

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL – CHOTA.



**COMPLICACIONES MATERNAS- PERINATALES Y
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PUÉRPERAS INMEDIATAS.
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA, 2015.**

TESIS

Para optar el Título Profesional de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Bach. Enf. FLOR EDITH VÁSQUEZ IDROGO

ASESORA:

Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR.

Chota – Perú, 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL – CHOTA.



**COMPLICACIONES MATERNAS- PERINATALES Y
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PUÉRPERAS INMEDIATAS.
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA, 2015.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORA:

Bach. Enf. FLOR EDITH VÁSQUEZ IDROGO

ASESORA:

Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR.

Chota – Perú

2017

COPYRIGHT © 2017 by
FLOR EDITH VÁSQUEZ IDROGO
Todos los derechos reservados

**Vásquez F. 2017. COMPLICACIONES MATERNAS-PERINATALES Y
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS EN PUÉRPERAS INMEDIATAS.
HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS CHOTA, 2015./Flor Edith Vásquez Idrogo.**
127 Páginas.

Tutora: Martha Vicenta Abanto Villar

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería-UNC

**COMPLICACIONES MATERNAS – PERINATALES Y CARACTERÍSTICAS
SOCIO – DEMOGRÁFICAS EN PUÉRPERAS INMEDIATAS. HOSPITAL JOSÉ
SOTO CADENILLAS CHOTA, 2015.**

AUTORA: FLOR EDITH VÁSQUEZ IDROGO

ASESORA: MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciada en
Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR



**Dra. NORMA BERTHA CAMPOS CHÁVEZ
PRESIDENTA**



**MCs. SEGUNDA AYDEÉ GARCÍA FLORES
SECRETARIA**



**Lic. Enf. DELIA MERCEDES SALCEDO VÁSQUEZ
VOCAL**

Chota 2017, Perú

A:

A mis padres, mis ángeles: Que desde el cielo iluminan y guían mi camino para realizarme como persona y poder afrontar todas las dificultades.

A Dios, todo poderoso por darme la vida y que con su infinita misericordia me ha dado sabiduría, y por ser el camino que me guía para poder lograr mis metas.

A mi tía Hormecinda, que es el ser máspreciado. Me brindó amor, cariño y el apoyo incondicional durante toda mi carrera profesional, le estoy infinitamente agradecida, y a mi esposo Elvis con eterna gratitud.

A los Docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca. Escuela Académico Profesional de Enfermería, toda mi gratitud por haberme permitido adquirir conocimientos que forjaron mi superación.

Mi especial agradecimiento a la Asesora de Tesis. Dra. Martha Vicenta Abanto Villar, por encaminar el desarrollo de la presente con su perseverancia, paciencia y dedicación, lo que me ha permitido concluir la presente.

Al Director y personal del servicio de obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas; por su apoyo el mismo que me permitió poder obtener la información y hacer realidad la presente investigación, la misma que estoy segura contribuirá en beneficio de la salud materna –perinatal.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE	vi
LISTA DE TABLAS	vii
LISTA DE ANEXOS	viii
GLOSARIO	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
1. EL PROBLEMA	3
1.1. Definición y Delimitación del Problema de investigación	3
1.2. Formulación del Problema	11
1.3. Justificación del Problema	12
1.4. Objetivos	14
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes de la investigación	15
2.2. Marco Teórico Conceptual	18
2.2.1. Teoría del Autocuidado	18
2.2.2. Bases Teóricas	21
2.3. Hipótesis	37
2.4. Variables	37
2.5. Operacionalización de variables	38
CAPÍTULO III	
3. METODOLOGÍA	43
3.1. Tipo y Diseño de Estudio.	43
3.2. Área de Estudio	44
3.3. Población y muestra	44
3.4. Unidad de Análisis	45
3.5. Unidad de Observación	46
3.6. Criterios de inclusión	46
3.7. Criterios de exclusión	46
3.8. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	46
3.9. Procedimiento para la Recolección de Información	47
3.10. Procesamiento y Análisis de Datos	47
3.11. Consideraciones éticas	48
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	50
CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	110

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características Sociodemográficas de la Púérperas inmediatas Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	50
Tabla 2. Complicaciones Maternas Puerperio inmediato, en las mujeres Atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	57
Tabla 3. Complicaciones Perinatales, en recién nacidos de las mujeres Púérperas inmediatas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	64
Tabla 4. Complicaciones maternas púérperas inmediatas y Características Socio-demográficas: Edad. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	72
Tabla 5. Complicaciones maternas púérperas inmediatas y Características Socio-demográficas: Procedencia. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	75
Tabla 6. Complicaciones maternas púérperas inmediatas y Características Socio-demográficas: Grado de instrucción Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	77
Tabla 7. Complicaciones maternas púérperas inmediatas y Características Socio-demográficas: Estado civil Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	79
Tabla 8. Complicaciones maternas púérperas inmediatas y Características Socio-demográficas: Ocupación Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.	81
Tabla 9. Complicaciones perinatales inmediatas y Características Socio-demográficas: Edad de púérperas inmediatas. Hospital José Soto cadenillas Chota, 2015	85
Tabla 10. Complicaciones perinatales inmediatas y Características Socio-demográficas: Procedencia de púérperas inmediatas. Hospital José Soto cadenillas Chota, 2015	91

Tabla 11.	Complicaciones perinatales inmediatas y Características Socio-demográficas: Grado de instrucción de puérperas inmediatas. Hospital José Soto cadenillas Chota, 2015	92
Tabla 12.	Complicaciones perinatales inmediatas y Características Socio-demográficas: Estado civil de puérperas inmediatas. Hospital José Soto cadenillas Chota, 2015	94
Tabla 13.	Complicaciones perinatales inmediatas y Características Socio-demográficas: Ocupación de puérperas inmediatas. Hospital José Soto cadenillas Chota, 2015	96

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1	Ficha de recolección de información.	111
Anexo 2	Formulario de Autorización. Repositorio Institucional.	112
Anexo 3	Licencia Estándar.	113

GLOSARIO

Puerperio. Este período se extiende convencionalmente desde la finalización del período de post alumbramiento (T. de parto) hasta 45-60 días del pos parto.

Puerperio inmediato. Inicia esta etapa más o menos dos horas después del parto o inmediato al alumbramiento hasta las 24 horas posparto.

Puerperio mediato. Desde las 24 horas hasta los 7 días posparto. Posterior al alta de la puérpera, esta atención se realiza en consulta externa por profesional con competencias.

Puerperio tardío. Este periodo comprende después de los 7 días hasta los 42 días post parto. Atención realizada en consulta externa por profesional con competencias, según nivel de atención.

Complicación puerperal inmediata. Se considera complicaciones puerperales inmediatas del parto eutócico a toda alteración patológica que se presenta después de la expulsión de la placenta hasta las primeras 24 horas del puerperio.

Complicación perinatal. Aquellas circunstancias que ponen en peligro inmediatamente después del nacimiento, desde la semana 28 de gestación hasta los 7 primeros días después del parto.

RESUMEN

Complicaciones maternas - perinatales y las características socio-demográficas en las puérperas inmediatas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.

Autor: Flor Edith Vásquez Idrogo¹
Asesora: Martha V. Abanto Villar²

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo describir y analizar la relación entre las complicaciones maternas - perinatales y las características socio-demográficas en las puérperas inmediatas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015. Con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, estudio de diseño no experimental, retrospectivo y correlacional, la muestra estuvo constituida por 256 puérperas inmediatas con sus respectivos productos. La recolección de la información se la realizó; teniendo en cuenta la propuesta de Aguirre y Hurtado (2013). Los resultados fueron analizados a través del paquete estadístico SPSS v23. Mediante la prueba del Chi-Cuadrado. Resultados: Dentro de las características sociodemográficas tenemos que el 80,1% tienen edades comprendidas entre los 17 y 35 años; son de la zona rural el 79,7%; el 36,3% tiene como grado de instrucción secundaria incompleta; el 63,7% corresponde al estado civil de convivientes y tienen como ocupación amas de casa el 93,6%. Las complicaciones puerperales inmediatas fueron las hemorragias con el 12,9%; vaginitis puerperal el 4,6%; retención placentaria 3,1%; atonía uterina 4% y desgarros 3,1%. Dentro de las complicaciones perinatales se identificaron: sufrimiento fetal 16,4%; sepsis neonatal 5,5%; aspiración de líquido meconial y síndrome de distrés respiratorio 4,2% respectivamente; asfixia neonatal 4,0% y macrosomía fetal con el 1,2%. Se encontró relación estadística significativa entre los factores sociodemográficos: Ocupación y las complicaciones perinatales en los recién nacidos de las puérperas inmediatas; siendo el valor de (p=0,030).

Palabras claves: Puerperio, Características Sociodemográficas, Complicaciones Materna – perinatal.

¹ Aspirante a Licenciada de Enfermería (Bach.Enf. Flor Edith Vásquez Idrogo, UNC)

² Martha V. Abanto Villar, Doctora en Salud. Profesora principal de la Facultad Ciencias de la Salud de la UNC

ABSTRACT

“Maternal - perinatal complications and socio - demographic characteristics in immediate postpartum women. José Soto Cadenillas Chota Hospital, 2015”

Autor: Flor Edith Vásquez Idrogo¹
Asesora: Martha V. Abanto Villar²

The present investigation work had as objective to describe and analyze the relation between maternal - perinatal complications and the socio - demographic characteristics in the immediate postpartum women treated at the José Soto Cadenillas Chota Hospital, 2015. With quantitative approach of descriptive type, non - experimental, retrospective and correlational design study, the sample was constituted by 256 immediate postpartum with their respective products. The harvest of the information was done through; considerunt the Aguirre and Hurtado proposal (2013). The results were analyzed through the statistical package SPSS v23. Through the Chi-Square test. Results: Within the sociodemographic characteristics we have that the 80,1% are aged between 17 and 35 years; Are from the rural zone the 79,7%; the 36,3% have incomplete secondary education; the 63,7% correspond to the cohabitants civil status and the 93,6% have as occupation housewives. The immediate puerperal complications Bleeding with the 12,9%; Puerperal vaginitis the 4.6%; Placenta retention 3, 1%; Uterine atony 4% and tears 3,1%. Among the perinatal complications, we identified: fetal distress the 16, 4%; Neonatal sepsis the 5,5%; Aspiration fluid meconial and respiratory distress syndrome the 4,2% respectively; Neonatal asphyxia 4,0% and fetal macrosomia with the1, 2%. A statistically significant relation between the sociodemographic factors was found: Occupation and perinatal complications in the infants of the immediate puerperas; Being the value of ($p = 0.030$).

Key words: Puerperium, Sociodemographic characteristics, Maternal-perinatal complication.

¹Aspirin to Nursing Degree (Bach.Enf. Flor Edith Vásquez Idrogo, UNC)

²Martha V. Abanto Villar, PhD in Health. Professor, Faculty of Nursing, UNC Branch Chota.

INTRODUCCIÓN

La salud materna en el Perú ha mejorado en la última década. Sin embargo, existen problemas que merecen preferente atención; como son la persistencia de las tasas de mortalidad materna- perinatal relativamente elevadas para la región y con diferenciales significativos por el nivel de educación, capacidad económica o ámbito geográfico.

Siendo importantes las referencias de la Encuesta 2013, donde describe que el 88,6% de los nacimientos en los últimos cinco años tuvieron lugar en un servicio de salud (Público o Privado). Esta proporción incrementó en 6,6 puntos porcentuales respecto a lo observado en el año 2009 (82,0%) (1).

Pues, la ocurrencia del parto en casa bajó de 16,7% en el 2009 hasta 10,6% en el 2013. Siendo el lugar de atención del parto importante para asegurar la salud de la madre y niña o niño por nacer, asimismo, para determinar el acceso de la población a un servicio de atención de emergencia obstétrico el caso de alguna complicación (1).

Así, la presente investigación se realizó con el objetivo de describir y analizar la relación entre las complicaciones maternas - perinatales y las características socio-demográficas en las puérperas inmediatas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015. Encontrándose como resultados que la mayoría de las puérperas tienen edades entre 17 a 35 años y son de la zona rural; en cuanto al grado de instrucción menos de la mitad cuenta con secundaria incompleta; y son convivientes, en casi todas las puérperas su ocupación es ama de casa.

Dentro de las complicaciones puerperales las más relevantes son las hemorragias, atonía uterina y los desgarros; las complicaciones neonatales fueron sufrimiento fetal y sepsis neonal. Se encontró relación estadística significativa entre la ocupación de la madre y las complicaciones perinatales; siendo el valor de ($p=0,030$).

Las mismas que se pueden presentar en una forma súbita e imprevisible y tal como lo afirma la Organización Mundial de la Salud; estas se presentan entre el 11% y 17% durante el parto, y entre el 50% y 71% durante el puerperio inmediato pudiendo ocasionar la muerte materna perinatal (1).

