporal para determinar con mayor exactitud el punto de partida del desarrollo prenatal. Resulta importante distinguir la edad gestacional de lo que se conoce como edad fecundacional o edad conceptual, la cual representa el período medido desde el instante preciso de la unión espermatozoide-óvulo, siendo consecuentemente aproximadamente catorce días inferior a la edad gestacional establecida mediante el criterio tradicional

Se denomina gestación a término aquella que culmina en un intervalo comprendido entre las 37 y 42 semana de duración, contabilizadas de forma

convencional desde el día de inicio de la menarquia hasta la fecha presuntiva de culminación del embarazo. Dentro de este espectro, el rango fisiológico más frecuente se sitúa entre las 37 y 40 semanas. En contraposición, cuando la expulsión fetal ocurre antes de alcanzar la semana 37, el neonato es clasificado como prematuro, condición que lo expone a una amplia gama de complicaciones clínicas, incrementando la probabilidad de morbilidad significativa e incluso de mortalidad temprana, circunstancia que refuerza la importancia del control obstétrico riguroso y del seguimiento perinatal especializado.

- a) RNPOST-TÉRMINO: se define como aquel neonato cuya gestación sobrepasa las 42 semanas completas, lo que implica una prolongación del embarazo más allá del rango fisiológico habitual.
- b) RNAT: corresponde al producto de la concepción que culmina entre las 37 y 42 semana del periodo gestación, considerado el intervalo estándar de normalidad obstétrica.
- c) RNPT LÍMITE: hace referencia al neonato que ve interrumpida su gestación durante la semana 38.^a incompleta (es decir, desde las 37 semanas exactas hasta los 37 días con 6 jornadas), constituyendo la transición entre lo pretérmino y lo a término.
- d) RNPT: designa a todo neonato cuya finalización del embarazo ocurre antes de completar la 37 semana del estado de gestación, de manera individual del peso con una madurez funcional.

e) RNPT MODERADO: se clasifica en este grupo a los neonatos cuya gestación se interrumpe entre las 31 semanas hasta las 36 semanas y 6 días, presentando un grado intermedio de inmadurez.

f) RNPT EXTREMO: engloba a los neonatos cuya gestación concluye con una edad gestacional inferior a las 31 semanas, circunstancia que conlleva elevados riesgos de morbilidad perinatal y que exige cuidados intensivos especializados.

Asimismo, la edad gestacional puede vincularse con otros parámetros de clasificación, entre ellos el peso neonatal al momento del nacimiento, que se constituye en un indicador complementario para valorar la madurez y el pronóstico del recién nacido.

- a) RNBP : se denomina así al neonato donde 2.500 gramos, umbral establecido por la OMS para identificar a los productos de la concepción con mayor vulnerabilidad frente a complicaciones neonatales y perinatales.
- b) RNMUYBP: comprende a aquellos neonatos cuyo peso corporal al nacimiento no supera los 1.500 gramos, condición que se manifiesta el aumento de forma considerable el riesgo de inmadurez orgánica y de complicaciones asociadas a la prematuridad.
- c) RNEXTREMOBP : engloba a los neonatos cuyo peso es inferior a los 1.000 gramos, categoría donde se ve vinculado con una elevada probabilidad de decesos con un estado crítico y de los decesos neonatal, requiriendo en la mayoría de los casos soporte intensivo especializado.
- d) RNALTOPESO : corresponde a los neonatos cuyo peso al nacer supera los 4.000 gramos, condición que puede estar vinculada con macrosomía fetal y

que se genera los agentes que provocan los daños obstétricos lo que perjudica el trabajo de parto y el puerperio inmediato. (27)

- **Numero de tactos**

Según la OMS, Este constituye uno de los procedimientos diagnósticos fundamentales para identificar el inicio y evolución del trabajo de parto. Únicamente debe ejecutarse por profesionales capacitados, con las manos higienizadas y protegidas mediante guantes estériles. La cantidad de exploraciones vaginales debe restringirse a lo imprescindible: durante la etapa de dilatación, habitualmente una evaluación cada cuatro horas resulta adecuada. Si el alumbramiento avanza aceleradamente, las obstétricas experimentadas pueden reducir las valoraciones a una única exploración. En condiciones óptimas, ese sería el reconocimiento requerido para determinar la fase activa del alumbramiento, esto es, para verificar que existe apertura del cuello uterino (el indicador más fidedigno de un parto en marcha). Otra estrategia en el acompañamiento del nacimiento consiste en realizar una exploración vaginal solamente cuando existe una justificación específica, por ejemplo, cuando disminuye la intensidad y periodicidad de las contracciones o cuando aparecen indicios de que la gestante experimenta urgencia de pujar o previo a la aplicación de medicación analgésica. (28)

- **Extracción manual de placenta**

La expulsión del saco que cubre al embrión de la placenta puede complicarse cuando su evacuación se demora o cuando quedan restos placentarios en el interior del útero. Incluso un segmento mínimo remanente basta para

obstaculizar una contracción uterina apropiada, generando la continuación del sangrado a través de vasos sanguíneos no cerrados. En estas situaciones, se aplica la técnica manual de remoción placentaria, intervención que se realiza siguiendo protocolos de esterilidad. Si la placenta no se desprende naturalmente durante los 30 minutos siguientes al nacimiento, y la mujer no presenta hemorragia en curso, se aconseja primeramente facilitar el vaciado vesical, suministrar una dosis adicional de oxitocina, continuar con la tensión moderada del cordón y promover los esfuerzos expulsivos maternos. Cabe destacar que no se debe volver a administrar misoprostol en esta situación clínica.

Cuando la placenta permanece en el interior uterino durante más de 60 minutos, o cuando se confirma la presencia de restos placentarios remanentes, o si la paciente experimenta sangrado abundante, la actuación apropiada es la remoción manual del material retenido. En tales circunstancias, después de efectuar el clampaje y corte del cordón umbilical, se sugiere aguardar inicialmente hasta sesenta minutos si la mujer no presenta hemorragia activa; no obstante, si no ocurre la separación natural, se debe comunicar a la paciente acerca de la necesidad de la intervención manual, detallándole la justificación médica y obteniendo su autorización escrita. Previamente, resulta fundamental verificar que la paciente disponga de una vía venosa funcional y que la vejiga esté completamente evacuada. A continuación, en ausencia de estado de shock, se suministra 10 mg de diazepam por ruta endovenosa como efecto sedante y una dosis única de antibiótico profiláctico, que puede ser 2 g de ampicilina IV o 1 g de cefazolina IV, para minimizar el riesgo de contaminación bacteriana. Por último, el profesional debe efectuar un lavado riguroso de las manos y vestir



guantes estériles extensos hasta la altura del codo, garantizando las condiciones de esterilidad del procedimiento.

Luego del parto, la placenta normalmente se separa en los minutos posteriores. Con todos los dedos juntos y el pulgar, ingrese con cuidado la mano en posición plana. Muévela gentilmente por la vagina, pasando por el cuello uterino hasta entrar al útero. Si puede sentir el cordón, tire de él suavemente hasta tensarlo y úselo como referencia hacia el útero. Ahora ubique su otra mano en la parte alta del vientre para sujetar el útero y estabilizarlo mientras hace la extracción. El reverso de la mano que está dentro debe apoyarse contra la pared del útero. Encuentre un borde de la placenta. Luego, con los dedos cerrados, mueva la mano en vaivén para ir despegando gradualmente la placenta de la pared uterina de forma progresiva. Trabaje despacio hasta que la placenta se haya separado totalmente. Después sostenga la placenta en su mano y sáquela hacia afuera, rotando levemente su muñeca de un lado a otro mientras desciende por el canal del parto. Sujete la placenta con las dos manos y hágala girar para juntar todas las membranas. Luego revise que el útero esté bien contraído y masajéelo si está flácido. Si la placenta no se puede separar con facilidad de la pared uterina, ¡no la arranque a la fuerza! La placenta podría estar adherida de forma anormal y la mujer podría necesitar operación. Refiera el caso a un hospital de mayor nivel sin demora. Revise la placenta para asegurar que esté completa. Aplique 20 unidades de oxitocina en 1 litro de suero IV a un goteo de 60 gotas por minuto.

Explíquelo a la mujer cómo palpar su útero y pedir ayuda si lo nota flácido o si nota que sangra más. Revise su pulso, su presión, la firmeza del útero y el sangrado vaginal cada 15 minutos durante dos horas, y luego cada media hora

por las siguientes 6 horas o hasta que se normalice. Recuerde, acceda al útero con la mano plana, el pulgar recogido hacia la palma y los dedos cerrados. Encuentre el borde de la placenta y luego mueva los dedos de forma oscilatoria para despegarla con cuidado. Saque toda la placenta cuando se haya separado completamente. (29)

- **Comorbilidad**

La comorbilidad constituye un concepto médico, introducido por A. R. Feinstein en 1970, que abarca dos acepciones:

- La coexistencia de una o varias patologías (o afecciones) junto a la dolencia o condición principal.
- La influencia de estas patologías o afecciones coexistentes.

Desde una perspectiva cuantitativa, una comorbilidad representa cada una de las condiciones que se suman. La condición agregada puede corresponder igualmente a un trastorno psicológico o de comportamiento. (30)

- **Endometritis puerperal.**

Las infecciones en la mujer gestante y puérpera configuran uno de los determinantes fundamentales de letalidad materna en el ámbito mundial. Se estima que cada año se registran cerca de cinco millones de eventos durante la gestación y el periodo puerperal, de los cuales aproximadamente setenta y cinco mil culminan en desenlaces fatales para la madre. Dichas infecciones pueden manifestarse tanto en el inmediato posparto como extenderse hasta los 42 días posteriores al alumbramiento. Dentro de las entidades más frecuentes se

incluyen la endometritis puerperal o sepsis obstétrica, las infecciones de las vías urinarias, así como las complicaciones sépticas del sitio quirúrgico, entre otras alteraciones infecciosas que comprometen el binomio madre-hijo.

La inflamación infecciosa del endometrio en el puerperio se considera una de las entidades sépticas de mayor prevalencia durante la fase inmediata subsecuente al proceso de alumbramiento, y constituye además una de las causas primordiales de fiebre posparto. Si bien los determinantes de riesgo han sido descritos de manera amplia en la literatura, estos muestran una heterogeneidad considerable dependiendo tanto de la caracterización sociocultural de la población como de las condiciones particulares de cada institución sanitaria. De ahí se desprende la relevancia de establecer con precisión la tasa de incidencia local y de identificar los factores contextuales que condicionan su aparición. Tal aproximación no solo coadyuva a la implementación de medidas profilácticas, sino también a optimizar los procesos de detección precoz y el abordaje clínico oportuno, aspectos fundamentales en la atención de las pacientes con mayor vulnerabilidad. (31)

- **Puerperio**

El tiempo después del parto es la etapa natural que incluye las primeras semanas luego de dar a luz. Su límite de tiempo es relativamente difuso, aunque la mayoría de los profesionales lo establecen entre cuatro y seis semanas. Esta fase empieza tras la expulsión placentaria y se prolonga hasta lograr la recuperación estructural y funcional completa del cuerpo de la madre. Se trata de una fase de cambio compleja, cuya duración típica ronda las seis semanas, distinguido por el comienzo y fortalecimiento de la alimentación al pecho, además

de la adaptación psicológica y social entre la madre, el bebé y el contexto familiar.

De acuerdo al momento temporal y al grado de peligro de complicaciones, el puerperio se subdivide tradicionalmente en tres períodos:

- a) Puerperio inmediato: Este intervalo da a entender 24 horas subsecuentes a la culminación del proceso obstétrico. Se caracteriza por un elevado riesgo hemorrágico, en particular de hemorragia postparto, constituyendo la etapa más crítica en cuanto a seguridad hemodinámica materna.
- b) Puerperio mediato: Corresponde al período comprendido entre el segundo y el séptimo día posterior al parto. Durante esta fase, el organismo materno atraviesa procesos de reorganización interna, siendo el riesgo infeccioso la complicación más prevalente, especialmente en forma de endometritis y afecciones del tracto genitourinario.
- c) Puerperio tardío: Engloba el lapso que se extiende desde el octavo día hasta aproximadamente el día 42 posterior al evento obstétrico. Se trata de una etapa con incidencia reducida de complicaciones graves, en la cual predominan procesos de adaptación fisiológica y psicosocial que conducen progresivamente a la recuperación integral de la mujer.

Dependiendo de su desarrollo clínico y alteraciones fisiopatológicas, el puerperio se puede clasificar en dos grupos principales:

- a. Puerperio sin complicaciones: Se describe como el período postparto donde la mujer no presenta indicios de alerta ni problemas clínicos importantes, con una evolución dentro de lo considerado saludable. En estas circunstancias, la recuperación del cuerpo progresa sin contratiempos.

b. Puerperio con complicaciones: Se identifica cuando el curso del período postparto se sale de lo normal esperado, presentándose problemas asociados a enfermedades como infecciones (ej. infección del útero, infección generalizada postparto) o sangrados que pueden provocar anemia grave. Igualmente, cualquier enfermedad aguda o prolongada sea infecciosa, degenerativa o general puede ocasionar un puerperio anormal, poniendo en riesgo la salud materna. (32)

- **Endometritis**

El proceso infeccioso endometrial puerperal constituye una invasión bacteriana dentro del útero, usualmente provocada por bacterias que suben desde las vías genitales inferiores o del sistema urinario y reproductivo. Esta infección puede avanzar involucrando el miometrio y los parametrios, causando entonces una endometriometritis o endoparametritis, respectivamente. Según cifras de la OMS, esta complicación afecta globalmente a cerca del 4,4% de los partos, y representa alrededor del 15% de las muertes maternas. Resulta relevante mencionar que la preponderancia de estas defunciones acontece en naciones con limitaciones económicas o en proceso de desarrollo, constituyendo el territorio africano la zona con los indicadores más elevados.

Sin embargo, pese a los progresos en la vigilancia prenatal, medidas de esterilidad, uso de antibióticos y capacitación del personal sanitario, persiste como una causa significativa de enfermedad y muerte. Los colectivos en riesgo de padecerla presentan una gran diversidad. La demora en su identificación y en la instauración del tratamiento apropiado genera elevada morbilidad con consecuencias en la capacidad reproductiva de las madres, incapacidad o

incluso impacto en el neonato. Desde épocas remotas se le conocía como fiebre postparto, la cual integraba los decesos de las progenitoras y, aunque aún continúa siendo la primera causa de fallecimiento en los 42 días posteriores al alumbramiento en diversas zonas del planeta como sucede en la región sur de Asia.

En los últimos años se ha observado ha evidenciado un notorio ascenso en la prevalencia de endometritis puerperal, fenómeno que parece guardar estrecha vinculación con la proliferación de intervenciones obstétricas por cesárea, muchas de las cuales se ejecutan carentes de fundamento clínico sólido. Resulta ineludible, por tanto, dimensionar con precisión la frecuencia de esta patología infecciosa en la población considerada de riesgo dentro de nuestra institución, dado que dicho conocimiento constituye un prerequisite esencial para estructurar y formular estrategias preventivas idóneas orientadas a mitigar su aparición y complicaciones. (33)

- Definición de endometritis puerperal

La definición de la endometritis no presenta consistencia en la bibliografía médica, lo que crea dificultades metodológicas para realizar comparaciones entre los distintos estudios epidemiológicos. Esta patología puede ser identificada cuando se obtiene un cultivo positivo del material endometrial o del tejido uterino conseguido por aspiración, intervenciones quirúrgicas o cepillado, junto con al menos dos signos clínicos como temperatura corporal superior a 38 °C, dolor abdominal o la existencia de descarga uterina purulenta. En tanto, la OMS extiende la conceptualización al incluir como proceso infeccioso del sistema genital aquel que se presenta en el intervalo entre la rotura ovular o la

instauración del proceso de alumbramiento y las 42 jornadas siguientes al nacimiento. Este cuadro debe verificarse con la presencia de dos o más signos, entre los cuales se incluyen: dolor pélvico continuo, temperatura mayor a 38 °C, flujo vaginal alterado con mal olor, además de una reducción lenta en el proceso de involución uterina, caracterizada por una disminución inferior a 2 cm por día del fondo uterino en los primeros ocho días postparto (34)

- Patogénesis

Aquí te presento varias alternativas:

Versión 1 (formal-técnica):

El modo de transmisión dependerá de la ruta del parto, constituyendo el alumbramiento abdominal el determinante de riesgo preponderante, incrementando una tasa 25 % mayor en relación con un nacimiento por conducto vaginal. En la modalidad operatoria se han relacionado los siguientes agentes que generan daños para la presencia de necrosis tisular y el aumento bacteriano: separación de la zona de incisión operatoria, muerte tisular de las suturas y existencia de acumulaciones hemáticas. En el supuesto de alumbramiento del trato vaginal de un extracto primaria de contagio es el ascenso de microorganismos desde el aparato genitourinario con una sobreinfección simultánea (proceso conocido como autoinfección).

Si bien existen otros elementos relacionados tales como: La manipulación excesiva, la existencia de materiales extraños (como residuos placentarios), exploración de la cavidad uterina, empleo de instrumentos obstétricos. Otras modalidades de propagación del proceso infeccioso son mediante el sistema

linfático y por circulación sanguínea, que habitualmente presentan una progresión más severa, dado que evolucionan hacia septicemia con rapidez. (35)

- Principales Factores de Riesgo

La endometritis puerperal puede manifestarse como una complicación subsecuente a un cuadro de corioamnionitis acontecido donde se involucran bien en el periodo inmediato posterior al alumbramiento. Entre los trastornos predisponentes que incrementan la vulnerabilidad de la paciente se reconocen múltiples condiciones clínicas y obstétricas que alteran los mecanismos de defensa locales e incrementan la probabilidad de colonización bacteriana ascendente:

a. Ruptura prolongada de membranas y parto:

La endometritis puerperal puede aparecer como una complicación después de una corioamnionitis que sucedió durante el trabajo de parto activo o justo después del alumbramiento. Entre los problemas que aumentan la vulnerabilidad de la paciente se encuentran múltiples situaciones clínicas y obstétricas que debilitan las defensas locales y elevan las posibilidades de infección bacteriana ascendente.

b.- Líquido con meconio:

Se conoce como líquido con meconio al fluido amniótico que contiene meconio, una materia densa y de tonalidad verde oscura que representa la primera deposición intestinal del bebé. Habitualmente, el meconio se expulsa tras el alumbramiento; no obstante, cuando esto sucede previo o durante el proceso del parto, puede colorear el fluido amniótico. La existencia se brinda la absolución

del fluido de origen amniótico, dado que el bebé podría haber sufrido déficit de oxigenación (hipoxia) que ocasiona la distensión de los esfínteres y la descarga del meconio. Este descubrimiento demanda una monitorización rigurosa y atención apropiada durante el alumbramiento, debido al peligro de que el neonato aspire el meconio, lo cual puede generar síndrome de inhalación meconial y dificultades respiratorias.

c.- Trastornos hipertensivos del embarazo:

Se les llama síndromes de daños de la variación de gestación a una serie de complicaciones médicas que se distinguen por la elevación de la tensión arterial durante la gestación, las cuales pueden comprometer el cuidado tanto de la fémina en un estado embarazada como del bebé que está formándose. Estos cambios abarcan diferentes problemas de salud, como la presión alta en el embarazo, la preeclampsia, la eclampsia y la tensión arterial elevada crónica vinculada al periodo de gestación.

Estas patologías pueden desencadenar modificaciones en el funcionamiento placentario y en el flujo sanguíneo, perjudicando el crecimiento fetal y originando complicaciones como limitación del desarrollo intrauterino, alumbramiento anticipado o separación prematura de la placenta. En la gestante, pueden manifestarse lesiones en órganos esenciales como los riñones, el hígado o el sistema nervioso central.

La identificación y tratamiento temprano de los trastornos hipertensivos durante la gestación resultan esenciales para evitar complicaciones severas y asegurar el bienestar tanto de la madre como del neonato.

d.- Monitorización fetal interna: El manejo y la colocación de sensores para el monitoreo fetal se relacionan con una mayor incidencia de infección uterina postparto por la entrada de microorganismos al saco amniótico y al bebé. Parto con fase activa prolongada: Se presenta en alrededor del 2,4 % del total de los nacimientos, como consecuencia de una fase activa extendida y de la ausencia de progresión del descenso fetal. Se ha evidenciado que este factor se asocia a un riesgo hasta siete veces mayor de desarrollar endometritis puerperal, el cual se incrementa cuando la culminación del parto es mediante cesárea. Durante el proceso del parto, cada contracción del útero genera un aumento de la presión sobre la presentación fetal a nivel del cuello uterino y del segmento uterino inferior; no obstante, al finalizar la contracción y producirse la relajación uterina, se genera un efecto de succión que favorece el ingreso de microorganismos hacia la cavidad amniótica.

e.- Corioamnionitis: Se ha documentado que aproximadamente un 5% de las gestantes que cursan con corioamnionitis y culminan el proceso de parto por vía vaginal pueden evolucionar hacia un cuadro de sepsis puerperal. Este riesgo no permanece estático, sino que experimenta un incremento exponencial cercano a cinco veces cuando el desenlace obstétrico se produce mediante operación cesárea, procedimiento que por su propia naturaleza quirúrgica condiciona una mayor vulnerabilidad a la colonización microbiana y a la posterior diseminación sistémica.

f.- Cesárea: La tasa de endometritis posparto se incrementa considerablemente en los alumbramientos mediante operación cesárea, especialmente cuando estas intervenciones se ejecutan después de un proceso de parto extendido o

una rotura anticipada de las membranas ovulares. Durante el procedimiento quirúrgico, elementos como la manipulación uterina, la aparición de tejido necrótico o acumulaciones de sangre, al igual que las propiedades del hilo de sutura utilizado, colaboran en aumentar el peligro de infección. Distintas investigaciones señalan que la frecuencia de endometritis relacionada con cesárea puede resultar entre tres y veinte veces mayor que la registrada en nacimientos por vía natural. Asimismo, la coexistencia de circunstancias complementarias, como la existencia de vaginosis bacteriana, puede amplificar la posibilidad de infección en la matriz hasta quince veces en contraste con el alumbramiento vaginal, evidenciando la acción combinada de diversos agentes favorecedores.

g. Nacimiento pretérmino: La información científica acumulada fortalece cada vez más la asociación entre el alumbramiento anticipado y la existencia de infección dentro de la cavidad amniótica, indicando que los cuadros infecciosos en el interior del saco amniótico representan un elemento causal significativo en el desencadenamiento prematuro del proceso de parto. Múltiples investigaciones resaltan que esta vinculación se manifiesta de forma constante, enfatizando la relevancia de la supervisión y el tratamiento temprano de las infecciones durante la gestación para disminuir la frecuencia de nacimientos antes de término.

h. Examen de tacto vaginal repetido: Se asocia con la translocación de microorganismos presentes en la cavidad vaginal hacia el orificio cervical, e incluso, en ocasiones, hasta la cavidad amniótica, favoreciendo la instauración de procesos infecciosos. Estudios clínicos indican que cuando se efectúan más de cinco exploraciones vaginales, el riesgo relativo de desarrollar infección

puerperal aumenta a 4,2, evidenciando la importancia de limitar la manipulación intrauterina para prevenir complicaciones infecciosas posparto.

i. Extracción manual de placenta: Frente a cuando la placenta sale sola, las infecciones después del parto aumentan muchísimo, llegando a una proporción de 16 a 1, con un riesgo relativo que se calcula en 15,8. Esta elevada incidencia se mantiene incluso en aquellas gestantes cuyas membranas permanecen íntegras al momento de indicar la cesárea, lo que resalta la vulnerabilidad a complicaciones infecciosas asociadas a la intervención quirúrgica, independientemente del estado de las membranas ovulares.

j. Retención de residuos placentarios intrauterinos: La permanencia de fragmentos de placenta dentro del útero genera muerte celular, estableciendo condiciones ideales para el aumento descontrolado de patógenos que son dañinos, que pueden invadir la zona donde se adhirió la placenta, provocando posteriormente una inflamación infecciosa del revestimiento uterino posparto. Este escenario evidencia cómo los residuos orgánicos retenidos combinados con la vulnerabilidad de la mucosa uterina ante agentes invasores, resaltan la necesidad de garantizar una salida total y supervisada de la placenta.

k. Hemorragia posparto: Ante una pérdida hemática obstétrica considerable que excede los 1.000 ml, la probabilidad de contraer una infección uterina postparto se eleva hasta 2,5 veces. Este escenario se complica adicionalmente por la baja de la presión sanguínea y la reducción del aporte de oxígeno a los tejidos, elementos que, junto con las intervenciones obstétricas utilizadas para detener la hemorragia, aumentan la susceptibilidad de la mucosa uterina ante la invasión

microbiana y el establecimiento de procesos sépticos posteriores al alumbramiento.

I. Colonización del tracto genital inferior: La colonización patológica del tracto genital inferior que se conforma predispone relevante para el desarrollo de endometritis puerperal. Las gestantes que presentan vaginitis o una flora vaginal alterada, como ocurre en la vaginosis bacteriana, evidencian una incidencia de infección uterina aproximadamente tres veces superior a la observada en mujeres con microbiota vaginal normal, lo que subraya la importancia de la vigilancia microbiológica y la profilaxis adecuada durante el período periparto.

II. Anemia: La anemia significativa, reflejada por un hematocrito inferior al 30%, constituye uno de los factores más relevantes en la predisposición a endometritis puerperal. La reducción en el suministro de oxígeno a los tejidos compromete los mecanismos inmunitarios locales y sistémicos del huésped, facilitando la colonización microbiana. Este déficit hematológico duplica el riesgo de desarrollar endometritis, tanto en partos vaginales como en cesáreas, subrayando la necesidad de una corrección profiláctica y terapéutica de la anemia en gestantes en peligro.

m. Edad materna joven: La fase adolescente configura un intervalo de marcada predisposición en el contexto de la salud reproductiva femenina. Durante este lapso, las estructuras genitales mantienen una morfogénesis inacabada, situación que potencia la vulnerabilidad ante injurias obstétricas en el proceso de nacimiento. Dichas agresiones tisulares pueden propiciar el asentamiento microbiano y la génesis de cuadros sépticos, magnificando el riesgo de secuelas puerperales, incluyendo la inflamación infecciosa endometrial.

n. Bajo estado socioeconómico: Las disparidades en el nivel económico y social producen inequidad sanitaria que no solamente incrementa los índices de enfermedad y muerte en la población general, sino que se refleja en un escaso aprovechamiento de los programas de prevención y control de la natalidad, además de una mayor prevalencia de conductas perjudiciales para el bienestar en los sectores con menores recursos económicos y sociales. (36)

- **Microbiología**

Habitualmente, las infecciones son causadas por múltiples microorganismos, lo cual fomenta la colaboración entre bacterias. Otros elementos que potencian la capacidad patógena son las acumulaciones sanguíneas y los tejidos necróticos. Microorganismos que frecuentemente ocasionan infecciones en el sistema reproductor femenino:

Aerobios: Cocos grampositivos incluyen estreptococos de categorías A, B y D, enterococos, *Staphylococcus aureus* y *Staphylococcus epidermidis*. Microorganismos gramnegativos abarcan *Escherichia coli*, variedades de *Klebsiella* y *Proteus*. Con comportamiento variable en la coloración de Gram se encuentra *Gardnerella vaginalis*. Adicionales: variedades de *Mycoplasma* y *Chlamydia*, *Neisseria gonorrhoeae*. Anaerobios: Cocos comprenden variedades de *Peptostreptococcus* y *Peptococcus*. Adicionales: variedades de *Clostridium*, *Fusobacterium* y *Mobiluncus*. (37)

- **Cuadro clínico**

De manera habitual, las manifestaciones tempranas de la infección uterina postparto comprenden molestia en la zona baja del abdomen y dolor al palpar o

mover el útero, acompañados de elevación térmica leve o significativa, típicamente durante las primeras 24 a 72 horas tras el alumbramiento. Igualmente son comunes síntomas generalizados como temblores corporales, dolor de cabeza, debilidad corporal y pérdida del apetito, aunque en ciertos casos el incremento de temperatura puede ser la única señal clínica. Un dato particularmente significativo es la aparición de secreciones vaginales de color turbio y aroma desagradable, que representa un indicador distintivo de este proceso infeccioso uterino postparto.

Habitualmente, también se observa coloración pálida de la piel, aceleración del ritmo cardíaco y aumento de glóbulos blancos, mientras que el útero se presenta flácido, aumentado de tamaño y sensible al tacto. La secreción puede ser mínima o abundante y con olor desagradable, acompañada o no de componente sanguíneo. Cuando se compromete el tejido pélvico lateral, el malestar y la elevación térmica son severos; el órgano gestacional, agrandado y adolorido, muestra endurecimiento en la región basal de los soportes uterinos laterales, y el proceso inflamatorio se propaga hacia las estructuras de la pelvis o el espacio posterior del útero.

Otro signo clínico de la infección uterina postparto es el sangrado excesivo después del nacimiento, originado por el cierre inadecuado de las arterias y venas en la zona donde estuvo adherida la placenta. La expresión sintomática varía según qué tan extendido esté el proceso infeccioso, permitiendo clasificarla en los siguientes cuadros clínicos: a. Infección limitada al útero. El proceso séptico se restringe al interior del órgano gestacional. Se caracteriza por elevación térmica, molestia en el vientre, útero flácido y adolorido al examen

físico, secreción vaginal parduzca con olor desagradable, sin irritación peritoneal. Los estudios de laboratorio revelan aumento de leucocitos por encima de 15000, mientras que las evaluaciones hepáticas, renales y de coagulación permanecen dentro de rangos esperados.

b.- Salpingitis. La infección progresiva puede comprometer las trompas de Falopio y el peritoneo pélvico, manifestándose clínicamente con febrícula o fiebre sostenida, dolor abdominal difuso, y un útero blando y doloroso a la palpación. El flujo vaginal adquiere una coloración café oscura, acompañado de signo de rebote positivo, mientras que el hemograma evidencia leucocitosis superior a $15.000/\text{mm}^3$ con neutrofilia $>80\%$. Los parámetros de función hepática (PFH), función renal (PFR) y presión capilar (PC) generalmente permanecen dentro de los rangos normales, a menos que la infección se complique o evolucione hacia un cuadro sistémico.

c.- Absceso Tubo-ovárico. El proceso infeccioso alcanzó las estructuras tubáricas y generó un acúmulo purulento que compromete también el ovario. Muestra elevación térmica, molestia en el vientre, útero flácido y sensible, secreción vaginal parduzca, irritación peritoneal positiva y tumoración en los anexos que se adhiere al útero. Aumento de glóbulos blancos por encima de 15000 con predominio de neutrófilos superior al 80%, mientras que las evaluaciones hepáticas, renales y de coagulación permanecen dentro de rangos esperados.

d.- Absceso pélvico. El proceso infeccioso atraviesa los conductos tubáricos y genera una secreción purulenta copiosa que se acumula en la cavidad pélvica. Elevación térmica, molestia abdominal, útero flácido y sensible, las secreciones

vaginales con olor desagradable pueden estar presentes o ausentes, irritación peritoneal positiva, masa pélvica habitualmente localizada en el espacio posterior de la vagina. Aumento de glóbulos blancos superior a 15000 con predominio de neutrófilos (por encima del 80%), mientras que las evaluaciones hepáticas, renales y de coagulación permanecen dentro de rangos esperados.

e.- Panmetritis y tromboflebitis pélvica. El proceso infeccioso perforó las capas uterinas y alcanzó los vasos venosos pélvicos provocando formación de coágulos; constituye una condición clínica severa, dado que representa una infección generalizada en la sangre, con elevada probabilidad de colapso circulatorio séptico. Elevación térmica, molestia abdominal, útero flácido y sensible, secreción parduzca con olor desagradable, irritación peritoneal positiva, aumento de glóbulos blancos superior a 15000 con predominio de neutrófilos (por encima del 80%), evaluaciones hepáticas, renales y de coagulación anormales. En situaciones con estafilococos, puede desarrollarse el síndrome de colapso tóxico por la presencia de toxinas bacterianas, incluso sin haber mostrado ninguna de las manifestaciones previas (38)

- Diagnóstico

Evaluación clínica

Habitualmente, se realizan exámenes para descartar otros orígenes (por ejemplo, análisis y cultivo de muestra urinaria). Pasadas las primeras 24 horas, debe considerarse una infección uterina postparto si no existen otras causas aparentes en pacientes con temperatura igual o mayor a 38 °C durante dos días consecutivos. Frecuentemente, la molestia uterina es complicada de diferenciar del malestar de la herida quirúrgica en pacientes con parto abdominal. Una de

las acciones iniciales a implementar en aquella mujer en quien sospechemos este proceso infeccioso es efectuar una exploración ginecológica exhaustiva: valorar dimensiones del útero, secreciones vaginales, sensibilidad al movimiento uterino y/o presencia de tumoraciones en ovarios y trompas.