Estos resultados ayudarán al personal de salud a formular estrategias de intervención con la finalidad de evitar estas complicaciones, teniendo en cuenta los daños que causa en la madre y el producto muchas de ellas causan daño neurológico irreversible o la muerte tanto de madre como del niño y niña; los mismos que pueden ser evitables con la identificación oportuna a través de un control prenatal eficiente, seguimiento continuo y atención del parto eficaz y oportuno.

El presente trabajo de investigación consta de los siguientes capítulos:

Capítulo I. El problema: Definición y delimitación del problema, formulación del problema, justificación y objetivos.

Capítulo II. Marco teórico: Antecedentes del problema, teorías sobre el tema, marco teórico y conceptual, variables.

Capítulo III. Metodología: Tipo y diseño de estudio. Área de estudio, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, unidad de análisis, técnica de recolección de datos, instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y rigor ético.

Capítulo IV. Resultados, interpretación, análisis, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Definición y Delimitación del Problema de investigación.

Cualquier condición o circunstancia que suceda durante el puerperio debe ser considerada, en principio una complicación materna de ese período, a menos que en la historia clínica se establezca que tal condición no ha afectado al embarazo o al tratamiento que la paciente ha recibido. Dentro del puerperio se encuentran las complicaciones tales como hemorragias (hemorragia postparto), infecciones (infección puerperal), complicaciones emocionales (depresión postparto), endocrina (síndrome de sheehan) y glándula mamaria (mastitis puerperal) por mencionar las más importantes.

Las complicaciones puerperales inmediatas, según Aguirre (2012-2013), se desarrollan fuera de los parámetros normales durante las primeras 24 horas posteriores al alumbramiento y estas son ocasionadas por múltiples factores biológicos, y sociodemográficos que intervienen de una manera directa o indirecta constituyendo una de las causas principales que afectan a la puérpera y al recién nacido (2).

Así, tenemos que las causas que conllevan a una complicación puerperal inmediata están directamente relacionadas con el embarazo y el parto, como el estado de shock secundario a una hemorragia post- parto, en el caso de una atonía uterina o de los trastornos placentarios que suelen terminar en una histerectomía de urgencia, la sepsis puerperal, que constituye una amenaza para la vida de la paciente (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (2012). En el mundo anualmente mueren alrededor de medio millón de mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, entre estas cifras una de las más significativas es la hemorragia post parto. La hemorragia postparto se clasifica en primaria si ocurre en

las primeras 24 horas postparto y secundaria si ocurre entre las 24 horas y 6-12 semanas postparto. Un 60% de todas estas complicaciones ocurren en el periodo postparto y un 45% en las primeras 24 horas (3).

Las complicaciones puerperales inmediatas son un problema social, económico y de salud pública de mayor magnitud, sobre todo en países que se encuentran en vías de desarrollo donde las tasas de fecundidad son muy altas, los factores asociados a las complicaciones puerperales inmediatas afectan a las mujeres en todas las edades, especialmente aquellas que tienen inaccesibilidad de servicios de salud. Muchos factores intervienen para que las urgencias obstétricas sean inevitables, como es la anemia, desnutrición, obesidad, enfermedades crónicas debilitantes, condiciones sanitarias e higiénicas deficientes, pobreza, partos domiciliarios debido a preferencia cultural, religiosa, servicios de salud de baja calidad o déficit de acceso a estos (4).

En el mundo ocurren alrededor de 140,000 muertes a causa de la hemorragia posparto por año según referencia del (2010), que dejan secuelas en más de 20 millones de mujeres cada año. Esta complicación sucede frecuentemente en los países subdesarrollados; se calcula una muerte materna por cada mil nacimientos en los lugares donde no se tiene acceso a la hemotransfusión, principalmente por la dificultad de pronosticar la hemorragia obstétrica, las distancias largas e inaccesibles entre el lugar de atención primaria y los centros médicos especializados, y a los malos servicios de transporte que existen en esos lugares. También, los medicamentos aplicados rutinariamente para el control de la hemorragia posparto, como la oxitocina y la metilergometrina, pierden hasta 80% de su efectividad al exponerse a la luz y el calor (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (2010). Las hemorragias postparto constituyen la primera complicación a nivel mundial y nacional, cuando no puede controlarse o tratarse adecuadamente puede llevar rápidamente al shock y a la muerte. De ahí que sea una de las complicaciones obstétricas más temidas que ocurren durante el puerperio y que la convierten en una de las tres primeras causas de muerte materna. La Organización Mundial de la Salud, para el 2010 estimó que

358 000 mujeres no solo murieron a causa de embarazo, sino también de complicaciones maternas perinatales relacionadas con el parto y puerperio, el 60% de muertes maternas ocurrieron en el post parto, el 45% de las defunciones maternas puerperales se producen dentro de 1 día del nacimiento, más del 65% dentro de 1 semana, y más del 80% en 2 semanas (5).

Las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio constituyen las principales causas de discapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo. En el mundo, alrededor de cinco millones de mujeres padecen enfermedades críticas asociadas a la maternidad, de las cuales aproximadamente el 10 % fallece. En el 80 % de los casos las muertes pueden ser evitables, pero sin lugar a dudas se necesita de un entorno propicio para una maternidad segura. La necesidad de una atención continuada con la presencia de profesionales debidamente capacitados a lo largo del embarazo, durante el parto y el postparto, el acceso a los servicios de salud y a una nutrición adecuada disminuye el riesgo de una muerte materna (5).

En Latinoamérica en el año 2013, aproximadamente 289 000 mujeres sufrieron de complicaciones maternas relacionadas con el embarazo, el parto y puerperio. Las complicaciones más comunes fueron las hemorragias post-parto; 20% de las mujeres perdieron ≥ 500 ml de sangre y 4% perdieron ≥ 1.000 ml. 30% de las mujeres de nivel socio-económico bajo padecieron de anemia moderada, y el 13% padeció anemia severa y hemorragias post-parto (6).

Así, desde hace varios años en México (2010), las complicaciones maternas en el puerperio ocupan el tercer lugar como causa de mortalidad materna, entre las que destaca en forma preponderante la infección puerperal, 106 defunciones maternas atribuibles a complicaciones puerperales, lo que representó una tasa de 3,9 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos registrados. En México se recolectó información de 832 muertes maternas (29 por 100 000 nacidos vivos), siendo las principales causas de morbilidad y letalidad la preeclampsia leve y severa, eclampsia, placenta previa, hemorragia postparto, corioamnionitis y sepsis puerperal (7).

Como se sabe la hemorragia post parto, es una de las complicaciones muchas veces mortales para la mujer, especialmente en la etapa del puerperio inmediato así Orozco (2010), encontró que el mayor número de casos corresponde al grupo de edad comprendido entre 28 - 34 años con el 37%; el 51% se encuentra en unión libre: el 65% pertenece al nivel socioeconómico bajo; dentro del grado de escolaridad en un 60%, tenían nivel de instrucción baja entre analfabeta e instrucción primaria con una diferencia del 40% en quienes tenían cierto grado de alfabetización. El 63% de pacientes fueron multigestas. El 42% tuvieron mal control prenatal entre 1 a 3. Dentro de las principales causas de Hemorragia postparto destaca la Atonía Uterina (42%). Entre de los principales factores de riesgo intraparto se pudo determinar que en un 28% se debe a desgarros cervical vaginal-perineal (8).

En referencia a las complicaciones perinatales Gamarra (2013), describe que anualmente, a nivel mundial nacen aproximadamente 130 millones de niños, casi 3,3 millones nacen muertos y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. El 5% de las muertes neonatales se producen por asfixia, sobre todo en el período neonatal temprano. La organización Mundial de la Salud (2012), estima que ocurre un millón de muertes por esta causa. A nivel mundial 5-10% de los recién nacidos necesitan resucitación cardiopulmonar neonatal. En países económicamente estables se reporta una incidencia de 0,3 al 1,8 %. En Nicaragua actualmente la asfixia al nacer se encuentra entre las primeras causas de muerte neonatal, reportándose una frecuencia de 6,5% de los nacidos vivos siendo severa un 2% y moderada el 4,5%, con una letalidad de 31 al 66% de manera general siendo mayor en los recién nacidos pretérmino y en los casos en que el episodio de asfixia se prolongó más de 5 minutos. La mortalidad por la asfixia severa (Ápgar 0-3) se estima en 315/1000 nacidos vivos para los pretérmino y de 244/1000 para los de término (9).

Las afecciones perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años según la Organización Mundial de la Salud 2011. En relación con el producto se destaca el bajo peso al nacer, tanto por nacimiento pre término como por recién nacido con bajo peso para la edad gestacional: así como también la depresión neonatal evaluada a través de la puntuación Ápgar (9).

El Perú no es ajeno a esta problemática, según Baena (2012), 856 mujeres sufren complicaciones del embarazo. La mortalidad materna es uno de los indicadores que en las últimas décadas se redujo de 400 a 185 x 100,000 nacidos vivos. A pesar de ello es una de las más altas de América Latina. Las principales complicaciones son: hemorragia 47%, infección 15%, hipertensión inducida por el embarazo 12%, aborto 5% y parto obstruido 5%. La probabilidad de morir por causas maternas es dos veces mayor para las mujeres del área rural en comparación con las mujeres del área urbana. Aquellos países con similar ingreso per cápita que el Perú tiene tasas de mortalidad materna muchos menores (10).

Asimismo, Ramírez (2014), refiere respecto a los resultados perinatales y obstétricos en gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto que en el año 2014, el promedio de edad fue de 38.6 años, con un mínimo de 36 años y un máximo de 48 años, siendo el 81,9% entre 36 a 40 años. El 78,4% fueron convivientes y 5% solteras; el 53,5% de nivel secundario, 0,7% analfabetas, el 74% fueron de la zona urbana, 16,3% rural y el 89% amas de casa. El 85% fueron multigestas, 53,5% múltiparas, 1,4% nulíparas, 93,6% presentaron edad gestacional menor o igual a 40 semanas. El 60,6% terminaron su gestación vía vaginal y el 39,4% fue cesárea, el 10,6% presentaron desgarro vaginal, el 93,6% dieron a luz neonatos con Ápgar de 7 a 10. Entre las complicaciones el 48,9% presentó infecciones del tracto urinario (ITU), 4,2% anemia, 18,4% parto prematuro, 12,4% Ruptura prematura de membranas, 6,4% pre-eclampsia (11).

Igualmente, Gutiérrez (2015). Encontró dentro de las complicaciones obstétricas y perinatales en las mujeres puérperas mayores de 35 años en el Hospital de Rezola de Cañete. Como principales complicaciones obstétricas: preeclampsia y ruptura prematura de membranas con 5,3%, parto pretérmino 2,7 %, desproporción céfalo-pélvica 2,3%, desgarros perineales 1,7%, oligohidramnios 1%, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa y atonía uterina 0,7%,. Las gestantes mayores de 35 años también presentaron complicaciones perinatales como: distocia funicular (Circular de cordón) 9,3%, macrosomía fetal 7,6%, distocia fetal (Presentación podálica) 6%, prematuridad 3,3%, sufrimiento fetal agudo 1,7%, recién nacido de embarazo gemelar 1,3%, retardo de crecimiento intrauterino y óbito fetal 1%,

anomalías congénitas 0,7%, asfixia perinatal y síndrome de dificultad respiratoria 0,3% (12).

Respecto a las complicaciones perinatales, detalla el Resumen Ejecutivo. Salud Materno Neonatal (2013), que el 51,2% de las muertes neonatales, en más de 2,200 recién nacidos al año, se debe a infecciones, asfixia, prematuridad y bajo peso al nacer (menos de 2,500 kg), pueden prevenirse y evitarse con acciones sencillas y de bajo costo, y aplicables de manera inmediata. El 82% de las muertes neonatales, cerca de 3,700 niños cada año, ocurre en los primeros siete días, y el 33% aproximadamente 1,500 niños anualmente, durante las primeras 24 horas. Por tanto, el control de la gestante, el parto institucional, la atención inmediata del recién nacido y el seguimiento en el domicilio durante la primera semana después del parto, se constituyen en intervenciones claves (13).

En lo que a complicaciones neonatales respecta, la más común reportada es el parto pretérmino, y se ha encontrado que su probabilidad se incrementa casi al doble en pacientes con edad materna avanzada versus pacientes más jóvenes. Se encontró que el 28,6% presentaron complicaciones, siendo la más frecuente el peso bajo para la edad gestacional 26,3%, el 1% tuvo malformaciones congénitas o muerte neonatal (14).

En el Hospital de Pasco (2014), se reportaron como principales complicaciones perinatales, la dificultad respiratoria, sepsis neonatal, asfixia neonatal; además se presentaron con mayor probabilidad de complicaciones los recién nacidos de madres con ruptura prematura de membranas, amenaza de parto prematuro, y trabajo de parto complicado, el 55,8% los presentaron (15).