Las pacientes con elevación térmica moderada y ausencia de molestia abdominal deben ser examinadas buscando otros orígenes no evidentes, tales como colapso pulmonar parcial, congestión de las mamas, inflamación mamaria infecciosa, infección del tracto urinario y formación de coágulos venosos en extremidades inferiores. La hipertermia por congestión mamaria suele mantenerse igual o menor a 39 °C. Si la temperatura aumenta súbitamente tras 2 o 3 días de febrícula, es más probable que el origen sea un proceso infeccioso en lugar de congestión mamaria. Habitualmente, se efectúan análisis y cultivos de muestra urinaria. Raramente se solicitan cultivos del interior uterino, dado que las muestras obtenidas atravesando el cérvix casi siempre presentan contaminación por microorganismos vaginales y cervicales. Únicamente deben realizarse cultivos endometriales cuando la infección uterina no responde a los esquemas antimicrobianos habituales y no existe otra fuente evidente de infección; se emplean métodos asépticos con espéculo para prevenir la contaminación vaginal y la muestra se remite para cultivos de microorganismos que requieren y no requieren oxígeno.

Los hemocultivos infrecuentemente están indicados y solo deben practicarse cuando el proceso infeccioso endometrial muestra resistencia a los protocolos antimicrobianos convencionales o si la sintomatología clínica sugiere bacteriemia. Si pese al abordaje terapéutico adecuado del cuadro infeccioso

uterino la hipertermia persiste superior a 48 horas (ciertos profesionales emplean el umbral de 72 horas) sin tendencia al declive de los picos térmicos, deben considerarse etiologías alternativas como formaciones abscedadas o trombosis séptica venosa pélvica (particularmente ante la ausencia de colecciones evidentes en estudios imagenológicos). La imagenología abdomino-pélvica, tal como la tomografía axial computarizada, resulta sensible para identificar abscesos, mas únicamente detecta tromboflebitis pélvica cuando los trombos alcanzan dimensiones considerables. Ante imágenes sin hallazgos patológicos, convencionalmente se instituye una prueba terapéutica con heparina para abordar una posible tromboflebitis pélvica, que ordinariamente constituye un diagnóstico por exclusión. La respuesta terapéutica valida el diagnóstico. (39)

- **Diagnóstico diferencial**

a.- Ingurgitación mamaria: se presenta como molestia y rigidez en los senos sumamente severas, entre 24 y 48 horas después del inicio de la producción de leche. El origen es una congestión excesiva de estructuras venosas y linfáticas del pecho. Se aborda mediante presión controlada, aplicación de calor húmedo en la zona, medicamentos para el dolor y la inflamación, extracción de la leche mediante amamantamiento, y si esto no es viable, por medio de extractores.

b.- Mastitis puerperal: Es la infección del tejido productor de leche, grasa subcutánea o conductos linfáticos del seno. Se presenta con molestia, enrojecimiento, endurecimiento o tumoración, elevación térmica, aumento de glóbulos blancos con predominio de neutrófilos. Ocurre en el 2 al 5% de los casos, siendo el microorganismo responsable más común el *Stafilococcus aureus* (50%), además de *escherichia coli*, *estreptococo* y *neumococo*. El manejo clínico

incluye: medicamentos para el dolor, la fiebre, la inflamación y antibacterianos.

Se suspende el amamantamiento en presencia de colección purulenta o deterioro de la condición materna.

c.- Galactocele: Es una cavidad única situada en la porción central del seno, en la zona dilatada del conducto, debajo de la superficie cutánea. Se origina por el bloqueo de un canal lactífero que provoca el estancamiento de secreción láctea. Se establece diagnóstico diferencial con un cuadro infeccioso mediante el examen físico y la carencia de manifestaciones inflamatorias. Se intenta su evacuación mediante compresión y si resulta infructuoso se puede aspirar con aguja.

d.- Infección de la herida quirúrgica: Se presenta en un 2-5% del total de operaciones cesáreas. Es provocada por microorganismos de la flora dérmica (estafilococo) o presentes en la cavidad amniótica, originarios del conducto genital inferior, siendo causadas por varios microorganismos en un 63%, por anaerobios en un 30% y por aerobios en un 7%. La prevención se efectúa mediante una dosis de cefalosporina de primera generación por vía intravenosa y la limpieza de la piel con alcohol o clorhexidina. El abordaje terapéutico varía según la gravedad del proceso infeccioso, seleccionando el antimicrobiano conforme al resultado del cultivo, habitualmente antimicrobianos de amplia cobertura.

e.- Tromboflebitis pélvica séptica: Es una complicación posparto poco común con mortalidad mínima que puede surgir después de alumbramiento natural (1/2.000) o posterior a endometritis tras operación cesárea (1-2%). Debe considerarse ante temperatura elevada continua de causa no identificada; se origina por la

conjugación de tres elementos: tendencia aumentada a la coagulación, daño en los vasos por infección o lesión y enlentecimiento del flujo venoso. Presenta una variante aguda denominada trombosis aguda de la vena ovárica, generada por un coágulo extenso en dicha vena. Se caracteriza por temperatura elevada en episodios acompañada de transpiración profusa, ritmo cardíaco acelerado, molestia abdominal intensa y repentina. Su identificación ocurre habitualmente por descarte o al observar la adecuada reacción al tratamiento con anticoagulantes.

f.- Atelectasia: Aparece durante las primeras 24 horas en gestantes intervenidas mediante cesárea bajo anestesia general. Constituye el motivo más habitual de temperatura elevada posparto de origen no ginecológico y se caracteriza por fiebre, respiración acelerada, ritmo cardíaco rápido, reducción de sonidos respiratorios y estertores en las zonas inferiores pulmonares. Habitualmente se resuelve de forma espontánea entre 3-5 días y si esto no sucede debe considerarse la posibilidad de broncoaspiración.

g. Tromboflebitis venosa superficial: Pueden generar temperatura elevada posparto. La identificación se establece mediante el examen físico (miembro hinchado y con dolor, sensibilidad en la zona gemelar) y el abordaje terapéutico consiste en la aplicación de heparina y compresión mediante vendaje en la extremidad inferior.

h.- Pielonefritis: Habitualmente se presenta después de la primera semana posparto y se caracteriza por presencia de bacterias en orina acompañada de leucocitos, náuseas con expulsión del contenido gástrico, temperatura elevada en episodios con temblores y molestia en la zona baja de la espalda. Se identifica

a través de análisis de sedimento urinario, cultivo de orina y prueba de sensibilidad antimicrobiana. Necesita tratamiento con antimicrobianos y consumo apropiado de líquidos.

i.- Absceso pélvico: Se distingue por temperatura elevada intermitente a pesar de terapia antimicrobiana apropiada en una infección de la zona pélvica. En situación de rotura puede desencadenar una peritonitis. Si se desarrolla en la zona anterior habitualmente pueden ser evacuados mediante ecografía y si lo hacen en la zona posterior (tabique entre recto y vagina) necesitan evacuación mediante cirugía.

J.- Trombosis venosa profunda: Se caracteriza por molestia, hinchazón, incremento del grosor del miembro comprometido, signo de Homans presente en un tercio de las situaciones; ocasionalmente existe contracción arterial con palidez y temperatura baja en dicho miembro y reducción de los latidos periféricos. La identificación se ratifica mediante ecografía doppler iniciando abordaje terapéutico temprano. La terapia anticoagulante debe comenzarse de forma precoz y mantenerse durante un periodo extenso. (40)

- **Profilaxis**

Se aplica un antibiótico preventivo en dosis única antes de la operación cesárea de forma prácticamente generalizada. Esta intervención farmacológica preventiva ha disminuido significativamente tanto la frecuencia como la severidad de las complicaciones infecciosas posteriores al parto quirúrgico, superando a cualquier otra estrategia implementada en las últimas tres décadas. Lineamientos de la OMS relativos a la prevención y manejo de procesos infecciosos maternos durante el período periparto. Con el propósito de disminuir

la aparición de bacterias resistentes, se proponen diversas medidas basadas en evidencia científica, entre ellas la supresión del rasurado perineal, la reducción de la frecuencia de exploraciones vaginales en gestantes de bajo riesgo y la exclusión del uso de soluciones antisépticas vaginales. En cuanto a la administración de antibióticos, se desaconseja su empleo preventivo de forma habitual durante los últimos trimestres del embarazo y en partos vaginales sin complicaciones. No obstante, el uso profiláctico de antimicrobianos se justifica en situaciones específicas como la colonización por estreptococo betahemolítico, la rotura prematura de membranas, la remoción manual de la placenta, la presencia de lesiones perineales severas y en los procedimientos quirúrgicos obstétricos, incluyendo cesáreas electivas o de emergencia, donde deben administrarse antes de la intervención. (41)

- **Tratamiento quirúrgico**

Cuando existen remanentes de tejido placentario, es necesario proceder con su extracción quirúrgica mediante raspado uterino o evacuación por succión. En situaciones donde se confirme la existencia de colecciones purulentas en la cavidad pélvica, se sugiere su evacuación dirigida mediante ecografía o TAC, particularmente si superan los 5 centímetros de diámetro o ante la ausencia de mejoría con el tratamiento antibiótico. (42)

- **Tipos de endometritis puerperal**

- **Endometritis leve**

Clínica

$T^{\circ} < 38^{\circ}C$, loquios de aspecto anormal y olor desagradable, sin repercusión sistémica. (43)

- Endometritis severa

Clínica

T° > 38°C, flujo loquial turbio y maloliente, sensibilidad uterina aumentada y afectación del estado general. (43)

- Factores de riesgo:

FACTORES DE RIESGO	
Generales	Derivados de la atención clínica
• Números de bacterias. • Virulencia del germen. • Lecho cruento amplio. • Vaginosis bacteriana (20% en embarazo) • Rotura prematura ovular > a 12 horas. • Trabajo de parto prolongado > 12 horas. • Parto gemelar por cesárea. • Bacterias de alto riesgo en líquido amniótico (Staphylococcus aureus, Streptococo grupo A y B, bacterias gram (-), Clostridium, Bacteroides, Micoplasma y Ureaplasma).	• Número de tactos vaginales > a 6. • Instrumentación uterina (revisión de cavidad), utilización de fórceps. • Cesárea en trabajo de parto. • Cesárea electiva y/o urgencia sin profilaxis ATB. • Quiebre de técnica aséptica y/o quirúrgica. • Cirugía de tiempo prolongado (mayor a 55 minutos).

Fuente: OMS (43).

- Criterios de diagnósticos

La identificación se basa en manifestaciones clínicas, dado que el cultivo sanguíneo y la biopsia del revestimiento uterino no son métodos prácticos:

- Temperatura corporal superior a 38° C medida en axila.
- Secreciones posparto opacas con fetidez.

Molestia uterina y disminución inadecuada del tamaño del útero. La molestia resulta poco específica, particularmente tras parto quirúrgico, donde habitualmente existe malestar en la zona abdominal baja. La reducción insuficiente del volumen uterino varía considerablemente entre pacientes y su valoración objetiva es compleja. (44)



- **Complicaciones:**

a. Precoces

1. Locales: miometritis, parametritis.
2. Regionales: absceso tubo ovárico.
3. Generales: sepsis.

b. Tardías

1. Locales: Infertilidad
2. Regionales: Salpingitis crónica.
3. Generales: algia pelviana crónica. (44)

- **Medidas de prevención**

1. Medidas comprobadas

- a. Supervisión gestacional (contemplar valoración ginecológica).
- b. Identificación y manejo de infecciones vaginales bacterianas antes del alumbramiento.
- c. Limitación de exploraciones vaginales digitales, verificar el descenso cefálico fetal mediante palpación abdominal antes de realizar exploración vaginal, incluso ante presencia de sensación expulsiva.
- d. Antibioticoterapia preventiva en intervención cesárea programada y/o de emergencia (cefalosporina de primera generación 1 o 2 g intravenoso) al momento de iniciar la anestesia o al comenzar la incisión. No se requiere administración antimicrobiana posterior al pinzamiento del cordón umbilical.

- e. Higienización de manos previa y posterior al examen de cada paciente, o alternativamente aplicación de solución alcohólica, intercalando un lavado convencional cada cinco aplicaciones del gel.
- f. Utilización de guantes esterilizados para exploración vaginal.
- g. Higiene de manos prequirúrgica según protocolo establecido.
- h. Mantener técnicas de asepsia y procedimientos quirúrgicos apropiados.
- i. Reducir la manipulación del útero (exploración instrumental, extracción manual placentaria, revisión de sutura uterina).
- j. Evitar en cesárea programada la apertura cervical con instrumental, ya que no es requerida para el adecuado drenaje de las secreciones posparto.
- k. Limpieza de área genital externa en alumbramiento vaginal y de región abdominal en cesárea, previo a la aplicación del desinfectante.

2. Medidas inefectivas

- a. Eliminación de vello púbico, solo realizarla en el sitio específico del corte quirúrgico.
- b. Limpieza del área quirúrgica.
- c. Evitar el uso de enemas de limpieza intestinal, ya que carecen de efectividad y además fluidifican las deposiciones, promoviendo su migración hacia el conducto vaginal.

3. Medidas controversiales

- a. Aseptización vaginal. (45)

- Tratamiento

- a) El manejo terapéutico es de carácter empírico y debe orientarse hacia una infección causada por múltiples microorganismos.
- b) En casos de infección endometrial de intensidad menor, es factible el manejo domiciliario con medicación por vía oral.
- c) En presentaciones graves se recomienda ingreso hospitalario y administración de medicamentos por vía intravenosa.
- d) Para una comprensión más clara, consultar las directrices detalladas en el esquema terapéutico que se presenta a continuación:

Esquema antibiótico	Comentarios
Cuadros leves	
Amoxicilina + Acido clavulánico 2 gr/día	Si el tratamiento es efectivo se mantendrá por 7 días.
Clindamicina 600-900 mg cada 8 horas IV o IM + Gentamicina 5 mg/kg IM	Si el tratamiento es efectivo se mantendrá por 7 días (la gentamicina por 72 hrs).
Azitromicina vía oral (500 mg diarios) + Gentamicina (5 mg/kg/día) IM	Alternativa en caso de alergia a Penicilina
• Si a las 72 horas no hay evidencia de mejoría clínica se deberá replantear el diagnóstico e iniciar tratamiento parenteral con igual esquema que las endometritis severas	
Cuadros severos	
Clindamicina 600-900 mg cada 8 horas IV + Gentamicina 5 mg/kg/día IM-IV	Elección Tratamiento por 7 - 10 días.
Clindamicina 600-900 mg cada 8 horas IV + Cefalosporina de 3° generación IV	Alternativa Tratamiento por 7 - 10 días.
Ampicilina (2 g cada 6 horas) + Gentamicina (5 mg/kg/día) + Metronidazol IV (1 g cada 12 horas)	Segunda elección (antibioticoterapia en infecciones propagadas o ante germen no sensible al esquema inicial). Recomendación de la OMS.
• Si luego de 72 hrs no se obtiene mejoría (desaparición de la fiebre y cambio de las características de los loquios), se replanteará el diagnóstico (propagación de la infección: absceso tubo ovárico, peritonitis, tromboflebitis séptica pelviana).	
• La resistencia microbiana es excepcional, como para decidir cambio de antibióticos, el hemocultivo recién puede ser leído a las 72 horas o más y el cultivo endometrial no se utiliza porque salen polimicrobianos y no hay como evitar la contaminación de la muestra con flora del cuello y vagina. (1) (2) (3) (4)	

Fuente: OMS (46)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- Endometritis puerperal

La endometritis puerperal, también denominada endometritis posparto, constituye una infección del endometrio que se presenta tras la resolución del evento obstétrico, mostrando mayor frecuencia en gestantes sometidas a cesárea. (47)

- Factores de riesgo

Un agente que ocasiona una complicación se define como toda característica, condición o circunstancia que incrementa la probabilidad de que un individuo desarrolle una patología o experimente algún tipo de lesión. Dichos factores pueden ser intrínsecos o extrínsecos, modulando la susceptibilidad del huésped frente a procesos patológicos específicos (48)

- Puerperio

La fase puerperal constituye el intervalo cronológico delimitado entre la conclusión del proceso de nacimiento y la restitución del estado funcional y morfológico pregestacional en la paciente. A lo largo de este lapso, se desarrollan fenómenos de regeneración y readaptación materna que comprenden transformaciones a nivel del órgano gestacional, eje endocrino y procesos metabólicos, cruciales para la salud en la etapa postnatal. (49)



CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio desarrollado se enmarca en un diseño no experimental, en el cual la información del fenómeno analizado se obtiene mediante la observación directa de los hechos en su contexto real, sin aplicar intervención alguna ni alterar intencionalmente las variables que lo componen. (32)

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio corresponde a una investigación básica, de alcance relacional y diseño transversal, orientada a analizar la asociación entre las variables de interés, mediante la recolección de información en un solo momento temporal (33)

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se utilizó el método hipotético-deductivo bajo un enfoque cuantitativo, orientado a la obtención y examen de información numérica, con la finalidad de reconocer tendencias y regularidades en los datos (34)

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

La población investigada estuvo integrada por el conjunto de pacientes con diagnóstico de endometritis puerperal atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024.