En cuanto a las características sociodemográficas, algunos estudios hacen referencias a estas, como el de Chávez (2016). Quien refirió que en un estudio realizado en Tarapoto encontró que las puérperas se caracterizaron por que el 53,3% tenían entre 20 a 29 años de edad, 75,6% residían en lugares urbanos, 66,7% eran convivientes, 66,7% tenían estudios secundarios (incompletos o completos), el 77,8% eran amas

de casa, el 67,8% tenían entre 1 a 10 días de posparto, el 46,7% tenía su primer hijo y el 44,4% tenía de 2 a 3 hijos, y en relación a las complicaciones del puerperio, el 73,3% de las madres en estudio refirieron complicaciones levemente complicadas (16).

Además las características sociodemográficas de las mujeres que presentan las complicaciones maternas y perinatales son similares a las referidas en los países desarrollados como la edad tanto en las adolescentes como en las mujeres añosas mayores de 35 años, estas se presentan indistintamente en el área urbana como rural, pero en nuestro medio por las propias características geográficas y que nuestra población mayormente es rural se dan en el ámbito rural; asimismo el estado civil de las mujeres son mayormente convivientes; el nivel económico es bajo, en cuanto a la educación la mayoría ha alcanzado nivel secundario pero existe un grupo que son analfabetas o que han alcanzado como nivel de instrucción la primaria.

Según el reporte del Plan Anual 2012 del Hospital Regional de Cajamarca, refiere en cuanto a las primeras 15 causas de hospitalización en Gineco Obstetricia que estas alcanzan el 93,2%, siendo todos ellos casos obstétricos, donde el parto único espontáneo sin otra especificación, ocupa el primer lugar con 44,9% de los casos de hospitalización, seguido por parto por cesárea 21,9%; en tercer lugar se tiene a la amenaza de aborto 15,3% y el aborto espontáneo con 2,4% (17).

Según los reportes de la Dirección del Hospital Regional de Cajamarca en el año 2012, se registraron complicaciones maternas en el embarazo, las mismas que al no ser controladas generan las complicaciones materno- perinatal como: amenaza de aborto 15,3%, aborto espontaneo incompleto sin complicación 2,4%, hemorragia 1,4%, pre eclampsia no especificada 1,4%, hiperémesis grávida leve 0,9%, embarazo ectópico no especificado 0,5% (18).

Además, en la región de Cajamarca según el reporte del servicio de neonatología del Hospital Regional de Cajamarca (2013), refiere que los diagnósticos, por género que ocupan los tres primeros lugares en varones son: Inmadurez extrema, 18,4%,

ictericia neonatal no especificada, 14,5%, sepsis bacteriana del recién nacido no especificada con el 8,5%; y en mujeres: ictericia neonatal no especificada, 18,3%, Inmadurez extrema, 16,9%, sepsis bacteriana del recién nacido no especificada y asfixia del nacimiento no especificada con 5,6% respectivamente. Tanto en varones como en mujeres las 15 primeras causas, representan el 57,46% del total de hospitalizados, en el servicio (19).

Asimismo, en el año 2013 según. La Dirección Regional de Salud de Cajamarca las Provincias de Chota y Jaén presentaron el mayor número de muertes maternas en la región (35). Asimismo, en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota, en el 2014 se registraron dentro de las complicaciones maternas durante el embarazo: infección del tracto urinario 27,1%, hemorragias 15%, pre eclampsia 14%, anemia 6%, hiperémesis gravídica 2,6%, entre otras complicaciones: embarazo molar, desnutrición, oligohidramnios y polihidramnios. Y dentro de las complicaciones perinatales más frecuentes se cita a la asfixia neonatal, ictericia neonatal, sepsis y prematuridad (20).

Según el reporte de la oficina de estadística e Informática del Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, las complicaciones puerperales para el año 2015, las más frecuentes fueron: hemorragias, retención placentaria, atonía uterina, infección del tracto urinario. Asimismo, las complicaciones perinatales presentadas fueron: la asfixia neonatal, síndrome de aspiración meconial y sufrimiento fetal (21).

En la Provincia de Chota se observa, en cuanto a las características socio-demográficas que existen algunas particularidades de la zona, referidas en el ASIS (2014) (22), la población es más rural que urbana, en las mujeres el 32,6%, la actividad económica en la zona es la agricultura; las mujeres mayormente son amas de casa y el nivel de instrucción que mayormente alcanzan es el de secundaria; sin embargo existen algunas zonas donde las mujeres todavía tienen primaria y son analfabetas especialmente las mayores de 40 años (22), con una tasa de analfabetismo del 21,8% (19).

Como se puede observar en las referencias citadas la existencia de los factores sociodemográficos intervienen en la presencia de las complicaciones materno-perinatales, aun existiendo algunos avances en la educación; sin embargo, estas brechas todavía no se superan, especialmente en las zonas rurales, unido a ello la pobreza; existen algunos lugares catalogados como pobres lo que les dificulta poder tener acceso fluido y continuo al transporte, a los medios de comunicación y el acceso a los servicios de salud para una atención inmediata ante una emergencia respecto a la salud materna- perinatal, generándose muchas veces la muerte materna por no llegar a tiempo a un lugar de atención.

Por tanto, es importante tener en cuenta la realización de un control pre natal oportuno y eficiente a fin de poder determinar a tiempo los factores de riesgo tanto personales como familiares que puedan conllevar a una complicación durante el embarazo, el parto como el puerperio, realizar la vigilancia de la salud materna a través de las visitas domiciliarias, especialmente en las gestantes identificadas con riesgo obstétrico, además tener en cuenta la edad, las diversas complicaciones se dan en las edades extremas de la vida de la mujer menores de 15 y mayores de 35 años. Asimismo, teniendo en cuenta a la hemorragia post parto y el sufrimiento fetal como una de las complicaciones perinatales frecuentes, es necesario que el personal de salud se encuentre capacitado en la atención de estas emergencias obstétricas y de atención perinatal, a fin de salvaguardar la vida de la madre y del producto; la finalidad es disminuir la morbi-mortalidad materna-perinatal.

A partir de este escenario, se realizó el presente trabajo de investigación, esperando que con los resultados se aporte al conocimiento de la realidad local y que las Autoridades del Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota opten por estrategias que permitan salvaguardar la salud materna perinatal.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Existe relación entre las complicaciones materno- perinatales y las características socio-demográficas en las puérperas inmediatas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015?

1.3.- JUSTIFICACIÓN.

Según la Organización Mundial de la Salud las muertes maternas ocurren de forma súbita e imprevisible entre el 50% y el 71% durante el puerperio (1). En Latinoamérica en el año 2013 las complicaciones más frecuentes fueron las hemorragias post-parto que se dio en el 50% en las 2 horas postparto, 20% entre 2 y 7 días después del parto 5% desde la 2da a 6ta semana postparto (6). Y el Perú no es ajeno a esta problemática presentándose dentro de las complicaciones puerperales las hemorragias en 47% e infección puerperal en el 15% (10).

En el Hospital Regional de Cajamarca las complicaciones perinatales que se presentaron con mayor frecuencia fueron la sepsis y la asfixia al nacimiento no especificada con el 5,6% respectivamente y sufrimiento fetal agudo (19).

En la provincia de Chota, se observa que el problema de la salud materna- perinatal va en aumento, por el cual debe ser abordado no solo por las instituciones de salud; sino que necesita de un trabajo multisectorial con la finalidad de obtener resultados que muestren la realidad en este tema; ya que a partir de allí se realizará un trabajo que ayude a la prevención y promoción de las complicaciones del puerperio inmediato.

Es por ello la importancia de la presente investigación, con el objetivo de describir y analizar las complicaciones maternas perinatales en las puérperas inmediatas y su relación con los factores socio-demográficos, con la finalidad que las autoridades en salud reorienten las actividades y/o acciones en cuanto a la salud materna-perinatal, principalmente educativas que permitan tomar conciencia sobre todas las implicancias inmersas dentro de este tema dirigidas a la gestante y familia.

Con los resultados de la investigación se contribuirá al conocimiento de la realidad local en cuanto a las complicaciones maternas- perinatales y las características socio-demográficas de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas, lo que permitirá a los responsables de la atención directa, así como directivos a proponer programas y proyectos que ayuden a disminuir la magnitud del

problema, ya que en la actualidad se trabaja, pero de una manera más recuperativa. Siendo muy escaso el trabajo en la prevención y promoción de este problema.

Para la Universidad Nacional de Cajamarca, será importante porque al conocer la realidad local que refleja la mundial, nacional y regional permitirá reforzar los conocimientos y las prácticas de atención según lo que se evidencia en los resultados, y no solamente en el área materno- infantil, sino también en todas las áreas de formación académica entendiendo que la atención es integral. Además, los resultados de la presente investigación formaran parte de una base de datos muy importante para futuras investigaciones especialmente en el nivel local.

La relevancia social del presente radica en la intervención eficiente y efectiva por parte de los responsables de brindar atención al binomio madre-niño al conocer la realidad; por tanto sus intervenciones serán más certeras contribuyendo a disminuir la morbimortalidad materna perinatal de la provincia de Chota, esto impulsará a las autoridades del ministerio de salud continuar con las estrategias de capacitación al personal en el manejo de emergencias obstétricas, evitando en todo momento la pérdida de una madre porque detrás de este evento queda una familia desprotegida especialmente los niños y ello contribuye negativamente en el desarrollo social.

1.4.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Describir y analizar la relación entre las complicaciones maternas - perinatales y las características socio-demográficas en las puérperas inmediatas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Caracterizar socio-demográficamente a las puérperas inmediatas, atendidas en el Hospital. José Soto Cadenillas Chota, 2015.
- Identificar las complicaciones maternas en el puerperio inmediato, en las mujeres atendidas en el Hospital. José Soto Cadenillas Chota, 2015.
- Identificar las complicaciones perinatales en los recién nacidos de las mujeres puérperas inmediatas, atendidas en el Hospital. José Soto Cadenillas Chota, 2015

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

López, G; Naula, L. Realizaron un estudio sobre características de las pacientes con puerperio inmediato atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca Ecuador 2013. Con el Objetivo: Determinar las características de las pacientes con complicaciones del puerperio inmediato atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del HVCM Cuenca 2013. Método y Materiales: El universo fueron todas las historias clínicas de las pacientes puérperas atendidas con complicaciones en el puerperio inmediato en un número de 365. Se realizó un estudio descriptivo, con la recolección de datos de las historias clínicas mediante un formulario con datos concernientes a: Datos demográficos, antecedentes ginecoobstétricos. La información fue ingresada al Epi Info. Los resultados se presentaron en tablas simples. Resultados: Las Complicaciones en el Puerperio Inmediato en pacientes Atendidas en el HVCM 2013 son: 58,1% hipotonía uterina, anemia 23,6%, atonía uterina el 8,2%, alumbramiento incompleto el 3,3%. Mortalidad materna 0,5%. El 46,6% de pacientes se encontraron entre los 15 a 23 años de edad. Conclusión: Los autores concluyeron que la hemorragia posparto fue la más frecuente y la edad de mayor frecuencia estuvo entre los 15 a 23 años por ello se deben implementar acciones y estrategias que disminuyan la frecuencia de la morbilidad y mortalidad en esta etapa, por lo que es importante educar a las los adolescentes sobre el embarazo, desde luego el personal de salud debe estar preparado para identificar los factores de riesgo, procedimientos diagnósticos y el tratamiento (23).

Sebadúa, J. Realizó un estudio titulado: Complicaciones en el puerperio inmediato pos parto en el Hospital Regional de Veracruz (2010), con el objetivo de determinar la complicación más frecuente en el puerperio inmediato posparto. Estudio retrospectivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 90 casos, los resultados revelaron que la edad media de las pacientes fue 24,05 años, (45,5%) casos por

hemorragia posparto,(42,2%) con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo 4 (4,4%) casos de anemia previa al parto, (3,3%) casos con ruptura prematura de membranas, finalmente con otras complicaciones (4,5%) casos, en (56, 09%) de pacientes con hemorragia posparto la causa fue laceración del tracto genital, 15 de estas con desgarro perineal 49 pacientes con complicación antes del parto, la tasa de morbilidad posparto fue 26,2%, y la tasa de mortalidad posparto de 26%. Conclusión: La hemorragia posparto es la complicación más frecuente, y la causa de esta son laceraciones del tracto genital. La segunda complicación más frecuente resultó ser la enfermedad hipertensiva del embarazo (24).

Gil, M. Realizó una investigación titulada: factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero-septiembre Lima-Perú del 2015. Objetivo: Determinar los factores asociados a hemorragia post parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero – septiembre del año 2015. Estudio correlacional, la población estuvo constituida por todas las pacientes que tuvieron hemorragia post parto inmediato por atonía uterina que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. La muestra fueron 80 casos. Resultados: Los factores de riesgo estadísticamente significativos para desarrollar hemorragia post parto por atonía uterina el este estudio fueron la edad mayor a 30 años ($p = 0,000$), pacientes multigestas ($p = 0,021$), multiparidad ($p = 0,017$), parto por cesárea ($p = 0,000$), antecedente de cesárea previa ($p = 0,001$) y antecedentes obstétricos relacionados con atonía uterina ($p = 0,01$). Conclusiones: Los principales factores para desarrollar hemorragia post parto por atonía uterina fueron edad mayor a 30 años, pacientes multigestas, multiparidad, parto por cesárea, antecedente de cesárea previa y antecedentes obstétricos relacionados con atonía uterina (25).

Lucana, H; Mayta D. Realizaron una investigación, titulada. Incidencia, características sociodemográficas y obstétrica de Puérperas que presentaron hemorragia posparto inmediata en el Hospital María Auxiliadora- San Juan de Miraflores, 2014, El estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia, las características sociodemográficas y obstétricas de las puérperas que presentaron hemorragia posparto (HPP) inmediata en el Hospital María Auxiliadora - San Juan de Miraflores, 2014. Fue de tipo cuantitativo,

observacional, retrospectivo, transversal y univariado. Un diseño descriptivo. Como población se consideró a todas las pacientes que fueron atendidas por su parto y que tuvieron diagnóstico de HPP en el 2014, 98 puérperas. La técnica de recolección de datos fue la documentación con revisión de historias clínicas mediante una ficha de recolección de datos, como instrumento. Resultados. Tuvieron una edad promedio de 27,32 (\pm 7.59), el 90% de las pacientes vivían en convivencia, la mayoría con instrucción secundaria (75.5%), hasta 68% provenía de los distritos de San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa el Salvador; la mayoría se ocupaba de su casa (62.2%) y el motivo o causa de la HPP en su mayoría fue por desgarro perineal de I o II grado (62.2%), seguido por atonía uterina y desgarro de cuello uterino con 13.3% y 11.2% respectivamente, la mayoría fueron primíparas (65.3%), con parto a término en un 76.5%. y hasta un 36.7% presentó fetos con macrosomía. Conclusiones. Se encontró una incidencia de 1 caso de HPP por cada 100 puérperas (26).

Pérez, MA. Realizó la investigación titulada “Factores asociados a Desgarros Vulvoperineales en Puérperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Enero – Abril 2013”. Con el objetivo de determinar los factores que se asocian a los desgarros Vulvoperineales en puérperas atendidas en el H.R.L, enero-abril, 2013. Estudio cuantitativo correlacional retrospectivo, la población estuvo constituida por 115 puérperas que presentaron diagnóstico de desgarro Vulvoperineales post parto, se caracterizó por ser conviviente 71,3%, de educación primaria completa 37,3% e incompleta 23,4%, de procedencia urbana 54,7% (urbana), de ocupación ama de casa 84,3%. Los factores maternos resaltantes son la edad de 21 a 30 años, anemia leve, la posición horizontal y la condición de primíparas. Como factores de riesgo del parto tenemos parto instrumental, episiotomía y peso 3501 a 4000g del RN. Se concluye que los factores maternos: edad, anemia, posición de la madre y paridad; y los factores del parto, uso de episiotomía media y peso del recién nacido, están relacionados con él desgarro vulvoperineales en puérperas inmediatas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, durante los meses de enero a abril del 2013 (27).

2.2.MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

2.2.1. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.

Dorotea Orem, quien describe y explica el concepto del autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar” (28).

Define además, tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se requieren alcanzar con el autocuidado.

- **Requisitos de autocuidado universal.**

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las

características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas (Orem, 2001,p.225) (28).

- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:**

Hay tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicación en el autocuidado.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano (Orem 1980.p.231).

- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud,** que surgen o están vinculados a los estados de salud (28).

Estos requisitos de autocuidado existen para aquellas personas que están enfermas o que sufren alguna lesión, con formas específicas de estados de trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico.

Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no solo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado, los poderes desarrollados o en desarrollo de aquella persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falta la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados (28).

Principales supuestos

Identifica las cinco premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transfiriendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás (28)

La teoría del autocuidado, se ha tomado en cuenta por tener relación con el presente trabajo de investigación; realmente las complicaciones maternas se pueden dar en cualquier momento del embarazo parto y puerperio; sin embargo mucho tiene que ver como la mujer asume su embarazo desde el primer momento que confirma que está embarazada, en la medida que ella

cuide su salud, esté pendiente de los probables signos y síntomas de alarma, va a prevenir que estas se presenten, y si se dan, porque tal como lo afirma la teoría estas pueden ocurrir en cualquier momento, entonces se estará evitando las complicaciones, mucho más si ella acude a un establecimiento de salud para la atención de su embarazo y del parto, también estará protegiendo la salud de su recién nacido.

2.2.2. BASES TEÓRICAS

1. Puerperio.

Según el Ministerio de Salud. Define al puerperio como el periodo comprendido entre la expulsión completa de la placenta y el final de la sexta semana posparto (42 días). Es el periodo en el que los órganos de la mujer recuperan su estado inicial (29).

Reeder, refiere como puerperio al periodo de 6 semanas que transcurre desde que termina el trabajo de parto, mientras los órganos de la reproducción regresan a su estado normal. Incluye los cambios progresivos de los senos para la lactancia como la involución de los órganos internos de la reproducción. Los cambios que la involución produce son procesos fisiológicos normales (33).

Para la mayoría de los autores el puerperio abarca las seis semanas siguientes al parto. Se le llama también “Cuarto Trimestre” y aunque el tiempo transcurrido no debe abarcar necesariamente tres meses, con esta terminología se demuestra la idea de continuidad que se le quiere dar con las etapas anteriores (embarazo y parto) (30).

El periodo puerperal no ocurre como época aislada y se ve influido de manera importante por los acontecimientos que le preceden, durante el embarazo el organismo de la mujer se ajusta gradualmente a los cambios físicos y psicológicos, pero ahora en el puerperio se ve forzado a reaccionar con mayor

rapidez a los cambios que se están produciendo, y las circunstancias que han rodeado a éste, pueden influir significativamente en la celeridad con que el organismo materno vuelva a la normalidad pregrávida. Por otra parte, pero de forma simultánea, la mujer y cada uno de los miembros de la familia deben adaptarse a los nuevos papeles y responsabilidades que lleva consigo la llegada del recién nacido. Por tanto podemos considerar el puerperio como un período de grande cambios físicos y psicológicos (31).

2. Periodos o clasificación del Puerperio.

Primer periodo o puerperio inmediato: Inicia esta etapa más o menos dos horas después del parto o inmediato al alumbramiento hasta las 24 horas posparto (29).

La madre se va a tornar adinámica, sin fuerza, ve su conciencia como madre y fortalece los lazos de madre-recién nacido a través de la Lactancia Materna inmediata y la comunicación inmediata entre ellos.

Sintomatología: Sensación de alivio y bienestar, Ardor a nivel de vulva, Respiración calmada, amplia, Aparición de Entuertos regular, Escalofríos, Bradicardia, Diastasis de los músculos rectos, Presión arterial normal.

Segundo periodo o puerperio mediato: Esta etapa comprende los dos a los siete o diez días siguientes al parto (29).

En este periodo ocurre la máxima involución genital, mayor derrame loquial, instalación de secreción láctica, intensa poliuria con lactosa más albúmina, disminuye el peso corporal, flujo de loquios, Excreción de agua extracelular. En esta etapa ocurren tres sucesos importantes los cuales son: Involución Uterina: Este proceso tarda aproximadamente 1 mes dentro de los cuales hasta la sexta hora se dice que está alrededor del ombligo y seguidamente ira disminuyendo diariamente de uno a dos centímetros.

Tercer periodo o puerperio Tardío o alejado: Este periodo abarca del día 11 hasta el día 45 del postparto (29).

Comprende involución de genitales, si no hay lactancia: Regreso de la Menstruación. Útero pesa al final 60g o proliferación de endometrio estrogénico post-cicatrización por función ovárica vagina sufre atrofia transitoria (dura más en la que lacta), abarca desde el día 46 hasta aproximadamente hasta el reinicio de la menstruación (31).

3. Cambios anatómicos y Fisiológicos en el puerperio.

a. Uterinos.

El útero se contrae inmediatamente después del parto, para luego elevarse hacia el mesogastrio, a la altura del ombligo o algo por encima. En los siguientes días inicia una involución relativamente rápida. A nivel celular, la hipertrofia e hiperplasia, que habían ocurrido durante el embarazo por estímulo estrogénico y la síntesis mayor de actinmiosina y colágeno, caen por el retiro del estímulo y, más bien se da la mayor actividad de colagenasa, liberación de enzimas proteolíticas y migración de macrófagos al endometrio. A las seis semanas el útero pesa menos de 100g. Sin embargo, el útero no recupera su tamaño pregestacional, por el aumento del tejido conectivo. El área del lecho placentario se reduce a la mitad inmediatamente después del parto, lo que permite la oclusión de los vasos sanguíneos, la hemostasia y, posiblemente, la descamación del endometrio. El endometrio se regenera en alrededor de 3 semanas, salvo en el lecho placentario, en donde la regeneración toma alrededor de 6 semanas (32).

En la primera hora después del parto, el sangrado puede ser moderado y, mientras dicho sangrado no sea abundante y el útero esté contraído, el equipo obstétrico mantendrá una observación muy cautelosa. Los loquios rojos iniciales, contienen sangre, tejido de descamación decidual, leucocitos. Posteriormente se convierten en lochia serosa, más pálida y, para la segunda semana del posparto, en loquios blancos (lochia alba), que se asemeja a la leucorrea, los loquios cesan alrededor de la cuarta semana, aunque persiste un infiltrado leucocitario crónico en el miometrio por alrededor de cuatro meses (32).

El cérvix uterino, también reducirá su apertura gradualmente, después del parto, el cérvix se colapsa y apenas tiene tono; apariencia suave y edematosa, presenta laceraciones pequeñas y múltiples. Puede admitir dos dedos y tiene aproximadamente un centímetro de espesor, a las 24 horas se acorta con rapidez y se hace más firme y grueso. El orificio cervical se cierra de modo gradual hasta quedar de 2 a 3 centímetros a los pocos días y a la semana tiene una dilatación de 1 centímetro. La involución cervical prosigue más allá de las 6 semanas y el edema entorno a la infiltración celular persiste hasta 3 o 4 meses. El orificio externo se muestra en forma de una línea transversal, característica de la mujer que ha tenido algún parto vaginal, salvo que hayan existido laceraciones de importancia, las que dejarán cicatrices irregulares (32).

La vagina, después del parto está lisa, con inflamación y poco tono después del parto. A las 3 semanas, la vascularidad, edema e hipertrofia que se produjeron por el embarazo y el parto se reducen de manera notable. Cuando se examina al microscopio un frotis de células vaginales, se observa que el epitelio tiene apariencia atrófica hasta la tercera o cuarta semana, pero recupera su índice correcto de estrógenos de 6 a 10 semanas después del parto. La porción inferior de la vagina en general tiene laceraciones superficiales múltiples en este periodo; las primíparas pueden presentar pequeños desgarros de la fascia y la musculatura subyacente (33).

b. Apoyo pélvico muscular y de las fascias.

Las estructuras musculares y la fascia de apoyo para el útero y la vagina pueden lesionarse durante el parto. Dicha lesión produce relajación pélvica; debilitamiento y elongación de las estructuras de apoyo del útero, la pared vaginal, el recto, la uretra, los tipos más comunes de relajamiento pélvico incluyen rectocele, enterocele, prolapso uterino, uterocele y cistocele. Estos defectos se deben a la distensión y laceración de la fascia y elongación y rotura de las estructuras de apoyo y tienden a progresar en el transcurso del tiempo (33).

c. Pared abdominal.

La pared abdominal se recupera de modo parcial, del exceso de elongamiento, pero sigue estando suave y sin tono durante cierto tiempo, la piel recupera su

elasticidad con el transcurso del tiempo; aunque las estrías persisten a causa de la rotura de las fibras elásticas de la piel. El proceso de involución de las estructuras abdominales requiere por lo menos seis semanas; las paredes abdominales recuperan su tono muscular y de manera gradual regresan al estado original, al tono que tenían antes del embarazo, además depende del ejercicio y del tejido adiposo; sin embargo cuando estos músculos se distienden en exceso o pierden su tono, se produce una notable separación o diastasis de los músculos rectos, de manera que estos no dan el apoyo necesario a los órganos del abdomen (33).

d. Urológicas.