3.4.2. Muestra

La muestra estuvo representada por el 100% de la población, conformada por un total de 84 pacientes diagnosticadas con endometritis puerperal, quienes fueron atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024.

Temporalidad:

Se recolectaron datos de enero a diciembre del 2024 en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

3.5.1. Técnicas

Para la recolección de la información se empleó la técnica del análisis documental, tanto para la variable “factores de riesgo obstétrico” como para la variable “endometritis puerperal”. Esta técnica permitió revisar y analizar las historias clínicas de las pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca – 2024.

Variable 1: Análisis documental

Variable 2: Análisis documental

3.5.2. Instrumentos

Se utilizó como instrumento un formato de levantamiento de información, elaborada en base a los objetivos e indicadores de las variables de estudio. Esta ficha permitió sistematizar la información obtenida de los documentos clínicos, garantizando la precisión y consistencia de los datos recopilados para ambas variables.

Variable 1: Ficha de recolección de datos

Variable 1: Ficha de recolección de datos

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

a) Coordinación: Como primer paso, se gestionó la autorización institucional ante la Dirección del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca para la realización del estudio, la información requerida para su desarrollo se obtuvo a través de una ficha estructurada de recolección de datos, elaborada específicamente para asegurar la precisión, coherencia y sistematización de la información obtenida de las historias clínicas.

b) Ejecución: los datos fueron sometidos a un análisis descriptivo, organizándose mediante tablas estadísticas que permitieron la construcción de distribuciones de frecuencia y gráficos ilustrativos, lo que facilitó la identificación precisa de las tendencias encontradas. Posteriormente, los datos fueron organizados y analizados en concordancia con los objetivos planteados en el análisis.

c) Análisis inferencial: para determinar la presencia de asociaciones significativas entre las variables, se emplearon pruebas estadísticas como el

índice de asociación de Pearson y el test de independencia chi-cuadrado (χ^2). La gestión y el examen de la información se realizaron mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics, versión 25.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la organización, interpretación y evaluación de los datos obtenidos se empleó la prueba estadística Chi2, debido a que se trataba de variables numéricas.

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1. Validez

El instrumento utilizado para la obtención de información fue evaluado a través de la valoración de especialistas, con la finalidad de asegurar su adecuación, comprensibilidad, consistencia y utilidad en concordancia con los objetivos del estudio, para este procedimiento se consideró la intervención de tres especialistas. con experiencia en el área, entre ellos médicos y especialistas en el tema, quienes evaluaron cada ítem del instrumento y emitieron observaciones para su mejora.

3.8.2. Confiabilidad

la confiabilidad se determinó mediante el alfa de cronbach, garantizando la consistencia interna del instrumento.

Evaluación de la confiabilidad

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,812	12

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Relación de la edad y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024

EDAD	TIPOS DE ENDOMETRITIS					
	Leve		Severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
<de 18 años	3	3,6	0	0,0	3	3,6
19 a 35 años	57	67,9	12	14,3	69	82,1
>de 35 años	0	0,0	12	14,3	12	14,3
TOTAL	60	71,5	24	28,6	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$X^2_{Cal} = 35.000$$

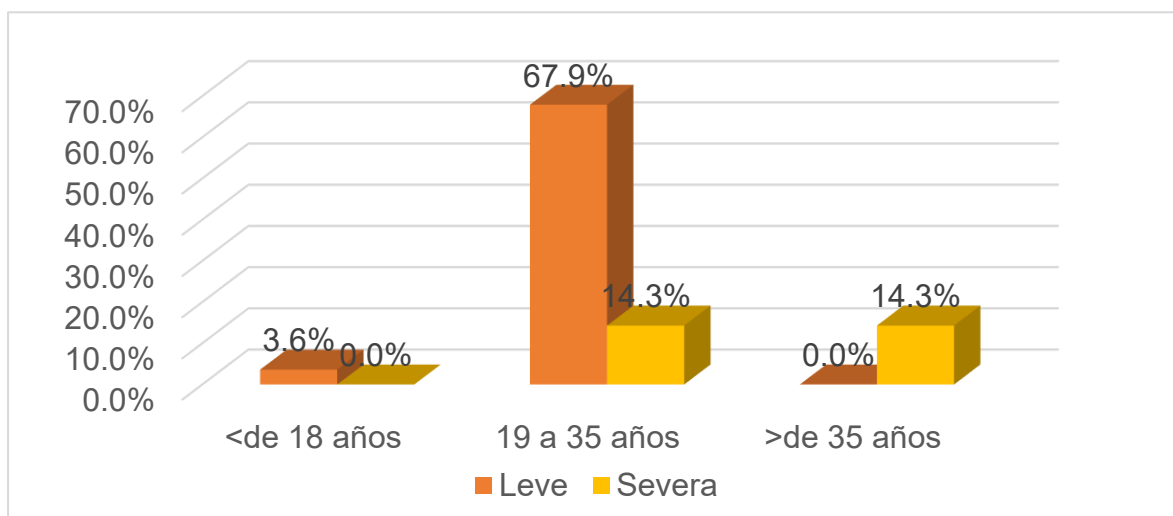
$$GL = 2$$

$$X^2_{Tab} = 5.991$$

$$P = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 1. Relación de la edad y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024



Fuente. Tabla 1



La tabla y figura 1 muestran la distribución por edades de las 84 pacientes diagnosticadas con endometritis puerperal. Se observa que la mayoría, el 82.1%, correspondía al grupo etario de 19 a 35 años, mientras que el 14.3% eran mayores de 35 años y solo el 3.6% tenían menos de 18 años.

En cuanto al tipo de endometritis el 67.9% presento endometritis leve predominando este en pacientes de 19 a 35 años y el 14.3% presento endometritis severa el cual fue predominante en el mismo grupo etario.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 35.000, superior al valor crítico tabulado de 5.991 para 2 grados de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una relación estadísticamente significativa entre el grupo etario y el tipo de endometritis puerperal.

Contreras (8) reportó una edad media de $24 \pm 6,7$ años, encontrando que el 79% de las pacientes se ubicaban dentro del grupo etario reproductivo. En concordancia, en el presente estudio se identificó que el 82.1% de las pacientes con endometritis puerperal pertenecían al grupo de 19 a 35 años, resultado que fue estadísticamente significativo ($p = 0.000$).

Tabla 2. Relación del grado de instrucción y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024

GRADO DE INSTRUCCIÓN	TIPOS DE ENDOMETRITIS					
	Leve		Severa		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%
Sin estudios	1	1,2	0	0,0	1	1,2
Primaria	14	16,7	0	0,0	14	16,7
Secundaria	45	53,6	12	14,3	57	67,9
Superior	0	0,0	12	14,3	12	14,2
TOTAL	60	71,5	24	28,6	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$X^2_{Cal} = 37.579$$

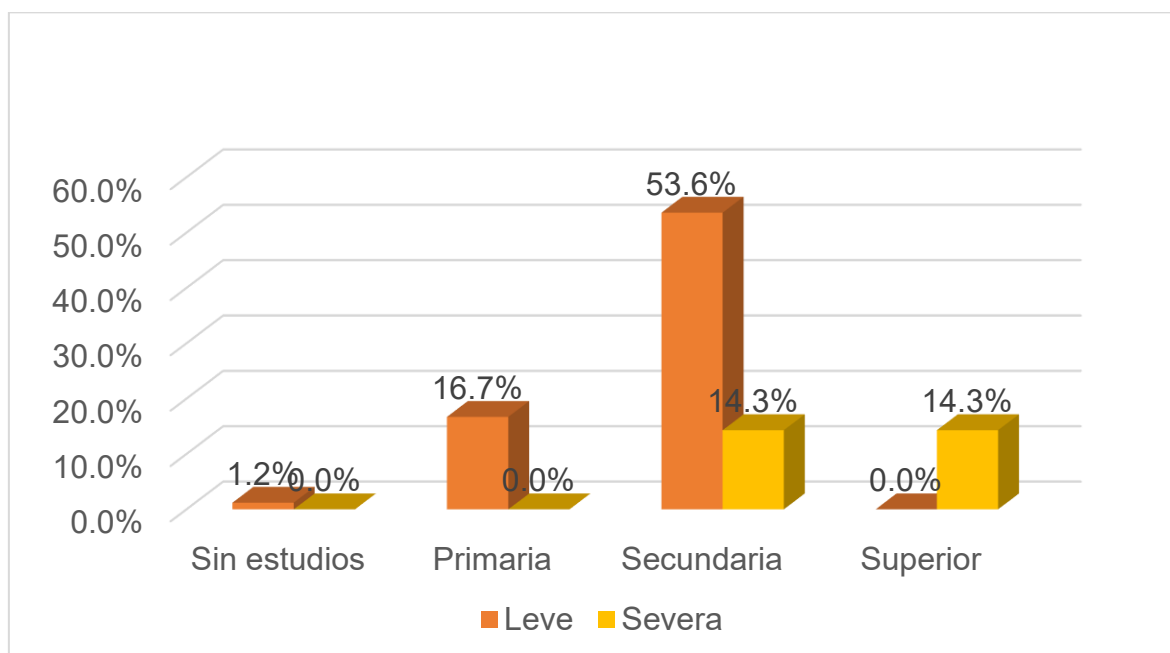
$$GL = 3$$

$$X^2_{Tab} = 7.814$$

$$P = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 2. Relación del grado de instrucción y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024



Fuente. Tabla 2.

La Tabla y Figura 2 presentan la distribución de las 84 pacientes con diagnóstico de endometritis puerperal según su nivel educativo. Se destaca que el 67.9% tenía educación secundaria, el 16.7% educación primaria, el 14.2% nivel superior, y el 1.2% no contaba con estudios formales.

En cuanto al tipo de endometritis el 53.6% presentó endometritis leve predominando en pacientes con nivel secundario y el 14.3% presentó endometritis severa el cual fue predominante en el mismo grupo educativo.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 37.579, superior al valor crítico tabulado de 7.814 para 3 grados de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el tipo de endometritis puerperal.

Según **Villarán** (13), el 59.79% de las madres con endometritis puerperal presentaban un nivel de instrucción de primaria completa, lo que evidenciaría una relación entre bajo nivel educativo y mayor riesgo de esta complicación. En contraste, en el presente estudio se observó que el 67.9% de las pacientes afectadas tenían instrucción secundaria ($p = 0.000$), lo que indica que, aunque se trata de un nivel educativo mayor al reportado por Villarán, sigue correspondiendo a un grupo con acceso limitado a información clara y oportuna sobre salud materna.

Tabla 3. Relación del estado civil y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024

ESTADO CIVIL	TIPOS DE ENDOMETRITIS					
	Leve		Severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Conviviente	53	63,1	24	28,6	77	91,7
Soltera	2	2,4	0	0,0	2	2,4
Casada	5	6,0	0	0,0	5	6,0
TOTAL	60	71,5	24	28,6	84	100,1

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$X^2_{Cal} = 31.055$$

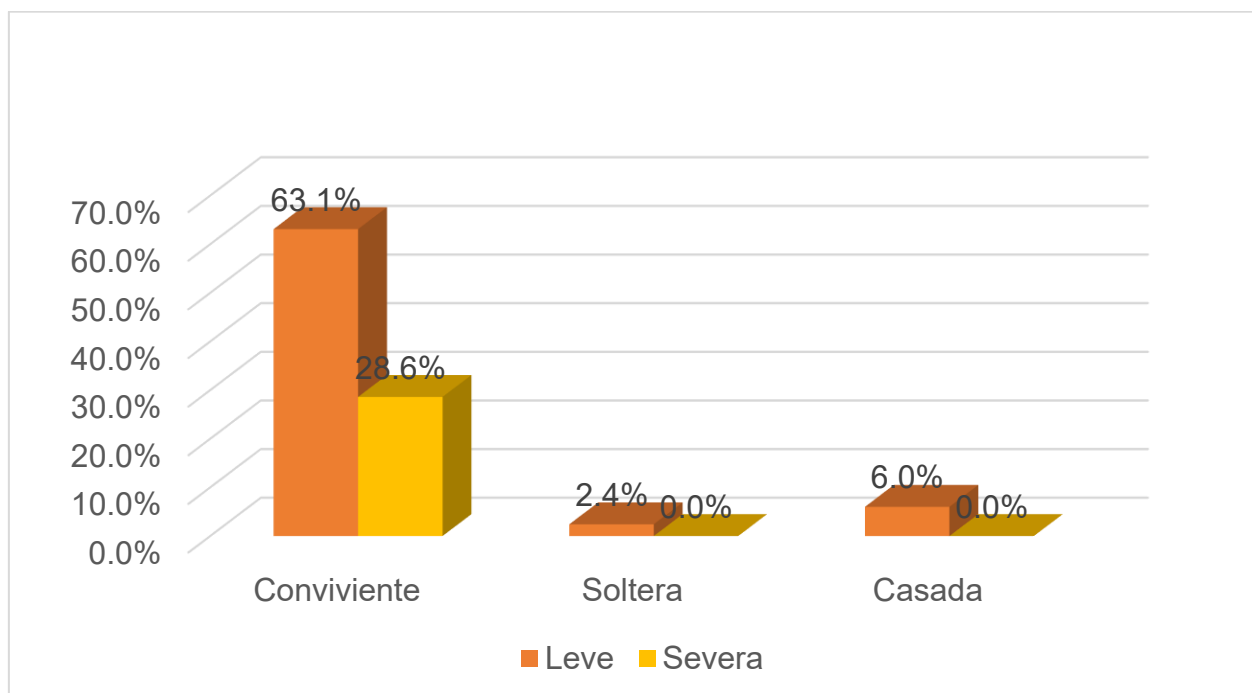
$$GL = 2$$

$$X^2_{Tab} = 5.991$$

$$P = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 3. Relación del estado civil y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024



Fuente. Tabla 3

La Tabla y Figura 2 presentan la distribución de las 84 pacientes con diagnóstico de endometritis puerperal según el estado civil. Se destaca que el 91.7% fueron convivientes, el 6% fueron casadas y el 2.4% fueron solteras.

En cuanto al tipo de endometritis el 63.1% presentó endometritis leve predominando en pacientes convivientes y el 28.6% presentó endometritis severa el cual fue predominante en el mismo grupo.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 31.055, superior al valor crítico tabulado de 5.991 para 2 grados de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el tipo de endometritis puerperal.

Maquera (14) reportó que el 38.29% de las pacientes con endometritis puerperal eran convivientes, mientras que en el presente estudio esta condición alcanzó un 91.7%, resultado estadísticamente significativo ($p = 0.000$). Está marcada diferencia sugiere que el estado civil conviviente podría estar asociado a condiciones sociales o económicas que limitan el acceso oportuno a controles prenatales, educación sobre salud sexual y reproductiva, o a una atención obstétrica adecuada.

Tabla 4. Relación de la procedencia y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024

PROCEDENCIA	TIPOS DE ENDOMETRITIS					
	Leve		Severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Urbana	36	42,9	24	28,6	60	71,5
Rural	24	28,6	0	0,0	24	28,5
TOTAL	60	71,5	24	28,6	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$X^2_{Cal} = 13.440$$

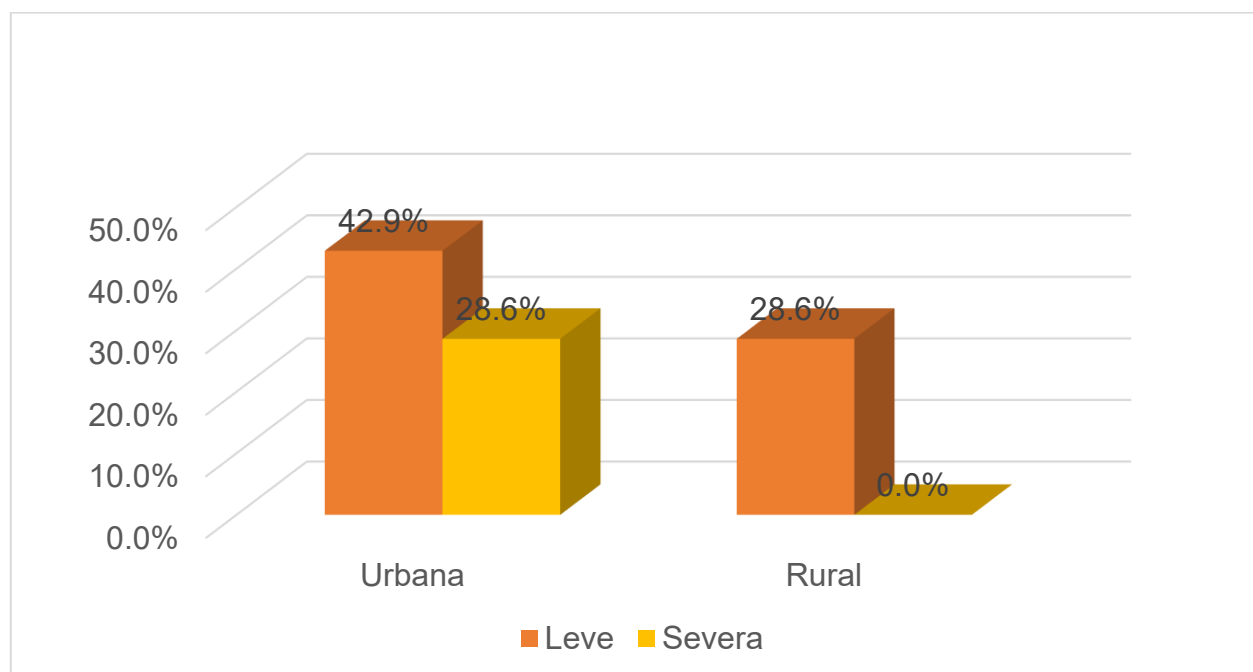
$$GL = 1$$

$$X^2_{Tab} = 3.841$$

$$P = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 4. Relación de la procedencia y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024



Fuente. Tabla 4

La Tabla y Figura 4 presentan la distribución de las 84 pacientes con diagnóstico de endometritis puerperal según la procedencia. Se destaca que el 71.5% fueron de procedencia urbana y el 28.5% fueron de procedencia rural.