En el puerperio inmediato, puede haber hematuria discreta, dificultad para miccionar o incontinencia, debido al edema y la fragilidad capilar mucosa. La mejoría ocurre en pocas horas. Si no hay micción espontánea, será necesario realizar cateterismo vesical. Se puede encontrar proteinuria en el primer o segundo día después del parto y elevación de la urea en la primera semana. La glicosuria y el aclaramiento de la creatinina regresan a lo normal en una semana. La dilatación del aparato urinario, por efecto hormonal, disminuirá gradualmente, pero puede persistir por 3 meses (32).

e. Hematológicas.

El volumen sanguíneo, que aumentó a 5 o 6 L durante el embarazo, disminuye a 4L a la tercera semana del puerperio, en el parto vaginal normal se pierde alrededor de 500ml de sangre y en la cesárea y en el parto de gemelos 1000 a 1500 ml, para lo cual el organismo materno, se ha preparado adecuadamente. Además, la obliteración de la circulación útero placentaria reduce el espacio vascular materno alrededor de 15%. Mientras que el hematocrito se recupera en la primera semana de un posparto eutócico, después de una cesárea el hematocrito puede estar bajo por varios días. Si bien, inicialmente se pierde hierro este se recupera rápidamente, por lo que no es indispensable su reposición exógena (32).

f. Hemodinámicas respiratorias.

El gasto cardiaco aumenta en el parto y llega a estar 80% encima del valor preparto inmediatamente después del nacimiento. El volumen minuto y la presión venosa

central también aumenta por las modificaciones del volumen sanguíneo y el hematocrito.

Mientras tanto, los cambios en contenido abdominal y capacidad torácica se acompañan de aumento del volumen residual pulmonar y disminución de las capacidades vitales, inspiratoria y máxima. Por tanto, hay respuesta deficiente al ejercicio. Se observa hipocadnia, aumento del lactato y disminución del pH. Aumenta el exceso de bases y el bicarbonato, lo que se normaliza a las 3 semanas. La saturación de oxígeno aumenta a 95% el primer día, lo que parece depender del segundo período del trabajo de parto (32).

g. En la coagulación.

Con el parto, hay cambios importantes en los sistemas de coagulación y fibrinólisis. Así los factores de coagulación, que han estado incrementados al final de la gestación como preparación para el consumo en el momento del parto, disminuyen en el parto y posparto inmediato. El número de plaquetas disminuye, aunque vuelven a aumentar en los días siguientes, situación similar ocurre con el fibrinógeno, el factor VIII y el plasminógeno. Este aumento de actividad fibronolítica y el conjunto de varios factores de la coagulación inmediatamente después del parto parece estar asociado al depósito de fibrina en el lecho placentario (32).

h. Hormonales.

Los índices de estrógeno y progesterona en circulación se reducen con rapidez después del parto, ya que la placenta deja de estar presente para producir estas hormonas. Se reactiva el ciclo normal hipotálamo-pituitario-ovárico de la mujer. Los promedios de hormona folículo estimulante (FSH) son bajas de 10 a 12 días después del parto y después aumentan para alcanzar las concentraciones de la fase folicular en la tercera semana. El estrógeno alcanza los índices de la fase folicular en una a tres semanas en mujeres que no alimentan con seno, pero toma más tiempo en aquellas que si lo hacen.

La primera ovulación en mujeres que no alimentan al seno ocurre en promedio a las 10.2 semanas. Entre las mujeres que alimentan al seno por lo menos durante 3

meses, la primera ovulación se produce en promedio a las 17 semanas y en las mujeres que alimentan al seno durante 6 meses. La ovulación se produce a las 28 semanas. Las mujeres que no alimentan al seno pueden ovular de los primeros 27 días después del parto (33).

i. Sistema digestivo.

La motilidad y tono del sistema digestivo regresan a la normalidad dos semanas después del parto. La mayor parte de las mujeres tiene mucha sed, los dos o tres primeros días, tal vez porque los líquidos se restringen durante el trabajo de parto y por el desplazamiento de líquidos hacia los espacios intersticiales y la circulación, lo que se asocia a la diuresis (33).

j. Defecación.

El estreñimiento es común durante el puerperio. Esto se debe a la relajación intestinal en el embarazo (íleo adinámico) y a la distensión de los músculos abdominales. La restricción de alimentos y líquidos durante el trabajo de parto. La evacuación puede retrasarse de dos a tres días después del parto. El dolor por hemorroides, episiotomía o laceraciones del perineo también contribuyen a que no se produzca la defecación (33).

k. Pérdida de peso.

Después del parto se produce una pérdida de peso de más o menos 5.45 Kg, que incluye el peso del feto, placenta, líquido amniótico y sangre. Se pierden otros 4.5 Kg, por la involución uterina, loquios, sudoración y diuresis durante la primera semana del puerperio. La pérdida total del peso de la madre por el parto y procesos del puerperio es de un aproximado de 10Kg.

Sistema neuromuscular.

Después del parto, hay una inversión de las adaptaciones neurológicas por el embarazo. La incomodidad resultante de la compresión nerviosa desaparece a medida que se alivia la presión mecánica que produce el útero de gran tamaño y la presión a causa de la retención de líquidos. La sensación de adormecimiento en

los muslos por la compresión de los nervios contra la pared pélvica o por debajo de ligamento inguinal durante el embarazo mejora en esta etapa. Los calambres de las piernas mejoran después del parto. Los efectos endocrinos en los cartílagos fibrosos durante el embarazo se invierten de manera gradual durante el puerperio; sin embargo los cambios de postura por el aumento del tamaño de los senos durante la lactancia y el debilitamiento de los músculos de la pared abdominal contribuyen a la mala postura posparto (33).

l. Sistema tegumentario

El aumento de actividad de la melanina durante el embarazo que produce hiperpigmentación de pezones, areolas y línea alba disminuyen de manera gradual después del parto, aunque la coloración oscura en estas áreas se aclara un poco, es probable que no recuperen el tono que tenían antes del embarazo.

m. El aparato cardiovascular.

La mayor parte de los cambios cardiovasculares significativos que produce el embarazo desaparecen al terminar la segunda semana del puerperio. A los pocos días después del parto la presión arterial, la frecuencia cardiaca, el consumo de oxígeno y los líquidos totales del organismo regresan a sus promedios anteriores.

El volumen sanguíneo, los cambios del volumen sanguíneo se relacionan con pérdida de sangre para un parto vaginal normal y es de 400 a 500ml. Los cambios fisiológicos del posparto median la respuesta a la pérdida de sangre y ejercen un efecto protector. La pérdida de las funciones endocrinas de la placenta reduce la vaso dilatación y el líquido extracelular se excreta por los riñones, los cambios del volumen sanguíneo en el postparto se llevan a cabo con rapidez. Hay un aumento transitorio de 15 a 30% en el volumen sanguíneo circulatorio de 12 a 48 horas después del parto. Esto produce un efecto de hemodilución con reducción del hematocrito y aumento del gasto cardiaco.

La presión arterial experimenta pocos cambios en condiciones normales. Puede producirse hipotensión ortostática en las primeras 48 horas después del parto por

congestión esplácnica. Después del parto, con frecuencia se producen bradicardia fisiológica transitoria que dura de 24 a 48 horas, y la frecuencia del pulso es de 40 a 50 latidos por minuto, esto se debe a cambios hemodinámicos que incluyen aumento de latido y del gasto cardiaco y una respuesta vagal al aumento de la actividad nerviosa del sistema simpático durante el trabajo de parto. La bradicardia leve de 50 a 70 latidos por minuto, puede continuar por una semana, la frecuencia del pulso regresa a la cifra que tenía antes del embarazo al transcurrir unos tres meses después del parto (33).

n. Los senos.

Durante el embarazo, se producen cambios progresivos en los senos para prepararlos para la lactancia; los lóbulos de los mismos se desarrollan por estimulación del estrógeno y la progesterona que produce la placenta y los conductos galactóforos se ramifican más se elongan. La prolactina, que se libera en la pituitaria anterior; el cortisol, que procede de las glándulas suprarrenales maternas; el lactógeno placentario humano y la insulina, aparecen en cantidades mayor durante la gestación, también contribuyen a los cambios de los senos. La prolactina tiene un papel central en la iniciación de la lactancia, pero su actividad se inhibe durante el embarazo, como resultado de las altas concentraciones de estrógeno y progesterona (33).

4. Complicaciones maternas en el puerperio inmediato.

Las complicaciones puerperales inmediatas son un problema social económico y de salud pública de mayor magnitud, sobre todo en países que se encuentran en vías de desarrollo donde las tasas de fecundidad son muy altas. Se considera complicaciones puerperales inmediatas del parto eutócico a toda alteración patológica que se presente después de la expulsión de la placenta hasta las primeras 24 horas del puerperio. Entre estas tenemos:

a.- Hemorragias.

Se define como hemorragia posparto a aquella que se refiere a cualquier pérdida que no puede ser compensada fisiológicamente y que ocasiona daño tisular; por lo general, esto ocurre con pérdidas mayores a 1000mL. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos la define como un descenso del hematocrito mayor al 10% luego del parto, comparado con el valor que se tenía antes del parto. Algunos clasifican la hemorragia posparto como temprana si es que ocurre en las primeras 24 horas o tardía si es que ocurre posterior a la “temprana” y antes de las seis semanas posparto, que es cuando concluye la etapa del puerperio (32).

“Las principales causas de hemorragia post-parto son las Atonías Uterinas, la retención de la placenta, fragmentos placentarios, inversión uterina y los desgarros del canal del parto: cuello, vagina o periné. Por lo general la pérdida sanguínea es más cuantiosa en las multíparas que en las primigestas. La cantidad de sangre que puede perder una paciente de parto eutócico sin alterar su equilibrio hemodinámico es variable; depende de la cantidad y velocidad de sangre extravasada, el nivel de hemoglobina y el estado de hidratación previo al parto. El riesgo de shock hipovolémico predomina sobre todo en las mujeres con anemia ferropénica que no fue corregida durante su embarazo” (2).

b.- Atonía uterina

Ocurre en alrededor del 90 por ciento de los casos, cuando hubo trabajo de parto prolongado, sobre distensión uterina (feto grande, polihidramnios, gemelar), distocia, manipulación excesiva del útero- incluyendo la manipulación intrauterina, inducción del parto, gran multiparidad, inducción del parto, infección uterina. El miometrio no se contrae convenientemente, de manera que no controla el sangrado de los vasos sanguíneos que quedaron expuestos luego de la salida de la placenta. Cuando la vejiga está llena, puede haber mayor sangrado de lo normal, el que es corregido haciendo miccionar a la paciente o realizando cateterismo (32).

c.- Coagulación intravascular diseminada.

“El organismo materno sufre cambios de la sangre y coagulación para adaptarse a las necesidades gestacionales y a la inevitable pérdida sanguínea durante parto y puerperio. En raras ocasiones debido a procesos patológicos subyacentes se desencadena la coagulación intravascular diseminada. En estos casos se altera el equilibrio fisiológico de la hemostasia en estos casos hacia situaciones de hipercoagulabilidad, con mayor riesgo de accidentes tromboembólicos, como hacia la incoagulabilidad, con mayor riesgo de hemorragia severa, o ambas. Clínicamente se manifiesta con hemorragia profusa y falla orgánica múltiple, constituyendo una de las causas importantes de muerte materna” (2).

d.- Inversión uterina.

Ocurre en 1 de cada 6 000 partos, después de tracción exagerada del cordón y la placenta o de presión fúndica exagerada; se acompaña de choque y hemorragia. Es clasificada en grados I, II y III, de acuerdo a si la inversión es solo del fondo uterino o si todo el cuerpo emerge por la vagina o si todo el útero emerge por la vulva. Se debe tratar de corregir la inversión en forma manual inmediatamente, bajo anestesia relajante o realizar la reposición quirúrgica o aún la histerectomía (32).

e.- Desgarros obstétricos.

“Es la segunda causa de hemorragia post – parto, exclusivo en partos traumáticos en el cual lesionan el canal blando del parto; el sangrado suele ser constantemente, comienza luego de la expulsión del feto y antes del alumbramiento de la placenta” (2).

Los desgarros perineales pueden clasificarse en cuatro grados, 1er grado comprende lesión del periné, 2º grado, corresponde la lesión de músculos del periné sin afectar esfínter anal, el 3er grado que corresponde a la lesión del esfínter anal y se sub divide 3^a, en lesión del esfínter externo <50%, 3b, lesión del esfínter anal externo > 50%, 3c lesión de esfínter externo e interno y el 4to grado referido a la lesión del esfínter anal y la mucosa rectal (33).

f.- Retención de la placenta.

Cuando el alumbramiento con proceso activo, demora más de 30 minutos, hay que pensar en una retención placentaria. En algunas ocasiones puede ocurrir que la placenta se desprenda, pero no pueda expulsarse por trastornos dinámicos uterinos. Se producen así por hiperdinamia anillos de constricción por encima del segmento inferior que determinan la retención sobre ellos de: toda la placenta desprendida incarceration, o parte de ella engatillamiento (33).

g.- Retención de restos placentarios.