En cuanto al tipo de endometritis el 42.9% presentó endometritis leve predominando en pacientes con procedencia urbana y el 28.6% presentó endometritis severa el cual fue predominante en el mismo grupo de procedencia.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 13.440, superior al valor crítico tabulado de 3.841 para 1 grado de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una relación estadísticamente significativa entre la procedencia y el tipo de endometritis puerperal.

Meléndez (7) señaló que la mayoría de las pacientes con endometritis puerperal residían en la ciudad de Bogotá, lo que indica una mayor prevalencia de esta patología en zonas urbanas. De manera similar, en el presente estudio se encontró que el 71.5% de las pacientes eran de procedencia urbana ($p = 0.000$), lo que reafirma la tendencia observada por el autor. Esta coincidencia podría explicarse por la concentración de partos institucionales en centros urbanos, donde la demanda supera frecuentemente la capacidad de atención, lo que puede comprometer la calidad de los servicios obstétricos y aumentar el riesgo de infecciones.

Tabla 5. Relación del parto vaginal y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024

PARTO VAGINAL	TIPOS DE ENDOMETRITIS					
	Leve		Severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Eutócico	48	57,1	0	0,0	48	57,1
Distócico	12	14,3	24	28,6	36	42,9
TOTAL	60	71,4	24	28,6	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 24.800$

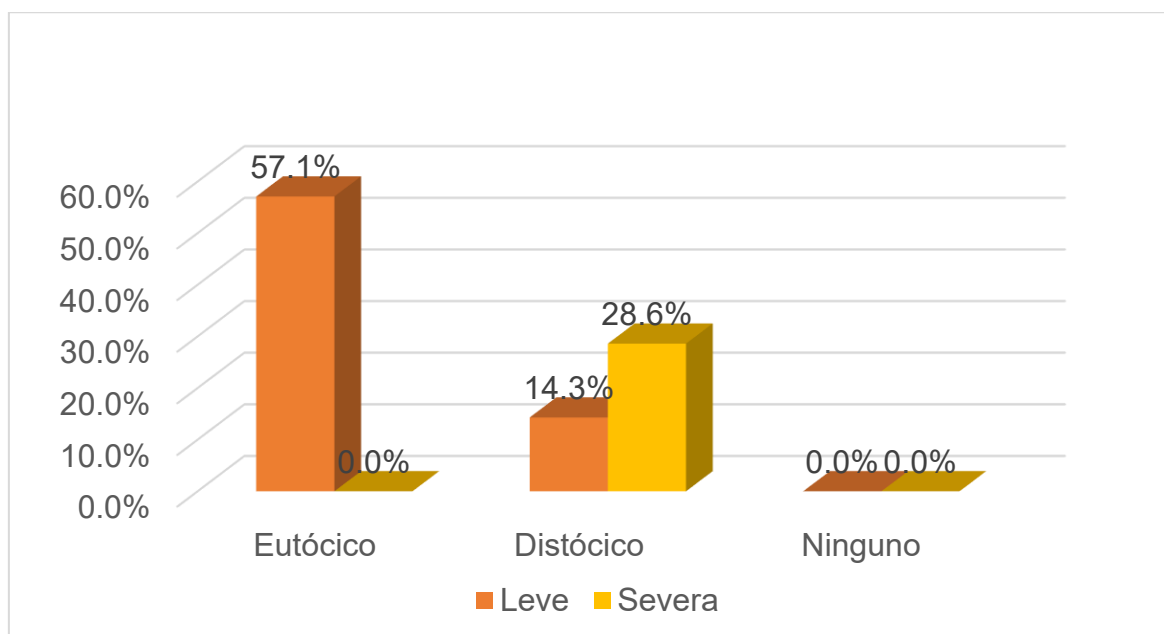
$GL = 1$

$X^2_{Tab} = 3.841$

$P = 0.000$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 5. Relación del parto vaginal y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024



Fuente. Tabla 5.

La tabla y figura 5 muestran la distribución de las 84 pacientes diagnosticadas con endometritis puerperal según el tipo de parto vaginal. Se observa que el 57.1% tuvo un parto vaginal eutócico, mientras que el 42.9% presentó un parto distócico.

En cuanto al tipo de endometritis el 57.1% presentó endometritis leve predominando en pacientes de parto eutócico y el 28.6% presentó endometritis severa el cual fue predominante en pacientes de parto distócico.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 24.800, superior al valor crítico tabulado de 3.841 para 1 grado de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una relación estadísticamente significativa entre el parto vaginal y el tipo de endometritis puerperal.

Ramos (9) encontró una baja incidencia de endometritis puerperal en partos vaginales (1.9%), lo que sugiere que, en condiciones óptimas, esta vía de parto representa un bajo riesgo de infección. Sin embargo, en el presente estudio, el 57.1% de las pacientes con endometritis puerperal tuvo un parto vaginal eutócico, lo que representa una diferencia considerable. Esta discrepancia podría deberse a prácticas clínicas inadecuadas como el exceso de tactos vaginales, fallas en las medidas de asepsia o deficiencias en el control del puerperio inmediato.

Tabla 6. Relación de la cesárea y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024

CESÁREA	TIPOS DE ENDOMETRITIS					
	Leve		Severa		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%
Cesare con trabajo de parto.	0	0,0	12	14,3	12	14,3
Cesárea sin trabajo de parto.	12	14,3	0	0,0	12	14,3
Cesárea programada	48	57,1	12	14,3	60	71,4
TOTAL	60	71,4	24	28,6	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$X^2_{Cal} = 36.960$$

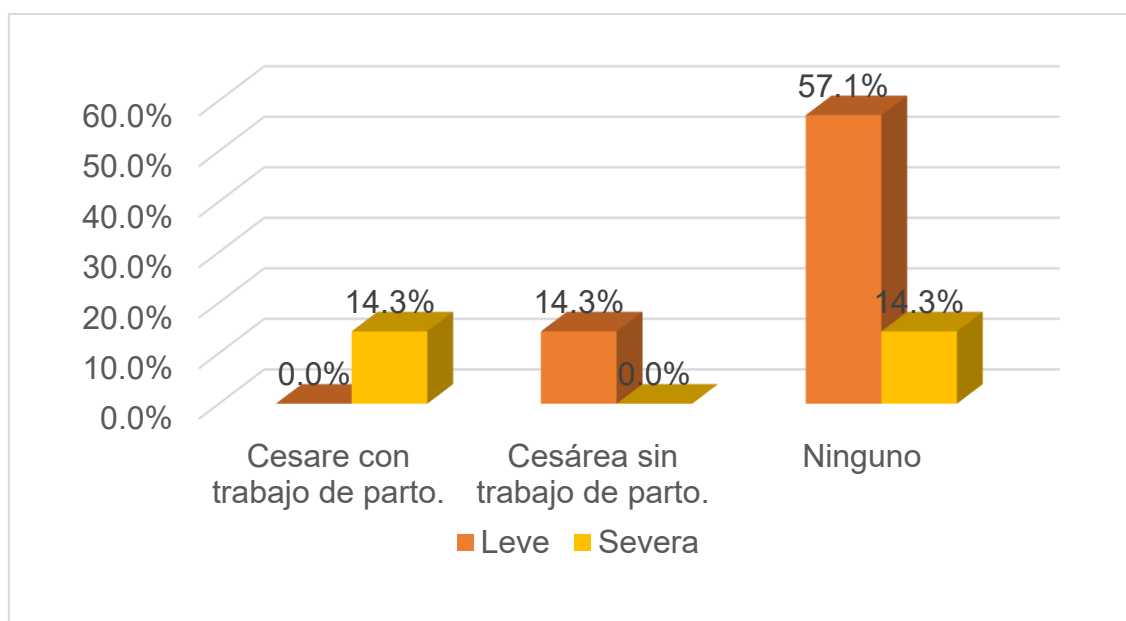
$$GL = 2$$

$$X^2_{Tab} = 5.991$$

$$P = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 6. Relación de la cesárea y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024



Fuente. Tabla 6.

La tabla y figura 6 muestran la distribución de las 84 pacientes diagnosticadas con endometritis puerperal según el tipo de parto vaginal. Se observa que el 71.4% tuvo cesárea programada, el 14.3% tuvo cesárea con trabajo de parto y el 14.3% tuvo cesárea sin trabajo de parto.

En cuanto al tipo de endometritis el 57.1% presentó endometritis leve predominando en pacientes con cesárea programada y el 14.3% presentó endometritis severa el cual fue predominante en pacientes del mismo grupo.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 36.960, superior al valor crítico tabulado de 5.991 para 2 grados de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una relación estadísticamente significativa entre la cesárea y el tipo de endometritis puerperal.

Contreras (8) reportó que la cesárea fue la vía de parto en el 57% de los casos con endometritis puerperal, evidenciando una asociación entre esta intervención quirúrgica y el riesgo de infección posparto. De manera similar, en el presente estudio se encontró una mayor proporción, con un 71.4% de pacientes sometidas a cesáreas programadas, lo cual refuerza esta asociación. Esta diferencia podría deberse al aumento de las indicaciones médicas o institucionales para cesáreas, muchas veces sin criterios clínicos estrictos, lo que expone innecesariamente a las gestantes a procedimientos invasivos.

Tabla 7. Relación del trabajo de parto provocado y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024

TRABAJO DE PARTO PROVOCADO	TIPOS DE ENDOMETRITIS					
	Leve		Severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Menor o igual a 24 horas	60	71,4	0	0,0	60	71,4
Mayor a 24 horas	0	0,0	24	28,6	24	28,6
TOTAL	60	71,4	24	28,6	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$X^2_{Cal} = 1.000$$

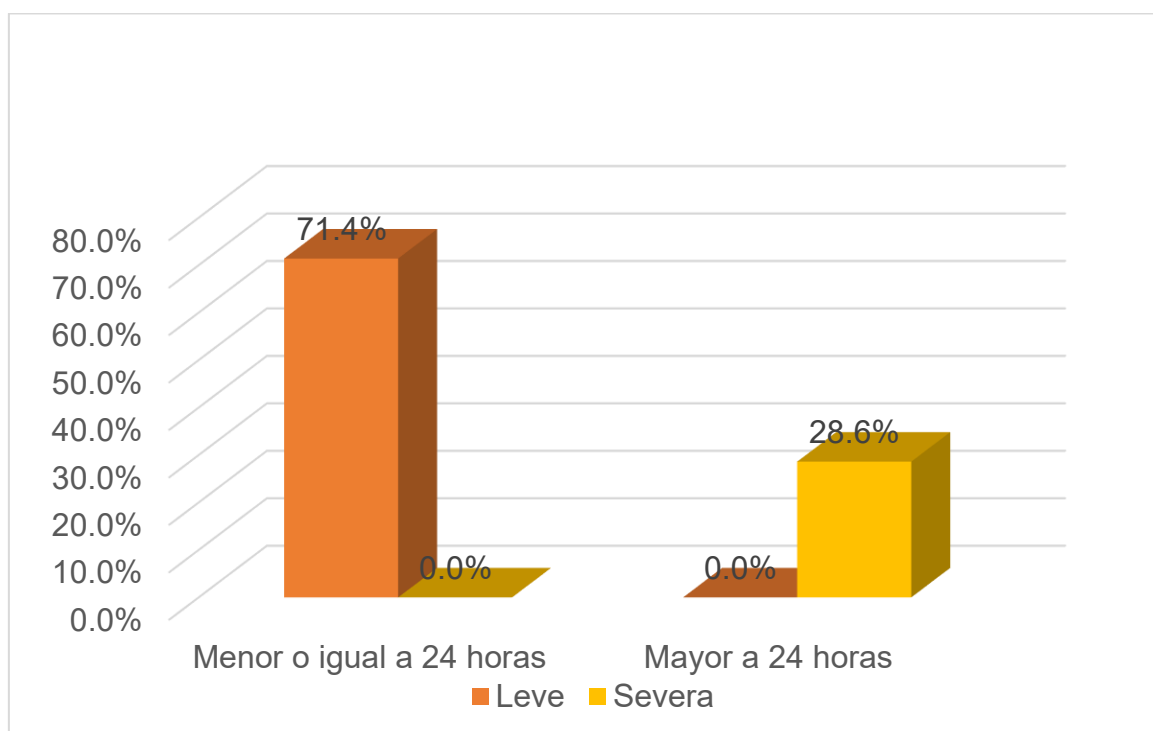
$$GL = 1$$

$$X^2_{Tab} = 3.841$$

$$P = 0.154$$

NO ES SIGNIFICATIVA

Figura 7. Relación del trabajo de parto provocado y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024



Fuente. Tabla 7.

La tabla y figura 7 muestran la distribución de las 84 pacientes diagnosticadas con endometritis puerperal según el tipo de parto vaginal. Se observa que el 71.4% presento un trabajo de parto provocado menor o igual a 24 horas y el 28.6% mayor a 24 horas.

En cuanto al tipo de endometritis el 71.4% presento endometritis leve predominando en pacientes menor a 24 horas y el 28.6% presento endometritis severa el cual fue predominante en pacientes del mismo grupo.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 1.000, inferior al valor crítico tabulado de 3.841 para 1 grado de libertad, con un valor de $p = 0.154$. Este resultado indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre el trabajo de parto provocado el tipo de endometritis puerperal.

Maquera (14) encontró que el 47.2% de las pacientes con endometritis puerperal presentó una fase latente prolongada del trabajo de parto, lo cual puede aumentar el riesgo de infecciones debido a la exposición prolongada a tactos vaginales y procedimientos invasivos. En contraste, en el presente estudio, el 71.4% de las pacientes tuvo un trabajo de parto provocado con una duración menor a 24 horas, y no se encontró una asociación significativa con la endometritis puerperal ($p = 0.154$). E

Tabla 8. Relación de la edad gestacional y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024

EDAD GESTACIONAL	TIPOS DE ENDOMETRITIS					
	Leve		Severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Pre termino	0	0,0	12	14,3	12	14,3
Término	60	71,4	0	0,0	60	71,4
Post término	0	0,0	12	14,3	12	14,3
TOTAL	60	71,4	24	28,6	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$X^2_{Cal} = 48.000$$

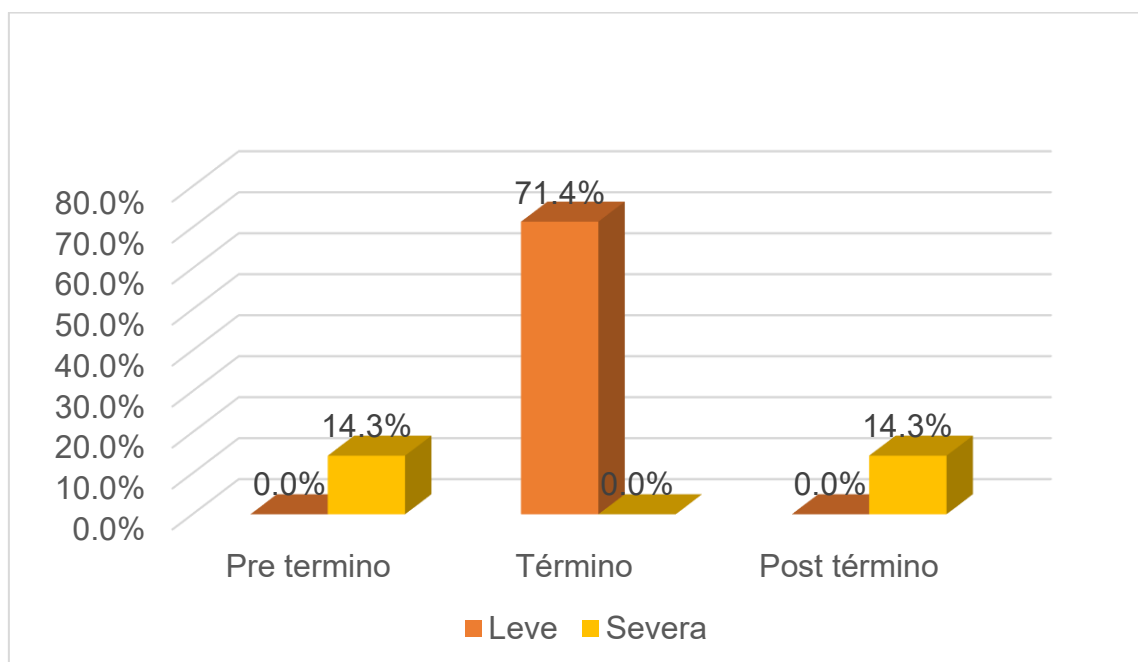
$$GL = 2$$

$$X^2_{Tab} = 5.991$$

$$P = 0.000$$

NO ES SIGNIFICATIVA

Figura 8. Relación de la edad gestacional y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024



Fuente: Tabla 8.