“La retención de tejidos placentarios y de membranas ovulares, después de la retención de la placenta es la causa del 5 al 10 % de las hemorragias post – parto se manifiesta por una hemorragia no muy abundante pero persistente, que procede de la cavidad uterina con útero contraído o no responde a la administración de oxitócicos” (2).

La retención de placenta o fragmentos ocurre especialmente en el parto prematuro o el aborto del segundo trimestre. La ecografía es de ayuda. Realizar legrado uterino romo, teniendo mucho cuidado en evitar la perforación, en la retención de productos de la concepción, casos no frecuentes, se debe de proceder a realizar un legrado uterino quirúrgico o emplear la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU) (32).

h.- Infección puerperal localizada.

“Se denomina infección puerperal a los estados mórbidos originados por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del parto, la rotura prematura de membranas, el trabajo de parto prolongado, las hemorragias profusas y la deshidratación son causas predisponentes a la infección” (2).

i.- Vaginitis puerperal.

“Es excepcional y se asemeja a vulvitis puerperal en sus caracteres clínicos. La sutura de las heridas vaginales es la principal causa aunque se debe mencionar el

olvido en que incurre, a veces el tapón de gases que se coloca en la vagina para facilitar la sutura” (2).

j.- Endometritis puerperal.

“Es la causa más común de reacciones térmicas y dolorosas del puerperio; puede asentarse en el lugar de inserción de la placenta o extenderse hacia la cavidad uterina. La sintomatología generalmente empieza con escalofríos acompañados de temperatura que oscila entre 39° y 40°C y taquicardia. El útero se encuentra involucionado, blando y doloroso, los loquios suelen ser achocolatados y fétidos” (2).

k.- Hematomas paragenitales.

“Los derrames sanguíneos que se producen en el espesor del tejido conectivo, que según su localización pueden ser paracervical, perivaginal o perivulvar. También pueden aparecer después de lesión de un vaso sanguíneo sin desgarros de los tejidos superficiales. Estos pueden ocurrir en partos espontáneos u operatorios; la primípara, la episiotomía y el parto traumático son los factores de riesgo con mayor frecuencia. También favorecen la gran vascularización de todo el aparato genital y el estancamiento venoso por la dificultad en la circulación del retorno” (2).

5. Complicaciones perinatales.

a. Asfixia Neonatal.

Significa etimológicamente falta de respiración o falta de aire. Clínicamente es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica. La asfixia va a menudo acompañada de isquemia, la cual agrava a su vez la hipoxia tisular, y de acumulación de productos del catabolismo celular. Hablamos de asfixia perinatal porque ésta puede ocurrir antes del nacimiento, durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, como también después del nacimiento (34).

b. Síndrome de aspiración Meconial.

Normalmente el meconio es la primera excreción intestinal del recién nacido y está compuesto por células epiteliales, pelo fetal, moco y bilis. Sin embargo, el estrés intrauterino puede causar la evacuación in útero de meconio hacia el líquido amniótico. Después de su evacuación el líquido amniótico teñido por el meconio puede ser aspirado por el feto in útero o por el recién nacido durante el trabajo de parto y el parto. La aspiración del meconio puede causar la obstrucción de la vía aérea y una reacción inflamatoria intensa, lo que determinará una dificultad respiratoria severa. La presencia de meconio en el líquido amniótico es un signo que advierte sufrimiento fetal y que exige una supervisión cuidadosa del trabajo de parto con una adecuada evaluación de la salud fetal (35).

c. Sufrimiento fetal agudo (SFA)

Estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve. En general, el sufrimiento fetal agudo, es causado por un déficit de oxígeno secundario principalmente a insuficiencia en la circulación útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como la sepsis o las hemorragias (35).

d. Sepsis neonatal.

Es un síndrome clínico caracterizado por enfermedad sistémica acompañada de bacteriemia que ocurre en el primer mes de vida. La bacteriemia, está dado por la presencia de bacteria viable en circulación sanguínea confirmada por cultivo. La sepsis probable, es un síndrome caracterizado por enfermedad sistémica y presencia de factores de riesgo con o sin laboratorio sospechoso, pero con hemocultivo negativo. La sepsis temprana de presentación antes de las 72 horas y la sepsis tardía es aquella de presentación luego de las 72 horas. Su incidencia es 8/1000 nacidos vivos en países desarrollados mortalidad del 15 a 20% (36).

e. Síndrome de distrés respiratorio. Es eminentemente clínico, se afirma con la radiografía de tórax y se complementa con la gasometría arterial.

Los datos clínicos son: apnea prolongada con cianosis, bradicardia, cianosis que no disminuye con el oxígeno, disminución o ausencia de ruidos respiratorios, disminución o ausencia de movimientos respiratorios, frecuencia respiratoria aumentada, retracciones severas, aleteo nasal, quejido, sibilancias, espiración prolongada o ambas. Presenta datos clínicos inespecíficos por afección de otros aparatos o sistemas: palidez, disminución de la perfusión periférica, inquietud, angustia, taquicardia con o sin arritmia, hipotensión arterial, insuficiencia cardíaca, disminución del nivel de conciencia e hipotonía (36).

f. Macrosomía Fetal.

Feto que pesa al nacer más de 4.000 gr, o que tiene un peso fetal estimado por ecografía de más de 4.500 gr (35).

6. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS.

A.- Características Demográficas:

1.-EDAD.

La edad definida, como el tiempo que ha vivido una persona desde que nació (37).

A medida que la mujer avanza de edad mayor es el riesgo para presentar una complicación durante el parto, los límites tomados en cuenta como factor de riesgo, están en menores de 18 años y mayores de 35 años (38).

2.- PROCEDENCIA.

La procedencia, definida como el lugar de residencia habitual donde vive la persona sea esta zona urbana o rural (39).

El lugar de residencia de la madre es importante en cuanto signifique la atención de una emergencia; pues mayor riesgo de morir tienen las mujeres con residencia en el ámbito rural por la inaccesibilidad, dentro de ellos los medios de comunicación, muchos lugares en nuestra realidad no cuentan con carretera lo que dificulta el traslado oportuno, como

es sabido en caso de una hemorragia los minutos cuentan y muchas de las muertes por esta causa han podido ser salvadas si se hubiese actuado en forma oportuna e inmediata.

B.- Características Sociales:

1.- ESTADO CIVIL.

El estado civil es la situación jurídica concreta que tiene la persona con respecto a la familia el Estado o nación a la que pertenece (40).

Según los reportes estadísticos de ENDES 2014, indican que el estado conyugal de convivencia va en aumento, y si se analiza como factor de riesgo las referencias, en cuanto a mortalidad materna tenemos que esta se presenta indistintamente en las casadas, convivientes y solteras; pero que la mayor frecuencia últimamente se ha presentado en las solteras, probablemente al encontrarse solas no cuentan con el apoyo de la pareja o familiares en el momento de la emergencia, aumentándose el riesgo (41).

2.- GRADO DE INSTRUCCIÓN.

Nivel de estudios más elevado que haya alcanzado una persona (42).

La formación básica formal según Álvarez, et al (2009), es un factor básico asociado a la mortalidad materna, pues indica que a mayor nivel de instrucción de la madre los riesgos de enfermar y morir disminuyen no solo de ella sino de su familia, interiorizan aspectos fundamentales de autocuidado tanto en conocimiento como en prácticas, pues la mujer analfabeta no tiene conocimientos necesarios para tener prácticas saludables por sí misma (37).

3.- OCUPACIÓN.

Labor que desempeña la persona dentro o fuera de hogar (42).

Las complicaciones materno-perinatal se asocian a la pobreza, los cambios económicos, sociales y culturales condicionan a la mujer que tenga que trabajar también fuera del hogar, generándose una sobrecarga de actividad puesto que las obligaciones que demanda el hogar no pueden descuidarse, el cuidado de los hijos, lo cual va a influir en la propia salud de la mujer aumentando los riesgos a su embarazo.

2.3. HIPÓTESIS.

H_i Existe relación estadística significativa entre las complicaciones maternas – perinatales con las características socio-demográficas en las puérperas inmediatas. Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas Chota, 2015.

H_o No existe relación estadística significativa entre las complicaciones maternas – perinatales con las características socio-demográficas en las puérperas inmediatas. Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas Chota, 2015.

2.4.- VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE.

Complicaciones maternas - perinatales en el puerperio inmediato.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Características socio- demográficas de las puérperas inmediatas.

2.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable Independiente: CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS

A.-CARACTERÍSTICAS SOCIALES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
Grado de instrucción	El nivel educativo máximo alcanzado (42)	<ol style="list-style-type: none">1. Analfabeta2. Primaria incompleta3. Primaria completa4. Secundaria completa.5. Secundaria Incompleta6. Superior universitaria.7. Superior no universitaria.	Ordinal
Ocupación	Labor que desempeña la persona ya sea dentro o fuera del hogar (42)	<ol style="list-style-type: none">1. Comerciante2. Ama de casa3. Estudiante	Cualitativa Nominal

B.-CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
Estado Civil	Situación jurídica concreta que tiene la persona con respecto a la familia, el Estado o Nación a la que pertenece (40)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. conviviente 	Cualitativa Nominal
Edad	Periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento y se expresa en años cumplidos (38)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor de 16 años 2. De 17 a 35 años 3. Mayor de 36 años 	Razón
Procedencia	Lugar habitual donde vive la persona sea esta urbana o rural (39)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urbana 2. Rural 	Cualitativa Nominal

Variable Dependiente:COMPLICACIONES MATERNAS-PERINATALES

A.-COMPLICACIONES MATERNAS:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
1. Hemorragias	Se considera hemorragia posparto cuando esta pérdida sanguínea es mayor de 500mL en las primeras 24 horas (2) FLOR	1. No 2. Sí	Cualitativa Nominal
1. Atonía Uterina	Cuando el miometrio no se contrae convenientemente, de manera que no controla el sangrado de los vasos sanguíneos que quedaron expuestos luego de la salida de la placenta (39)	1. No 2. Sí	Cualitativa Nominal
2. Retención placentaria	Es la retención de la placenta y/o restos placentarios en la cavidad uterina (2)	1. No 2. Sí	Cualitativa Nominal
3. Infección puerperal	Estado mórbido originado por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del parto, la rotura prematura de membranas (2)	1. No 2. Sí	Cualitativa Nominal
4. Vaginitis puerperal	Se asemeja a la vulvitis puerperal, la sutura de las heridas vaginales es la principal causa (2)	1. No 2. Sí	Cualitativa Nominal
5. Desgarros	El desgarro o desgarre, como también se le conoce o se refiere a la rotura de un tejido (33) reeder	1. No 2. Sí	Cualitativa Nominal
6. Ninguna			

B.-COMPLICACIONES PERINATALES:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
1. Asfixia neonatal	Falta de respiración de aire, síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones (34)	1. No 2. Sí	Cualitativa Nominal
2. Síndrome de distrés respiratorio	Generado por la aspiración de meconio que puede causar la obstrucción de la vías aerea y una reacción inflamatoria intensa (35)	1. No 2. Sí	Cualitativa Nominal
3. Sepsis neonatal	Es una infección de la sangre que ocurre en un bebé de menos de 90 días de edad. La sepsis de aparición temprana se ve en la primera semana de vida, mientras que la sepsis de aparición tardía ocurre después de los 8 días y antes de los tres meses de edad (34)	1. No 2. Sí	Cualitativa Nominal
4. Aspiración de líquido meconial	El síndrome de aspiración meconial puede ocurrir antes del parto o durante este, cuando el recién nacido aspira una mezcla El meconio inhalado puede obstruir parcial o completamente las vías respiratorias del bebé (34)	1. No 2. Sí	Cualitativa Nominal

5. Sufrimiento fetal	Estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto , causado por un déficit de oxígeno (35)	1. No 2. Sí	Cualitativa Nominal
6. Macrosomía fetal	Feto de gran tamaño y pesa más de 4,000 gr (35)	1. No 2. Sí	Cualitativa Nominal
7. Ninguna			

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1 . Tipo y Diseño de Estudio

El presente trabajo de investigación es de diseño no experimental, descriptivo, retrospectivo y correlacional. Cuantitativa: Porque usa la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Descriptiva, porque busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (43).

Retrospectiva: El investigador observa la manifestación de algún fenómeno (variable dependiente) e intenta identificar retrospectivamente sus antecedentes o causas (variable independiente) (44).

Se recolectó la información de las historias clínicas las cuales han sido llenadas por el personal de salud en fechas anteriores, durante el periodo de enero a diciembre del 2015. Transversal, la información se recolectó en un solo momento.

Correlacional, que tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular. Se determinó el grado de relación entre la variable dependiente con la independiente. Se empleó la prueba de chi cuadrado (43).

La presente investigación, ha permitido describir y analizar la relación entre las complicaciones maternas- perinatales en puérperas inmediatas y las característica socio-demográficas, atendidas en el Hospital. José Soto Cadenillas, Chota, en el periodo de enero a diciembre del 2015. También permitió recoger información de manera independiente sobre las variables en uso.

3.2 Área de Estudio.

La investigación se ejecutó, en el Hospital José Soto Cadenillas, que se ubica en la Ciudad de Chota. Distrito del mismo nombre. Provincia de Chota, departamento de Cajamarca, en la parte septentrional del Perú, se encuentra a 2,388 msnm, por el norte limita con la Provincia de Cutervo, por el sur con la provincia de Celendín, Hualgayoc y Santa Cruz, con el este, con la provincia de Luya (Amazonas) y por el oeste con la provincia de Ferreñafe, Chiclayo (Lambayeque).

La información se recopiló en el Servicio de Gineco-obstetricia, teniendo en cuenta el registro de atenciones de parto en los meses de enero a diciembre del 2015, en este servicio se brindan cuidados a pacientes que asisten a sus controles prenatales, mujeres que acuden a ser atendidas en su parto sea este normal o patológico, intervenidas quirúrgicamente (cesárea), pacientes con afecciones ginecológicas, gestantes con complicaciones. Asimismo, como tiene capacidad resolutive se atienden referencias del establecimiento de salud que corresponden a las provincias de Hualgayoc, Santa Cruz y los del ámbito de la provincia de Chota.

3.3 Población y Muestra.

3.3.1. Población. La población estuvo conformada por el total de historias clínicas de las puérperas atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia, de enero a diciembre del 2015, que fueron un total de 770 que corresponde al registro de atenciones de enero a diciembre del 2015.

3.3.2. Muestra. La muestra fue probabilística, conformada por las historias clínicas de las mujeres que se atendieron su parto en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, durante el período de enero a diciembre del 2015. Correspondiente a las edades menores de 16 años, de 17 a 36 años y de 36 a más, Constituyendo un total de 256 puérperas.

La información se recopiló en el mes de octubre del 2016. La muestra fue seleccionada con el método probabilístico, que se caracteriza porque todas las unidades de observación tienen la misma probabilidad de formar parte de la

muestra, en el presente estudio el tipo de muestreo fue el aleatorio simple la selección se hizo sin reemplazo, cada vez que se sacó un número de historia se anotó este número y no se volvió a tomar en cuenta, este procedimiento se lo realizó teniendo en cuenta el registro de atenciones del servicio de Gineco-obstetricia, a las mismas que se le asignó un número y se lo puso en un sobre y conforme se sacaban los números eran tomados en cuenta las historias clínicas correspondientes, se tuvo en cuenta los criterios de inclusión.

Tamaño de la muestra.

El tamaño mínimo de muestra se calcula para estimar la proporción de las puérperas con complicaciones, con una confiabilidad del 95% y un error máximo tolerable de 5 %.

Para obtener la muestra se utilizó la siguiente formula:

$$\text{Muestra (n)} = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Calculando = muestra

En donde:

N = 770 (Historias clínicas de las puérperas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas 2015)

Z = 1.96 (Coeficiente de 95 % de confiabilidad valor Z curva normal).

P = 0.50 (probabilidad de puérperas con complicaciones)

Q = 0.50 (probabilidad de puérperas sin complicaciones).

E = 0.05 error máximo tolerable en la estimación de “p” (precisión).

n = tamaño de la muestra.

Muestra: 256 Historias clínicas.

3.4. Unidad de análisis.

La unidad de análisis fue cada una de las historias clínicas de las puérperas que fueron atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia de enero a diciembre del 2015, en el Hospital José Soto Cadenillas.

3.5. Unidad de observación.

La unidad de observación la conforma todas las historias clínicas de las puérperas que fueron atendidas en el servicio de Gineco - Obstetricia de enero a diciembre del 2015, en el Hospital José Soto Cadenillas.

3.6. Criterios de inclusión.

- Historias clínicas de mujeres las puérperas que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, durante el período de enero a diciembre del 2015.
- Mujeres puérperas en las edades menores de 16 años a 35 años a más.
- Historias clínicas de puérperas con parto normal.
- Historias clínicas de puérperas cuya procedencia fue de la zona urbana o rural.
- Historias clínicas de puérperas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, durante el período de enero a diciembre del 2015 con información completa.

3.7. Criterios de exclusión.

- Historias clínicas de puérperas atendidas con información incompleta.
- Historias clínicas de puerperas con parto complicado que tuvieron cesarea.

3.8. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

En el presente trabajo se utilizó como técnica la revisión de las historias clínicas de las puérperas inmediatas, documento legal donde se registra la información personal de cada una de las puérperas atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia. Recopilando la información lo más fidedigna.

En cuanto al instrumento se elaboró una Ficha para la recolección de la información, teniendo en cuenta el instrumento elaborado por Aguirre (2012-2013) (2) y Hurtado (2013) (45), quienes realizaron trabajos a fines a la presente investigación.

La ficha consta de tres partes:

La primera y segunda parte, según la propuesta de Aguirre- 2013, donde están consideradas las características sociodemográficas de las púerperas se tuvo en cuenta: Edad, Procedencia, Grado de Instrucción, Estado civil y ocupación; la segunda parte comprende las complicaciones maternas en el puerperio inmediato: Hemorragias, atonía uterina, coagulación intravascular diseminada, inversión uterina, retención placentaria, infección puerperal, septicemia puerperal, vaginitis puerperal, hemangiomas paragenitales, infección del tracto urinario, entre otras que no estén consideradas en este registro, y la tercera parte según propuesta de Hurtado- 2013, se refiere a las complicaciones perinatales: Asfixia neonatal, aspiración de líquido meconial, sufrimiento fetal, Macrosomía fetal, entre otras.

3.9. Procedimiento para la recolección de información.

Se solicitó la autorización del Director del Hospital José Soto Cadenillas - Chota para realizar la revisión de las Historias Clínicas de las mujeres púerperas atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia durante los meses de enero a diciembre del 2015, la misma que se registró en la ficha de recolección de la información según las variables previstas. Asimismo, se coordinó con el jefe del servicio de Gineco Obstetricia y de la oficina de estadística e informática para que brinden las facilidades para el recojo de la información.

3.10. Procesamiento y Análisis de Datos.

Procesamiento: La información se recolectó manualmente, luego se procesó utilizando el software SPSS versión: 23 para Windows, Para establecer la relación entre las variables se empleó la prueba estadística chi cuadrado, los resultados organizados se presentaron en tablas simples, y de doble entrada.

Para el análisis de datos, se describieron los resultados, contrastando los resultados con antecedentes y teorías y discutiendo sus coincidencias o diferencias, todo orientado a determinar los objetivos planteados.

Se tuvo en cuenta las conclusiones compatibles con los objetivos formulados; además se contrastó la hipótesis planteada, sobre la base de estadísticas inferenciales, tales como la prueba de Chi-Cuadrado, se determinó; si existe relación significativa entre las complicaciones maternas- perinatales y las características sociodemográficas en las puérperas inmediatas. Se realizó un análisis entre los factores que resultaron estar relacionados significativamente siendo el valor de ($p > 0.05$).

3.11. Consideraciones Éticas.

Rigor Ético.

Principio de no maleficencia: Se refiere a la obligación de no producir daño Intencionadamente (46).

En la investigación se tuvo en cuenta los beneficios, puesto que no habrá riesgo de hacer daño a la persona, ya que solo se buscará obtener información. Por tanto, no se causará daño ni lesión alguna.

Principio de justicia: Reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios.

En la investigación la población estuvo conformada por todas las historias clínicas de las puérperas atendidas en el periodo de enero a diciembre del 2015 (46).

Rigor Científico.

Credibilidad: Se refiere al valor de la verdad (46).

Se consideró este principio durante todo el proceso de la investigación para la confiabilidad de la información que se obtuvo durante la revisión de las historias clínicas, y la información es tal cual estuvo registrada en la misma.

Confidencialidad: Es un derecho del sujeto de investigación que todos los datos recolectados sean tratados con discreción y secreto. Se debe guardar con discreción el nombre de las personas y de las Instituciones donde se realiza la investigación salvo en aquellos casos que se tenga su consentimiento para divulgarlos (46).

En la presente investigación si bien es cierto la información se obtuvo de las historias clínicas, se contó con la autorización del Director de la Institución y el permiso del jefe de servicio. Por tanto, este se cumple pues no se divulgan los nombres de las pacientes, sólo fueron utilizados para la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

Tabla 1. Características Sociodemográficas de las puérperas inmediatas. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.

Características Sociodemográficas	Nº	%
Edad.		
menor de 16 años	5	1,9
17 a 35 años	205	80,1
mayor de 36 años	46	18,0
Procedencia.		
Urbana	52	20,3
Rural	204	79,7
Grado de Instrucción.		
Analfabeta	5	2,0
Primaria Completa	32	12,5
Primaria Incompleta	41	16,0
Secundaria Incompleta	93	36,3
Secundaria Completa	54	21,1
Superior Universitaria	2	0,8
Superior no Universitaria	29	11,3
Estado Civil.		
Soltera	26	10,2
Casada	66	25,8
Divorciada	1	0,4
Conviviente	163	63,7
Ocupación.		
Comerciante	8	3,2
Ama de casa	240	93,8
Estudiante	8	3,1
TOTAL	256	100,00

En la tabla 1, se observan las características sociodemográficas de las puérperas inmediatas atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota: *En cuanto a la edad* el 80,1 % de las puérperas tienen edades comprendidas entre 17 a 35 años, el 18,0 % es mayor de 36 años y solamente el 1,9 % menor de 16 años.

Estos resultados guardan cierta similitud con el estudio realizado por Chávez, A (47), donde el rango de edad de las pacientes estudiadas la mayoría oscilaba entre 20 a 35 años que equivalen al 61 %.

Importante comentar en los resultados del presente estudio, que más del 50 % de las mujeres se encuentran en una edad adecuada para concebir; aunque hay que resaltar que un porcentaje corresponde a madres adolescentes quienes no han alcanzado su desarrollo físico ni biológico. Por cuanto están expuestas a mayores riesgos de complicaciones maternas –perinatales, además independientemente de la edad la mujer puede presentar algunos factores de riesgo mucho va a depender de la madurez, los estilos de vida y proyectos de vida de la mujer.

Además existe un 18 % de madres mayores de 35 años, quienes corren el riesgo de presentar alguna complicación materna perinatal en el embarazo, parto y especialmente en el puerperio, los riesgos aumentan en las mujeres menores de 15 años y las mayores de 35 años; en estos se pueden presentar alteración en la presentación fetal durante el parto, la cesárea por hemorragia del tercer trimestre, parto pre término, abortos recurrentes; por tanto el reconocimiento de tales factores es importante para la reducción de la morbi mortalidad materno – peri natal en este grupo de pacientes.

Para las mujeres que están en los dos extremos de la edad fértil tienen una incidencia más alta de resultados desfavorables. Se observan más complicaciones en las madres menores de 15 años con la tasa de mortalidad en un 60 % más alta que las mujeres mayores de 20 años. Las complicaciones incluyen anemia, hipertensión inducida por el embarazo, trabajo de parto prolongado y desproporción céfalo – pélvica (48).

Una gestación es más riesgosa cuando se produce en mujeres menores de 15 años (mayor probabilidad de padecer pre-eclampsia, prematuridad, desproporción céfalo pélvico y bajo peso al nacer) y las mayores de 35 años (formas complicadas de eclampsia, inserción baja de la placenta y atonía uterina posparto) y otro riesgo muy importante de la mujer en esta etapa en su embarazo son los efectos negativos psicológicos por las que muchas padecen, debido a que son madres adolescentes no tienen un hogar constituido (una pareja solvente para sus necesidades económicas) y muchas veces no cuentan con el apoyo de sus padres por lo que incluso algunas toman la decisión querer suicidarse quedando con secuelas para toda su vida.

Respecto a la procedencia, se observa, que el 79,7 % es de la zona rural y el 20,3 % proceden de la zona urbana.

Los resultados encontrados guardan cierta similitud con los resultados de Chávez, R (16), donde del 66,7% de las púerperas procedían del ámbito rural. Ramírez, J (11), el 79% correspondía al área rural.

Tal como lo refieren las estadísticas el mayor porcentaje de población que se atiende en el Hospital José Soto Cadenillas, corresponde al ámbito rural, producto de las referencias de los diferentes establecimientos de salud que son de menor complejidad; pues actualmente existen directivas del Ministerio de Salud que en ellos no se pueden atender los partos salvo que este se encuentre en etapa eminentemente expulsivo.