La tabla y figura 8 muestran la distribución de las 84 pacientes diagnosticadas con endometritis puerperal según la edad gestacional. Se observa que el 71.4% presento una edad gestacional a término, el 14.3% post termino y el 14.3% presento una gestacional de pretérmino.

En cuanto al tipo de endometritis el 71.4% presento endometritis leve predominando en pacientes con parto a término y el 14.3% presento endometritis severa el cual fue predominante en pacientes del mismo grupo.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 48.000, superior al valor crítico tabulado de 5.991 para 2 grados de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una relación estadísticamente significativa entre la edad gestacional y el tipo de endometritis puerperal.

Almonte (4) reportó que la mayoría de las pacientes con endometritis puerperal presentaban una edad gestacional menor a 37 semanas al momento del parto, lo que sugiere que el parto pretérmino podría ser un factor predisponente. Sin embargo, en el presente estudio se observó que el 71.4% de los casos ocurrió en gestantes con partos a término, con una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.000$). Esta diferencia podría atribuirse a factores locales, como el manejo obstétrico, las condiciones del establecimiento de salud o la exposición a procedimientos invasivos, independientemente de la edad gestacional.

Tabla 9. Relación del número de tactos y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024

NUMERO DE TACTOS	TIPOS DE ENDOMETRITIS					
	Leve		Severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
≤ 5 tactos	48	57,1	12	14,3	60	71,4
> 5 tactos	12	14,3	12	14,3	24	28,6
TOTAL	60	71,4	24	28,6	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$X^2_{Cal} = 17.560$$

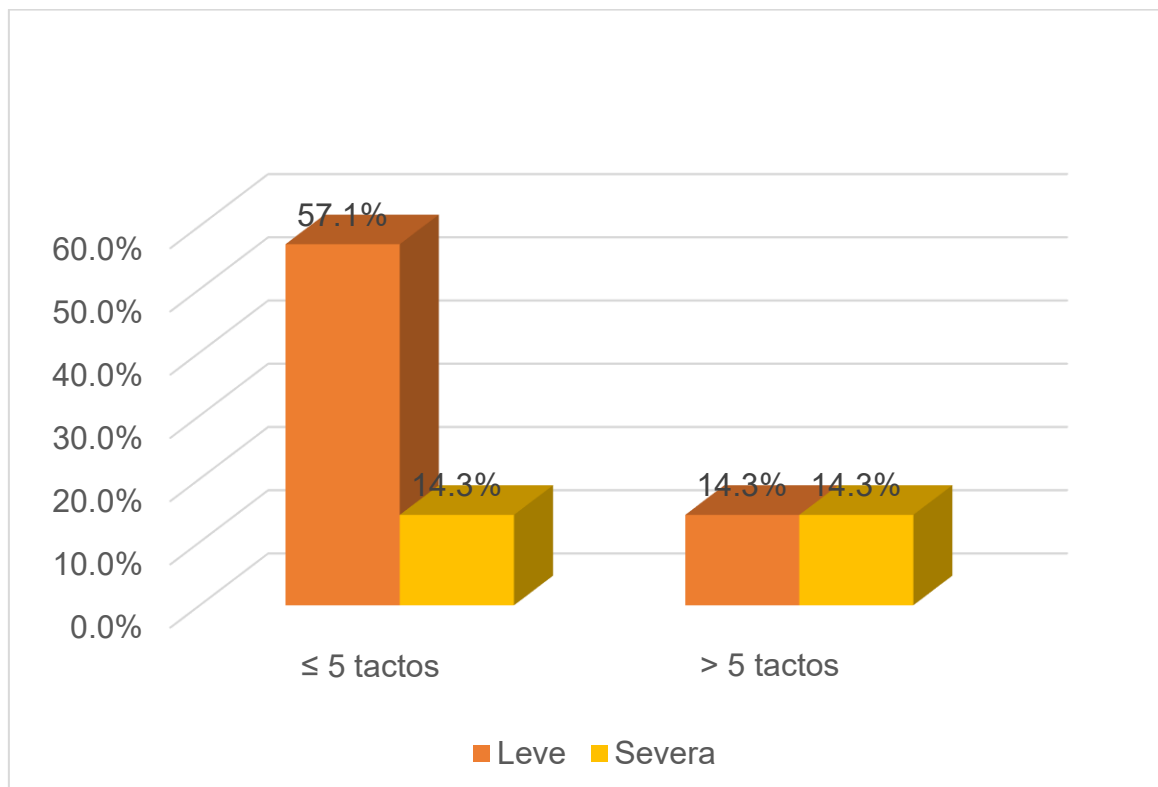
$$GL = 1$$

$$X^2_{Tab} = 3.841$$

$$P = 0.000$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 9. Relación del número de tactos y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024



Fuente. Tabla 9.

La tabla y figura 9 muestran la distribución de las 84 pacientes diagnosticadas con endometritis puerperal según el número de tactos. Se observa que el 71.4% tuvo ≤ 5 tactos y el 28.6% tuvo mayor a 5 tactos.

En cuanto al tipo de endometritis el 57.1% presentó endometritis leve predominando en pacientes con mayor a 5 tactos y el 14.3% presentó endometritis severa el cual fue predominante en pacientes del mismo grupo.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 17.560, superior al valor crítico tabulado de 3.841 para 1 grado de libertad, con un valor de $p = 0.000$. Este resultado indica que existe una relación estadísticamente significativa entre el número de tactos y el tipo de endometritis puerperal.

Maquera (14) encontró que el 69.7% de las pacientes con endometritis puerperal fueron sometidas a cinco o más tactos vaginales durante el trabajo de parto, lo que resalta esta práctica como un factor de riesgo importante. De forma concordante, en el presente estudio se observó que el 71.4% de las pacientes recibió más de cinco tactos, hallazgo que mostró una relación estadísticamente significativa con la presencia de endometritis puerperal ($p = 0.000$). Esta coincidencia refuerza la evidencia de que la manipulación excesiva durante el parto aumenta el riesgo de infecciones del tracto genital, especialmente cuando no se aplican rigurosamente las normas de asepsia.

Tabla 10. Relación de la extracción manual de placenta y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024

EXTRACCIÓN MANUAL DE PLACENTA	TIPOS DE ENDOMETRITIS					
	Leve		Severa		Total	
	Fi	%	fi	%	fi	%
Completa	52	61,9	3	3,6	55	65,5
Incompleta	8	9,5	21	25,0	29	34,5
TOTAL	60	71,4	24	28,6	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$X^2_{Cal} = 1.716$$

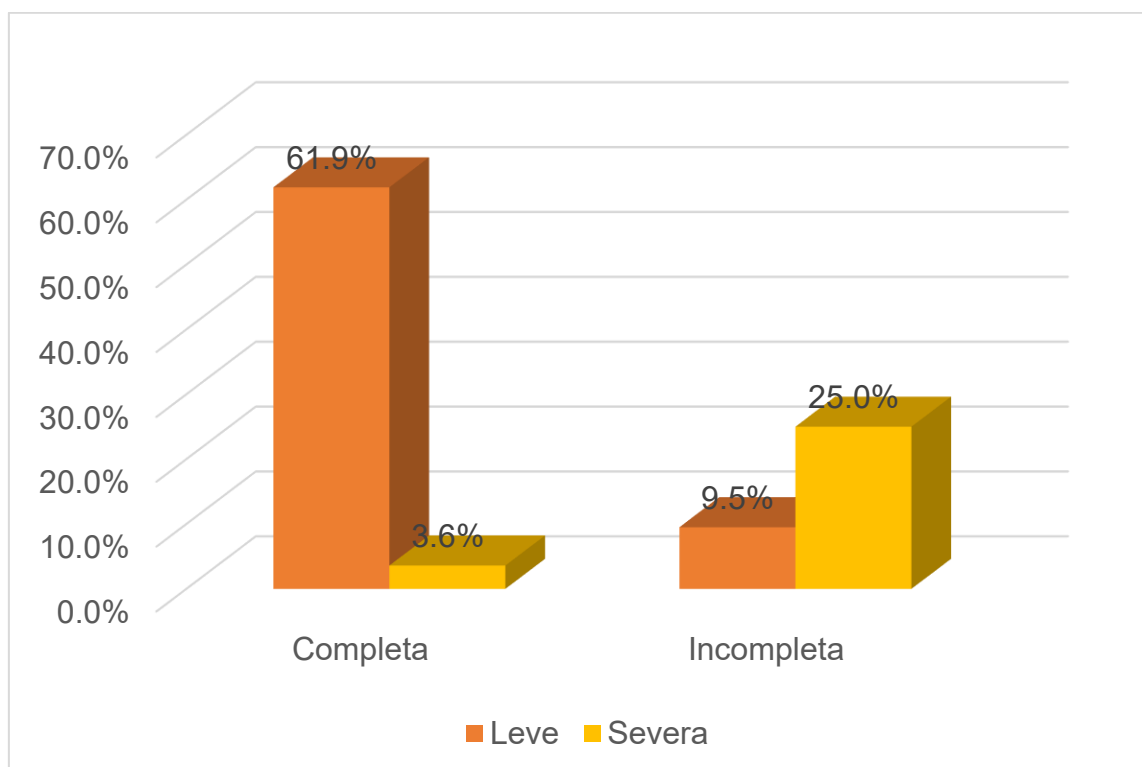
$$GL = 1$$

$$X^2_{Tab} = 3.841$$

$$P = 0.087$$

NO ES SIGNIFICATIVA

Figura 10. Relación de la extracción manual de placenta y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024



Fuente. Tabla 10.

La tabla y figura 10 muestran la distribución de las 84 pacientes diagnosticadas con endometritis puerperal según la extracción manual de placenta. Se observa que el 65.5% tuvo una extracción completa de placenta y el 34.5% tuvo una extracción incompleta de placenta.

En cuanto al tipo de endometritis el 61.9% presentó endometritis leve predominando en pacientes con extracción completa y el 25% presentó endometritis severa el cual predominó en pacientes con extracción incompleta de placenta.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 1.716, inferior al valor crítico tabulado de 3.841 para 1 grado de libertad, con un valor de $p = 0.087$. Este resultado indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre la comorbilidad manual de placenta y el tipo de endometritis puerperal.

Meléndez (7) identificó la ruptura de membranas como uno de los principales factores de riesgo para infecciones puerperales, al facilitar el ascenso de microorganismos hacia el útero. En el presente estudio, si bien no se analizó directamente la ruptura de membranas, se observó que el 65.5% de las pacientes con endometritis puerperal presentó una extracción manual completa de la placenta, lo cual no mostró una asociación estadísticamente significativa ($p = 0.087$).

Tabla 11. Relación de la comorbilidad y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024

COMORBILIDAD	TIPOS DE ENDOMETRITIS					
	Leve		Severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Diabetes	1	1,2	0	0,0	1	1,2
Pre eclampsia	12	14,3	0	0,0	12	14,3
Eclampsia	1	1,2	0	0,0	1	1,2
Corioamnionitis	2	2,4	0	0,0	2	2,3
Ninguno	44	52,4	24	28,6	68	81,0
TOTAL	60	71,5	24	28,5	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$X^2_{Cal} = 7.906$$

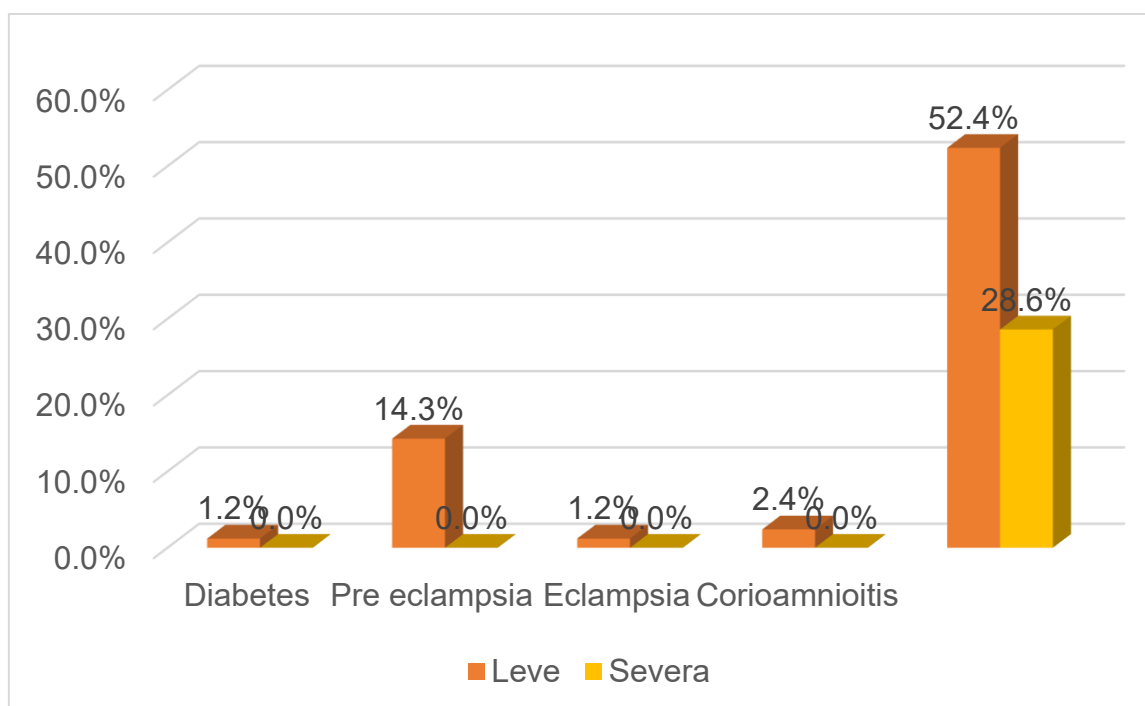
$$GL = 4$$

$$X^2_{Tab} = 9.487$$

$$P = 0.095$$

NO ES SIGNIFICATIVA

Figura 11. Relación de la comorbilidad y la endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024



Fuente. Tabla 11.

La tabla y figura 11 muestran la distribución de las 84 pacientes diagnosticadas con endometritis puerperal según la comorbilidad. Se observa que el 81% no presentó ninguna comorbilidad, el 14.3% presentó preeclampsia, el 2.3% presentó corioamnionitis, el 1.2% presentó diabetes y finalmente el 1.2% presentó eclampsia.

En cuanto al tipo de endometritis el 52.4% presentó endometritis leve predominando en pacientes que no presentaron ninguna comorbilidad y el 28.6% presentó endometritis severa el cual predominó en pacientes sin ninguna comorbilidad.

Según los resultados de la prueba estadística Chi-cuadrado (χ^2), se obtuvo un valor calculado de 7.906, inferior al valor crítico tabulado de 9.487 para 4 grados de libertad, con un valor de $p = 0.095$. Este resultado indica que no existe una relación estadísticamente significativa entre la comorbilidad y el tipo de endometritis puerperal.

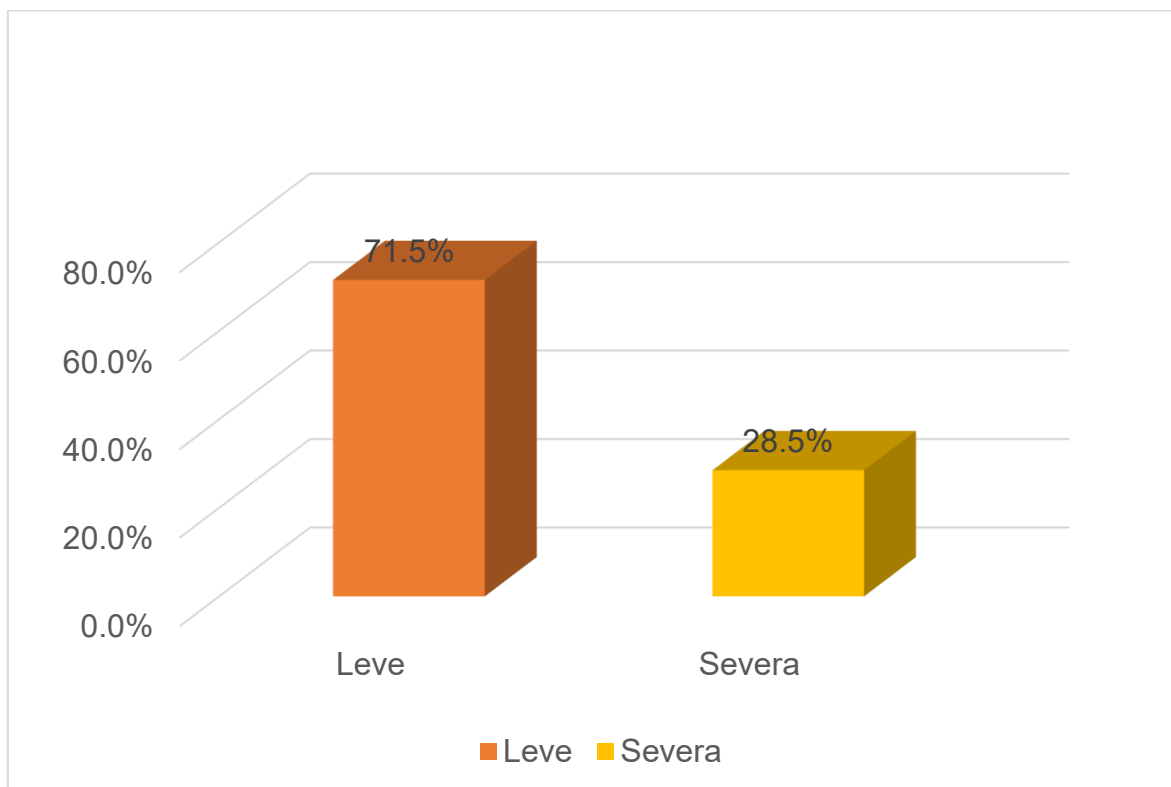
Almonte (4) señaló que la presencia de preeclampsia se asoció con un ligero aumento del riesgo de desarrollar endometritis puerperal, lo que sugiere que ciertas comorbilidades podrían predisponer a infecciones posparto. No obstante, en el presente estudio se encontró que el 81% de las pacientes no presentó ninguna comorbilidad, y esta variable no mostró una asociación estadísticamente significativa con la endometritis puerperal ($p = 0.095$). Esta diferencia podría explicarse por el perfil clínico de las pacientes estudiadas o por una mayor influencia de factores obstétricos inmediatos, como el número de tactos vaginales o las cesáreas programadas.

Tabla 12. Endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024

TIPO DE ENDOMETRITIS PUERPERAL	TOTAL	
	fi	%
Leve	60	71,5
Severa	24	28,5
TOTAL	84	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Figura 12. Endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024



Fuente. Tabla 12.



En la tabla y figura 12 Se presenta el análisis correspondiente al tercer objetivo específico del estudio, el cual consistió en identificar el tipo de endometritis puerperal que se presenta con mayor frecuencia en las pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.

En cuanto al tipo de endometritis el 71.5% presento endometritis leve y el 28.5% presento endometritis severa.

Romaña (6) concluyó que la edad materna avanzada no constituye un factor de riesgo para endometritis puerperal, mientras que la ruptura prematura de membranas sí se identificó como un factor determinante en el desarrollo de esta patología. En contraste, el presente estudio no centró su análisis en la ruptura de membranas, pero encontró que el 71.5% de las pacientes presentó endometritis puerperal en su forma leve. Este hallazgo sugiere que, aunque ciertos factores clínicos como la ruptura de membranas pueden influir en la gravedad del cuadro, en el contexto actual la mayoría de los casos fueron leves, posiblemente debido a una detección temprana, tratamiento oportuno o condiciones obstétricas menos agresivas.

CONCLUSIONES

PRIMERO: Se determinó los factores de riesgo obstétrico vinculados a la aparición de endometritis puerperal en las pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca – 2024, lo que condujo a la aceptación de la hipótesis formulada.

SEGUNDO: Se identificó una relación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo maternos y la presencia de endometritis puerperal. En cuanto a la edad, el 82.1% de las pacientes tenía entre 19 y 35 años ($p = 0.000$); respecto al nivel de instrucción, el 67.9% contaba con educación secundaria ($p = 0.000$); en relación al estado civil, el 91.7% eran convivientes ($p = 0.000$); y, según procedencia, el 71.5% provenía de zonas urbanas ($p = 0.000$).

TERCERA: Se identificó una relación estadísticamente significativa entre la atención profesional y la presencia de endometritis puerperal. En cuanto al parto vaginal, el 57.1% tuvo parto eutócico ($p = 0.000$); el 71.4% fue sometido a cesárea programada ($p = 0.000$); respecto al número de tactos, el 71.4% presentó más de cinco ($p = 0.000$); y en cuanto a la edad gestacional, el 71.4% tuvo un parto a término ($p = 0.000$). Sin embargo, no se encontró asociación con el trabajo de parto provocado, ya que el 71.4% duró menos de 24 horas ($p = 0.154$); tampoco con la extracción manual de placenta, donde el 65.5% presentó una extracción completa ($p = 0.087$), ni con la presencia de comorbilidades, ya que el 81% no presentó ninguna ($p = 0.095$).

CUARTA: Se identificó la endometritis puerperal leve fue la más frecuente, con un 71.5% de los casos en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al director del Hospital Carlos Monge Medrano en coordinación con el jefe del servicio de gineco obstetricia capacitar de forma periódica al personal de salud en prácticas seguras y actualizadas de atención obstétrica, priorizando la prevención de infecciones como la endometritis puerperal.

SEGUNDA: Al jefe del departamento de ginecoobstetricia Implementar un programa integral de acompañamiento prenatal comunitario, donde agentes de salud capacitados brinden educación personalizada puerta a puerta o vía tele orientación a gestantes con factores de riesgo, fortaleciendo la prevención de la endometritis puerperal desde el primer nivel de atención.

TERCERA: Al servicio de obstetras implementar protocolos estandarizados y supervisados de atención del parto que limiten el número de tactos vaginales, mejoren la indicación de cesáreas programadas y garanticen condiciones asépticas, con auditorías clínicas periódicas para asegurar su cumplimiento y reducir la incidencia de endometritis puerperal.

CUARTA: Al personal de salud del departamento de gineco obstetricia implementar un sistema de detección temprana y seguimiento ambulatorio para casos leves de endometritis puerperal, complementado con una estrategia educativa digital basada en videos informativos breves difundidos por redes sociales, que orienten a las puérperas sobre signos de alarma, cuidados posparto y la importancia del tratamiento oportuno.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Endometritis puerperal. [Internet]. 2024 [publicado 07 marzo 2024]; Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.01>
2. El representante del MINSA, a nivel nacional informa que las complicaciones infecciosas en el puerperio, Perú. [Internet]. 2024 [publicado 07 marzo 2024]; Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/imp/852_imp198.pdf
3. El representante de la oficina de estadista e informática del Hospital Carlos Monge Medrano, informa que la endometritis puerperal se presenta con mucha frecuencia. [Internet]. 2024 [publicado 20 marzo 2024]; Disponible en: https://www.diresapuno.gob.pe/wp-content/uploads/2024/07/HOSPITAL-CARLOS-MONGE-MEDRANO-SAN-ROMAN-RD.Nro_335-2024-DE-RED-S-SRURH.pdf
4. Almonte. Incidencia de la endometritis Posparto como causa frecuente de fiebre puerperal y sus consecuencias en la mujer en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Simón Bolívar de Cali Colombia, 2023. [Internet]. 2023 [publicado 21 marzo 2023]; Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000100077
5. Tirales. Factores De Riesgo asociados a Endometritis Puerperal en pacientes atendidas en el Servicio De Gineco Obstetricia Del Hospital Nacional de Córdoba, Argentina, 2023. [Internet]. 2023 [publicado 28 marzo 2023]; Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000100010

6. Romaña. Edad materna avanzada como factor de riesgo para endometritis en púerperas atendidas en el Hospital Nacional de Antofagasta, Chile, 2022. [Internet]. 2022 [publicado 12 marzo 2022]; Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/atenci%C3%B3n-posparto-y-trastornos-asociados/endometritis-posparto>
7. Meléndez. Factores de riesgo para endometritis puerperal en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Simón Bolívar de la ciudad de Bogotá, 2023. [Internet]. 2023 [publicado 10 marzo 2023]; Disponible en: <https://www.institutobernabeu.com/es/foro/endometritis-que-es-como-detectarla-como-curarla/>
8. Contreras. Características demográficas y clínicas de las pacientes con diagnóstico de endometritis puerperal en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital general de Pasto, Colombia, 2023. [Internet]. 2023 [publicado 11 abril 2023]; Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/endometritis/>
9. Ramos. Importancia de la morbilidad causada por la infección genital postparto, en púerperas de la Clínica Partículas Oré, Lima, Perú, 2023. [Internet]. 2023 [publicado 12 abril 2023]; Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000100003
10. Román. Factores de riesgo de endometritis post-cesárea (EPC). Objetivo: Determinar los factores de riesgo de endometritis post-cesárea (EPC), en el Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2023. [Internet]. 2023 [publicado 17 abril 2023]; Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000100010

11. Gallegos. Características clínicas de endometritis puerperal en adolescentes atendidas por el servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional arzobispo Loayza 2023. [Internet]. 2023 [publicado 10 mayo 2023]; Disponible en: <https://www.guiaprioam.com/indice/cervicitis-endometritis-y-enfermedad-pelvica-inflamatoria/>
12. Romero. Factores de riesgo y complicaciones de endometritis puerperal en pacientes del Hospital Goyeneche, Arequipa 2020. [Internet]. 2020 [publicado 15 mayo 2020]; Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_44n1/endometritis.htm
13. Villarán. Incidencia y los factores de riesgo de infección puerperal en mujeres atendidas por parto vaginal en el Hospital de Aplao Arequipa, 2022. [Internet]. 2020 [publicado 13 mayo 2020]; Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmcp/v9n1/2448-6698-rmcp-9-01-135.pdf>
14. Maquera. Agentes patológicos de riesgo condicionantes de endometritis en puérperas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2021. [Internet]. 2021 [publicado 17 junio 2020]; Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmcp/v9n1/2448-6698-rmcp-9-01-135.pdf>
15. Mamani. Características clínicas y compararlo con la endometritis puerperal, del cuadro denominado "sobreparto", en puérperas atendidas en 5 Centros de Salud de la provincia de San Román, Puno, 2022. [Internet]. 2021 [publicado 17 junio 2020]; Disponible en:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-

[300320010002000086](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-300320010002000086)

- 16.** Calla. Factores De Riesgo asociados a Endometritis Puerperal en pacientes atendidas en el Servicio De Gineco Obstetricia Del Hospital Manuel Núñez Butrón en el año 2021. [Internet]. 2021 [publicado 17 junio 2020]; Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-

[30032001000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032001000200004)

- 17.** Hanco. Factores de riesgo y complicaciones de endometritis puerperal en pacientes del Hospital Vallecito Puno, 2020. [Internet]. 2020 [publicado 14 junio 2020]; Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-

[93542014000100010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-93542014000100010)

- 18.** Tiznado. Factores de riesgo para endometritis puerperal en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, 2023. [Internet]. 2023 [publicado 11 junio 2023]; Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-

[93542014000100034](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-93542014000100034)

- 19.** Torres. Factores de riesgo obstétrico. [Internet]. 2023 [publicado 18 junio 2023]; Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-

[93542014000100011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-93542014000100011)

- 20.** Jara. Grado de instrucción de la paciente con endometritis puerperal. [Internet]. 2023 [publicado 09 junio 2023]; Disponible en:
- https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_44n1/bib_endometr
[itis.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_44n1/bib_endometr)



- 21.** Gilles. Estado civil de la paciente con endometritis puerperal. [Internet]. 2024[publicado 03 junio 2024]; Disponible en: <https://ivi.com.pa/blog/endometritis/>
- 22.** Gutiérrez. Procedencia de la paciente con endometritis puerperal. [Internet]. 2024 [publicado 08 junio 2024]; Disponible en: <https://flo.health/es/tu-ciclo/salud/sintomas-y-enfermedades/endometritis>
- 23.** Hawrylyshin. Atención profesional. [Internet]. 2024[publicado 03 junio 2023]; Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/endometritis>
- 24.** Howard. Parto vaginal. [Internet]. 2024[publicado 09 junio 2024]; Disponible en: <https://sales-demo.adam.com/content.aspx?productid=153&isarticlelink=false&pid=5&qid=001484>
- 25.** Hinojosa. Cesárea. [Internet]. 2024[publicado 19 junio 2024]; Disponible en: <https://clinicaemby.es/diagnostico-avanzado/analisis-de-endometritis-cronica-infecciosa/>
- 26.** Nigeria. Trabajo de parto provocado. [Internet]. 2024[publicado 10 junio 2024]; Disponible en: [Internet]. 2024[publicado 12 junio 2024]; Disponible en: <https://fivlaber.es/endometritis-cronica-tratamiento-estudio/>
- 27.** Lyn. Edad gestacional. [Internet]. 2024[publicado 27 junio 2024]; Disponible en: <https://www.accuna.es/blog/endometritis-cronica/>
- 28.** Martina. Número de tactos. [Internet]. 2024[publicado 20 junio 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/93f40aa5-9f28-46b3-ae3a-0fe6be9fe842>



- 29.** Roma. Extracción manual de placenta. [Internet]. 2024[publicado 21 junio 2024]; Disponible en: <https://clinicafertia.com/endometritis-cronica-podria-ser-la-causa-de-no-conseguir-tu-embarazo/>
- 30.** Mongrut. Comorbilidad. [Internet]. 2024[publicado 10 junio 2024]; Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/26626/>
- 31.** Mormontoy. Endometritis puerperal. [Internet]. 2024[publicado 17 junio 2024]; Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000100023
- 32.** Niswander. Puerperio. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/68187>
- 33.** Organización Panamericana de la Salud. Endometritis. [Internet]. 2024 [publicado 14 junio 2024]; Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-781698?lang=es>
- 34.** Pacheco. Definición de endometritis puerperal. [Internet]. 2024 [publicado 16 junio 2024]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032001000200008
- 35.** Contreras. Patogénesis de la endometritis puerperal. [Internet]. 2024 [publicado 16 junio 2024]; Disponible en: <https://www.igenomix.es/servicios/alice/>
- 36.** Parra. Principales factores de riesgo de la endometritis. [Internet]. 2024 [publicado 10 junio 2024]; Disponible en: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/endometriosis>



- 37.** Mateo. Microbiología de la endometritis. [Internet]. 2024 [publicado 13 junio 2024]; Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_44n1/bib_endometritis.html
- 38.** Pinton. Diagnóstico de la endometritis puerperal. [Internet]. 2024 [publicado 13 junio 2024]; Disponible en: <https://clinicaemby.es/diagnostico-avanzado/analisis-de-endometritis-cronica-infecciosa/>
- 39.** Pritchard. Diagnóstico diferencial de endometrio. [Internet]. 2024 [publicado 11 junio 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/93f40aa5-9f28-46b3-ae3a-0fe6be9fe842>
- 40.** Redereickson. Endometritis puerperal. [Internet]. 2024 [publicado 08 junio 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/93f40aa5-9f28-46b3-ae3a-0fe6be9fe842>
- 41.** Richard. Profilaxis de la endometritis. [Internet]. 2024 [publicado 05 junio 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/93f40aa5-9f28-46b3-ae3a-0fe6be9fe842>
- 42.** Rwald. Tratamiento de endometritis. [Internet]. 2024 [publicado 09 junio 2024]; Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/26626/>
- 43.** Shwarez. Tipos de endometritis puerperal. [Internet]. 2024 [publicado 07 julio 2024]; Disponible en: https://www.obstetricia.sa.cr/obstetricia.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000100023



- 44.** Marin. Criterios de diagnóstico. [Internet]. 2024 [publicado 02 julio 2024];
Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/68187>
- 45.** Marthos. Tratamiento de la endometritis. [Internet]. 2024 [publicado 01 julio 2024];
Disponible en:
<https://www.reproduccionasistida.org/endometritis/facotres-de-riesgo-endometritis/>
- 46.** Ugarte. Tratamiento de la endometritis puerperal. [Internet]. 2024 [publicado 06 julio 2024];
Disponible en:
<https://www.clinicatambre.com/ultimas-noticias/endometrio-clave-proceso-de-implantacion-del-embrión>
- 47.** Ureta. Definición de endometritis puerperal. [Internet]. 2024 [publicado 26 julio 2024];
Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Endometritis>
- 48.** Talavera. Definición de factores de riesgo. [Internet]. 2024 [publicado 26 julio 2024];
Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Endometritis>
- 49.** Jara. Definición de puerperio. [Internet]. 2024 [publicado 20 julio 2024];
Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Endometritis>



ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.

	EDAD	GRADO_DE_INST RUCCION	ESTADO_CIVIL	PROCED ENCIA	PARTO_VAGINAL	CESARE A	TRABAJ O_DE_P ARTO	EDAD_G EST	NUMERO _DE_TAC	EXTRAC CION_DE _PLACE..	COMORB ILIDAD	TIPO_EN DOMETRI TIS
1	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	5	1
2	2	3	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1
3	2	3	2	1	1	3	1	2	2	1	5	1
4	3	4	1	1	2	1	2	3	2	2	5	2
5	2	3	1	2	1	3	1	2	1	1	5	1
6	2	3	1	1	2	3	2	1	1	2	5	2
7	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	5	1
8	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	5	1
9	2	3	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1
10	2	3	1	1	1	3	1	2	2	1	5	1
11	3	4	1	1	2	1	2	3	2	2	5	2
12	2	3	1	2	1	3	1	2	1	1	5	1
13	2	3	1	1	2	3	2	1	1	2	5	2
14	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	5	1
15	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	5	1
16	2	3	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1
17	2	3	1	1	1	3	1	2	2	1	4	1
18	3	4	1	1	2	1	2	3	2	2	5	2
19	2	3	1	2	1	3	1	2	1	1	5	1
20	2	3	1	1	2	3	2	1	1	2	5	2
21	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	5	1
22	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	5	1
23	2	3	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1
24	2	3	1	1	1	3	1	2	2	1	5	1
25	3	4	1	1	2	1	2	3	2	2	5	2



	EDAD	GRADO_DE_INST RUCCION	ESTADO_CIVIL	PROCEDENCIA	PARTO_VAGINAL	CESAREA	TRABAJO_DE_P ARTO	EDAD_GEST	NUMERO_DE_TAC	EXTRAC CION_DE PLACE..	COMORBILIDAD	TIPO_EN DOMETRI TIS
26	2	3	1	2	1	3	1	2	1	1	4	1
27	2	3	1	1	2	3	2	1	1	2	5	2
28	2	2	3	2	2	2	1	2	1	1	1	1
29	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	5	1
30	1	3	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1
31	2	3	1	1	1	3	1	2	2	1	5	1
32	3	4	1	1	2	1	2	3	2	2	5	2
33	2	3	1	2	1	3	1	2	1	1	5	1
34	2	3	1	1	2	3	2	1	1	2	5	2
35	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	5	1
36	2	1	1	1	1	3	1	2	1	1	5	1
37	2	3	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1
38	2	3	1	1	1	3	1	2	2	1	5	1
39	3	4	1	1	2	1	2	3	2	2	5	2
40	2	3	1	2	1	3	1	2	1	1	3	1
41	2	3	1	1	2	3	2	1	1	1	5	2
42	2	2	3	2	2	2	1	2	1	1	5	1
43	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	5	1
44	1	3	1	1	1	3	1	2	1	1	2	1
45	2	3	3	1	1	3	1	2	2	1	5	1
46	3	4	1	1	2	1	2	3	2	1	5	2
47	2	2	1	2	1	3	1	2	1	1	5	1
48	2	3	1	1	2	3	2	1	1	1	5	2
49	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	5	1
50	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	5	1



	EDAD	GRADO_DE_INST RUCCION	ESTADO_CIVIL	PROCEDENCIA	PARTO_VAGINAL	CESAREA	TRABAJO_DE_P ARTO	EDAD_G EST	NUMERO_DE_TAC	EXTRAC CION_DE PLACE..	COMORB ILIDAD	TIPO_EN DOMETRI TIS
51	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	2	1
52	2	3	1	1	1	3	1	2	2	1	5	1
53	3	4	1	1	2	1	2	3	2	2	5	2
54	2	3	1	2	1	3	1	2	1	1	5	1
55	2	3	1	1	2	3	2	1	1	2	5	2
56	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	5	1
57	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	5	1
58	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	2	1
59	2	2	1	1	1	3	1	2	2	1	5	1
60	3	4	1	1	2	1	2	3	2	2	5	2
61	2	3	3	2	1	3	1	2	1	1	5	1
62	2	3	1	1	2	3	2	1	1	2	5	2
63	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	5	1
64	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	5	1
65	2	3	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1
66	2	3	1	1	1	3	1	2	2	1	5	1
67	3	4	1	1	2	1	2	3	2	2	5	2
68	2	3	1	2	1	3	1	2	1	1	5	1
69	2	3	1	1	2	3	2	1	1	2	5	2
70	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	5	1
71	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	5	1
72	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	2	1
73	2	3	3	1	1	3	1	2	2	1	5	1
74	3	4	1	1	2	1	2	3	2	2	5	2
75	2	3	1	2	1	3	1	2	1	1	5	1



	EDAD	GRADO_ DE_INST RUCCION	ESTADO _CIVIL	PROCED ENCIA	PARTO_ VAGINAL	CESARE A	TRABAJ O_DE_P ARTO	EDAD_G EST	NUMERO _DE_TAC	EXTRAC CION_DE _PLACE..	COMORB ILIDAD	TIPO_EN DOMETRI TIS
76	2	3	1	1	2	3	2	1	1	2	5	2
77	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	5	1
78	2	3	1	1	1	3	1	2	1	1	5	1
79	2	3	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1
80	2	3	1	1	1	3	1	2	2	1	5	1
81	3	4	1	1	2	1	2	3	2	2	5	2
82	2	3	1	2	1	3	1	2	1	1	5	1
83	2	3	1	1	2	3	2	1	1	2	5	2
84	2	2	1	2	2	2	1	2	1	1	5	1



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENRAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	METODOLOGIA
PG.- ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?	OG.- Determinar los factores de riesgo obstétrico relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	HG.- Los factores de riesgo obstétrico están relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	1.- Factores de riesgo obstétrico.	1.1.- Materno 1.2.- Atención profesional	Edad Grado de instrucción Estado civil Procedencia Parto vaginal Cesárea Trabajo de parto provocado Edad gestacional Numero de tactos Extracción manual de placenta Comorbilidad	a.- <de 18 años b.- 19 a 35 años c.- >de 35 años a.- Sin estudios b.- Primaria c.- Secundaria d.- Superior a.- Conviviente b.- Soltera c.- Casada d.- Viuda a.- Urbana b.- Rural a.- Eutócico b.- Distócico a.- Cesarea con trabajo de parto. b.- Cesárea sin trabajo de parto. >De 24 horas a.- Pre termino b.- Término c.- Post término >De 5 tactos a.- Completa b.- Incompleta a.- Diabetes b.- Pre eclampsia c.- Eclampsia	1.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental, 2.- TIPO DE INVESTIGACIÓN: Básico, transversal, retrospectivo. 3.- METODO: Hipotético deductivo Cuantitativo. 4.- POBLACIÓN: Conformada por 80 pacientes 5.- MUESTRA: Conformada por 80 pacientes 6.- TÉCNICA: Variable 1: Factores de riesgo obstétrico. Variable 2: Endometritis puerperal. 7. INSTRUMENTOS
PE1.- ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos, relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca?	OE1.- Identificar los factores de riesgo maternos, relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.	HE1.- Los factores de riesgo maternos, están relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.					
PE2.- ¿Cuáles son los factores de riesgo de atención profesional, relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca?	OE2.- Identificar los factores de riesgo de atención profesional, relacionados a endometritis puerperal en	HE2.- Los factores de riesgo de atención profesional, relacionados a endometritis puerperal en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.					



PE3.- ¿Cuál es el tipo de endometritis puerperal que frecuentemente se presenta en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca ?	pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. OE3.- identificar el tipo de endometritis puerperal que frecuentemente se presenta en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.	HE3.- El tipo de endometritis puerperal severo es el que frecuentemente se presenta en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.	2. Endometritis puerperal.	2.1. Tipos	Leve Severa	d.- Corioamnionitis a.- Temperatura menor o igual a 38 grados centígrados. b.- Loquios turbios de mal olor c.- Sin dolor d.- Sin compromiso del estado general. a.- Temperatura > a 39°C b.- Loquios turbios de mal olor. c.- Sensibilidad a la palpación uterina. d.- Compromiso del estado general.	Variable 1.- Ficha de recolección de datos Variable 2.- Ficha de recolección de datos
---	--	--	-----------------------------------	-------------------	------------------------	---	---



ANEXO 3: INSTRUMENTO:

INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CÓDIGO DE PACIENTE	DE	DIAGNÓSTICO	
1. Factores de riesgo obstétrico			
1.1 Materno	Edad a.- <de 18 años b.- 19 a 35 años c.- >de 35 años	() () ()	
	Grado de instrucción a.- Sin estudios b.- Primaria c.- Secundaria d.- Superior	() () () ()	
	Estado civil a.- Conviviente b.- Soltera c.- Casada d.- Viuda	() () () ()	
	Procedencia a.- Urbana b.- Rural	() ()	
1.2 Atención profesional	Parto vaginal a.- Eutócico b.- Distócico	() ()	
	Cesárea a.- Cesare con trabajo de parto. b.- Cesárea sin trabajo de parto.	() ()	
	Trabajo de parto provocado ➤ De 24 horas	()	
	Edad gestacional a.- Pre termino b.- Término c.- Post término.	() () ()	
	Numero de tactos ➤ De 5 tactos	()	
	Extracción manual de placenta a.- Completa b.- Incompleta	() ()	
	Comorbilidad a.- Diabetes b.- Pre eclampsia c.- Eclampsia d.- Corioamnionitis	() () () ()	



2. Endometritis puerperal		
2.1 Tipos	Leve	()
	a.- Temperatura menor o igual a 38 grados centígrados.	()
	b.- Loquios turbios de mal olor	()
	c.- Sin dolor	()
	d.- Sin compromiso del estado general.	()
	Severo	()
	a.- Temperatura > a 39°C	()
	b.- Loquios turbios de mal olor.	()
	c.- Sensibilidad a la palpación uterina.	()
	d.- Compromiso del estado general.	()



ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

ANEXO 3: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A
ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ: FELIX LHOQUE MAMANI

ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA OBSTETRICIA

COLEGIATURA: 26979 **FECHA:** 23 DE JUNIO

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2 ✓
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2 ✓
La estructura del instrumento es el adecuado	2 ✓
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2 ✓
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2 ✓
Los ítems son claros y entendibles	2 ✓
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2 ✓
*se deben eliminar algunos ítems	2 ✓
TOTAL	16

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe Dr. Félix Choque Mamani
identificado con DNI N°..... y CMP N° 26979
certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante
Bach. KATERIN ESTEFANI ARIAS QUISPE

Juliaca ...23... de ...JUNIO... del 2025


Dr. Félix Choque Mamani
MÉDICO CIRUJANO
GINECOLOGO OBSTETRA
C.M.P. 26979 I.C.N.E. 16969

ANEXO 3:
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS
JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A
ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ: Dr. Frey E. Cabana Chile

ESPECIALIDAD: Ginecología y Obstetricia

COLEGIATURA: 44284 **FECHA:** 23 DE JUNIO

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2 ✓
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2 ✓
La estructura del instrumento es el adecuado	2 ✓
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2 ✓
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2 ✓
Los ítems son claros y entendibles	2 ✓
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2 ✓
*se deben eliminar algunos ítems	2 ✓
TOTAL	16

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)

ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe... Frey E. Cabana Chile
identificado con DNI N° y CMP N° 44284
certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante
Bach. KATERIN ESTEFANI ARIAS QUISPE

Juliaca ... 23 de ... Junio del 2025



Dr. Frey E. Cabana Chile
MÉDICO CIRUJANO
GINECÓLOGO - OBSTETRA
CMP: 44284 - RNE: 41850



ANEXO 3:
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS
JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A
ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ: Richard Sanga Yampasi

ESPECIALIDAD: Ginecologo - Obstetra

COLEGIATURA: 49858 FECHA: 23 DE JUNIO

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓ 2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	✓ 2
La estructura del instrumento es el adecuado	✓ 2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	✓ 2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓ 2
Los ítems son claros y entendibles	✓ 2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓ 2
*se deben eliminar algunos ítems	✓ 2
TOTAL	16

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe.....Richard Sanga Yampasi.....
identificado con DNI N°..... y CMP N° 49858.....
certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante
Bach. KATERIN ESTEFANI ARIAS QUISPE

Juliaca23..... deJUNIO..... del 2025


Dr. Richard Sanga Yampasi
MÉDICO CIRUJANO
GINECÓLOGO - OBSTETRA
CMP. 49858 RNE. 040338



ANEXO 5. AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

Juliaca, 30 de Junio del 2025

CARTA N° 527 - 2025 - J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

Eco. MARTINA QUISPE OBLITAS

JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL H.C.M.M. DE LA RSSR.

PRESENTE.-

ASUNTO : PRESENTA A BACHILLER PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

SOLICITANTE : Srta. ARIAS QUISPE KATERIN ESTEFANI

REGISTRO N° 13484- 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle a la Bachiller de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA de la **UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ**, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "**FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**", contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que la interesada obtenga información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINION FAVORABLE** para que la interesada realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del Hospital.

Atentamente,



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

Dr. Efraim U. Carrasco Gonzalo
JEFE UADI - CAPACITACIÓN
MÉDICO - PEDIATRA
C.M.P. 44365 - R.N.E. 31001

EUCG/ccf
Cc. Interesado

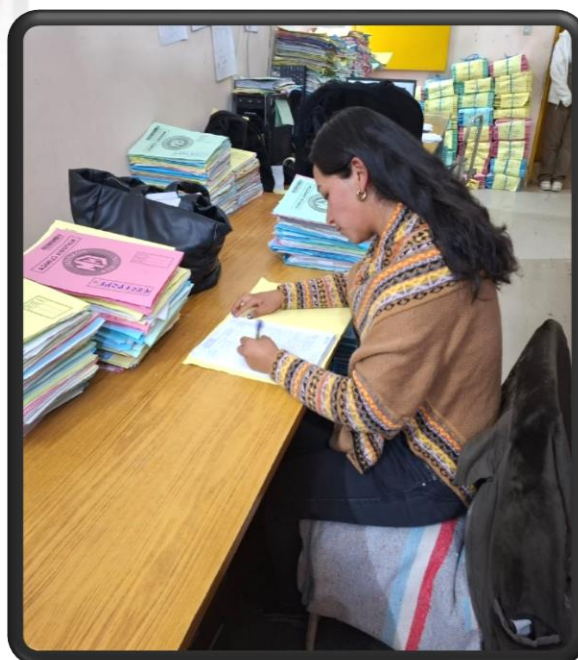
ANEXO 6: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA 76195498



FOTO 1: Se evidencia la búsqueda de historias clínicas con el respectivo caso del estudio



FOTO 2: Se evidencia la recolección de datos de pacientes requeridos para nuestro estudio.



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓNAUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCVFormato digital: ☒

Fecha de entrega: 08 / 12 / 2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: <u>Katerin Estefani Arias Quispe</u>	
Dirección: <u>Jr. Benigno Ballón N° 883 Juliaca</u>	
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: <u>76195498</u>	
Teléfono: <u>964454049</u>	email: <u>katerinarias066@gmail.com</u>
Nombres y Apellidos: _____	
Dirección: _____	
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____	
Teléfono: _____	email: _____
Facultad y/o Escuela de Posgrado: <u>Ciencias de la Salud</u>	
Escuela Profesional o Mención: <u>Medicina Humana</u>	
Título o Grado Académico a optar: <u>Médico Cirujano</u>	
Asesor: <u>Dra. Gabriela Betty Arias Luque</u>	
Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:	
Trabajo de Investigación ☐	Tesis ☒
Trabajo de Suficiencia Profesional ☐	Trabajo Académico ☐
Título: <u>FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO RELACIONADOS A ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024</u>	
Palabras claves, (3 a 5 términos): <u>Endometritis puerperal, factores, gestantes, obstétricos y riesgo.</u>	
¿Esta obra se desarrolló en la UANCV 1,2?	
2	
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: Medicina Humana – P09


Firma de Autor


huella digital

08 de diciembre del 2025
Fecha