Por cuanto, se observa que en la actualidad en el hospital local se ha incrementado la demanda de atención tanto de gestantes como en la atención del parto y puerperio, sean estos normales o patológicos. Producto de la atención a través del Sistema Integral de Salud que ofrecen beneficios en la atención de la madre y el niño lo que permite que la afluencia sea mayor. Estrategia positiva porque las mujeres están acudiendo a los servicios de salud de tal forma que si se presentan las emergencias estas se resuelven evitándose la muerte materna – perinatal, así las mujeres que viven en áreas rurales recurren con más frecuencia a los controles peri natales; además el vivir en zona rural constituye un factor de riesgo en la atención materna por la dificultad que se presenta en cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud, la respuesta técnica del personal de salud según el nivel resolutivo de los establecimientos entre otros.

- ***En cuanto al grado de instrucción***, el 36,3 % tiene secundaria incompleta, el 21,1 % secundaria completa y el 2,0 % es analfabeta; estudios superiores completos en el 11,3%.

Resultados que tienen cierta similitud con lo encontrado en el estudio de Chávez, A (47), donde el 55,7 % de la población tenían una escolaridad de secundaria y solamente 15,9% había llegado a la Universidad y el de Ramírez, J (11), el 53,5% tenían nivel de instrucción secundaria. Según los resultados las púerperas atendidas el 57,4% tenían secundaria (completa más incompleta).

Pues, esta condición de alfabetismo es de gran importancia a nivel individual y social, por estar asociada con resultados positivos tales como mejores condiciones de vida, incluyendo la situación nutricional de la mujer y sus hijos e hijas. La mayor proporción

de las mujeres sin educación se presentan entre quienes residen en el área rural (6,7 %) y en la región de la Sierra (4,9 %), aunque es importante mencionar que ha disminuido entre 10,5 y 7,7 puntos porcentuales desde 1991 – 1992, según las referencias del INEI – 2014 (41).

El nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia, la práctica de la planificación familiar. Por otro lado el nivel de educación está positivamente asociado con la situación económica porque determina la demanda de los servicios de salud y la planificación familiar (41).

Dada la importancia del nivel educativo las variables que más inciden en el uso por parte de las madres de los servicios de atención pre natal calificada, parto institucional y atención post parto son, en orden de importancia: la afiliación a un régimen de seguridad social en salud, el nivel de educación y el lugar de residencia de la madre.

Los resultados del estudio muestran que un porcentaje representativo de las mujeres tienen educación; relacionándose con el autocuidado y cuidado de la salud de su familia a mayor nivel de instrucción menor son los riesgos de enfermar y morir. Las madres saben cómo actuar en caso de emergencia, identifican signos de riesgo y acuden a un establecimiento de salud en forma oportuna. Además, se observa un porcentaje muy bajo de analfabetismo solo 1,9 % lo que significa que los tiempos han cambiado, los padres invierten en la educación y sobre todo en las mujeres quienes eran vistas que solamente debían de dedicarse a los quehaceres del hogar y mucho más teniendo en cuenta que la población en estudio la mayoría son de la zona rural. Por tanto, los indicadores de salud van a mejorar, la madre identificará signos de riesgo a tiempo y actuará con mayor responsabilidad para el cuidado de ella y de su familia, además optará por un parto institucional.

Se sustenta en la teoría del autocuidado, en cuanto a la función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar (28), el tener un nivel de instrucción facilitará a la persona para poder comprender los alcances y beneficios de cuidarse a sí mismo y a los demás propiciando prácticas saludables generadas por los propios

estímulos de cuidarse; como producto de la intervención de enfermería a través de la educación para la salud impartida las medidas para los cuidados de ella y su recién nacido.

En relación al estado Civil, el 63,7 % son convivientes, 25,8 % casadas y el 0,4 % divorciadas, solteras 35,13 %.

Los resultados guardan cierta similitud con lo referido por Chávez, R (16), donde el 66,7% eran convivientes, además con Ramírez, J (11) quien refiere que el 68,4% eran convivientes.

Así según, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2014), manifiesta en cuanto al estado conyugal que el 56,6% de las mujeres se encontraban en unión conyugal; el 22,4 % estaba casada y el 34,2 % se encontraba en situación de convivencia. Se observa el aumento de convivientes en relación al 2009 31,8 % y una baja en el porcentaje de casadas (25,3% en el 2009) (41).

Como se puede observar en los resultados el mayor porcentaje de mujeres son convivientes; en la actualidad es una forma de unión conyugal que prevalece en el país y particularmente en el nivel local de Chota, la misma que genera ciertos riesgos al cuidado de la familia, al no existir una relación estable generando una inestabilidad emocional como económica, constituyendo un factor para que se presenten las probables complicaciones sea esta en la etapa del embarazo parto y principalmente en puerperio, al no tener una relación estable genera aumento de las tensiones al afrontar sola los problemas de la familia, hijos y de un embarazo en curso, incrementándose la morbimortalidad materna perinatal, llegado el momento del parto.

- ***En cuanto a la Ocupación***, se observa, que el 93,8% son amas de casa, el 3,2% son comerciantes y el 3,1 % estudiantes.

Los resultados guardan cierta similitud con los encontrados por Ochoa (67), donde el 95 %, la ocupación de la mujer es ama de casa y el de Ramírez, J (11), en que el 89% eran amas de casa.

Así, en cuanto a los resultados del presente estudio el mayor porcentaje han referido ser amas de casa, probablemente se debe a que la mayoría de madres corresponden a la zona rural y en esta realidad las oportunidades de trabajo difieren a las que viven en la zona urbana; la particularidad y ratifica lo dicho por la ENDES 2014 (41), que las mujeres a parte de sus labores del hogar se dedican a otras actividades productivas en la realidad de Chota, se dedican al comercio ambulatorio o venta de animales menores el cual solamente se da en días fijos o de mercado generalmente los fines de semana; siendo su actividad principal la agrícola y las tareas del hogar. Cabe mencionar que el porcentaje de puérperas que tiene como ocupación ser estudiante incrementa su riesgo de dependencia dentro de la familia y por parte de la pareja.

Además, importante mencionar que la ocupación en la mujer y especialmente el ser ama de casa, aumenta su esfuerzo físico porque tiene que dedicarse a las labores del hogar; y la actividad es diferente en la zona rural que, en la urbana, constituyendo también un factor de riesgo en el embarazo, parto y puerperio, muchas de las complicaciones maternas se le atribuye a la ocupación que la madre tiene en especial el de las labores domésticas.

Estos resultados no son nada favorable para las mujeres; pues indica una dependencia económica, ya que no tienen un ingreso propio instituyendo un factor para la atención de su salud y además porque ello va muy ligado a factores que contribuyen a la violencia intrafamiliar por parte de la pareja que obliga a la mujer tener que soportar el maltrato; lo que también menoscaba su estado de salud e incrementa los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio.

Importante decir que al igual que en otros países, los cambios económicos sociales y culturales en la sociedad peruana han condicionado que la mujer tenga que trabajar también fuera del hogar, situación que, aparte de constituir una sobre carga de actividad demanda la marcha del hogar generándose un descuido en la familia, lo que influye en el desarrollo de las hijas, hijos, la integración del hogar, las relaciones con la pareja y en la propia salud de la mujer.

Se sustenta en la teoría de autocuidado, porque se pone en práctica métodos de ayuda desde una perspectiva enfermera, en una serie secuencial de acciones que, si se lleva a

cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para su propio funcionamiento (28). La labor de enfermería es fundamental para que puedan brindar las pautas para el autocuidado por parte de las personas, sin ellos los pacientes no podrían salir de la dependencia de cuidado y no se propiciaría el autocuidado. La enfermera va a guiar, dirigir, ofrecer apoyo físico y psicológico y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.

Además la enfermedad no afecta solamente a una estructura específica y a los mecanismos fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral, los pacientes se ven afectadas psicológicamente según el grado de dependencia que la enfermedad le genere dándose en ellos cuadros de angustia, pena, frustración por la incapacidad generada por la enfermedad y el tratamiento; por tanto el actuar de enfermería es hacer comprender que esta es temporal y ayudarle a sobre llevar esta etapa es fundamental tanto para el paciente como para la familia, especialmente en la mujer puérpera que pasó por el proceso de cambios que genera la gestación y que con el nacimiento del bebé afronta otros cambios físicos, psicológicos y sociales.

Tabla 2. Complicaciones maternas en el puerperio inmediato., en las mujeres atendidas en el Hospital. José Soto Cadenillas Chota, 2015.

Complicaciones maternas puérperas inmediatas	N°	%
Hemorragias	33	12,9
Atonía uterina	10	4,0
Retención placentaria	8	3,2
Vaginitis puerperal	12	4,6
Desgarros	8	3,1
Ninguna	185	72,2
Total	256	100,00

En la tabla 2, se observa con respecto a las complicaciones durante el puerperio inmediato que el 12,9 % presentó hemorragias; el 4,6 % vaginitis puerperal, el 4,0 % atonía uterina; el 3,1 % desgarros vaginales de I°, seguido de retención de placenta con el 3,2%.

En referencia a la Hemorragia, los resultados guardan cierta similitud con los resultados de López, G y Espinoza, L (24), quien concluye que la hemorragia posparto fue la complicación más frecuente en el puerperio inmediato.

Los indicadores del Hospital Regional de Cajamarca (19), refieren que el 16,9% de las mujeres tuvieron hemorragias puerperales y las referencias de la Dirección de Salud Chota (21) también citan que en el 15% de las puérperas presentaron hemorragias puerperales, evidenciándose a través de estos la frecuencia de esta complicación puerperal en la región y en el nivel local, poniendo en riesgo la vida de la madre e incrementando los indicadores de morbi-mortalidad materna en la región y a nivel local.

Además, Altamirano (49) manifiesta en referencia a las hemorragias que las principales causas de hemorragia post parto la constituyen los desgarros del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentarios; pues en el presente se encontraron las complicaciones referidas como probables causas de hemorragia.

Así, la hemorragia es una complicación que se presenta durante el post parto y afecta alrededor del 2,0% de todas las mujeres en edad fértil, también se relacionan a un cuarto de todas las defunciones maternas a nivel mundial y se conoce como la causa principal de muerte en países subdesarrollados.

Esta complicación obstétrica está relacionada con la presentación de mortalidad y discapacidad en un periodo de largo plazo, como también las manifestaciones de otras patologías como el Shock y la disfunción orgánica, esta se presenta secundaria a la atonía uterina, considerada como la segunda causa de muerte.

La hemorragia post parto se presentan en mujeres nulíparas y multíparas, trabajo de parto prolongado, restos placentarios, pre eclampsia. Las gestantes con anemia, son más vulnerables a una pérdida de cantidad moderada de sangre, cabe resaltar que la hemorragia post parto puede acontecer en mujeres gestantes sin causa de riesgo clínico determinable (50).

La intervención de enfermería relacionada al manejo de las mujeres desde el embarazo y especialmente en la etapa de post parto es importante, para la estabilización y recuperación de la paciente. Por tanto, la enfermera deberá tener los conocimientos necesarios y la habilidad en la atención materna, y así mejorar la atención de la salud de las mujeres durante esta etapa, para poder actuar con eficiencia y eficacia ante una eventual complicación.

Es trascendental tener en cuenta que la hemorragia uterina puede ocurrir en cualquier momento del embarazo y del parto; sin embargo la hemorragia que ocurre en el peri parto es muy significativo identificarla para clasificarla desde el ingreso hospitalario a la mujer con riesgo de sangrar, con el objetivo que el equipo que brindará atención a la paciente esté preparado para el manejo adecuado de esta emergencia obstétrica y con ello evitar el retraso en el diagnóstico y la aplicación de tratamiento adecuado; pues un manejo inadecuado, que se refiere a una atención institucional deficiente e inoportuna generada por varias causa como: (conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes), por quienes proveen la atención de salud en segundos puede generar la muerte materna perinatal.

En cuanto a la Vaginitis Puerperal. Los resultados presentados difieren con los encontrados en el presente estudio probablemente sea por la cantidad de población en estudio; sin embargo; en las Américas estudios emiten en cuanto a la vaginitis bacteriana que su prevalencia destaca con el 32,9%. En el entorno nacional estadísticamente el 20% de las mujeres embarazadas pueden infectarse de vaginitis bacteriana cuando no es diagnosticada ni tratada. Causa más común de mortalidad en un 40 – 50%, su prevalencia es del 15 o 60%, dependiendo de la población en edad fértil de 15 a 35 años (50).

Una de las medidas de prevención es la información que se le puede brindar a la gestante sobre las prácticas de higiene; pues la infección urinaria está muy ligada a la vaginitis puerperal, al generarse los cambios hormonales en la gestación también afecta el cambio del pH a nivel de la vagina, quedándose muy propensa a infecciones; es necesario que la pareja también sea informada y de recibir tratamiento según los resultados. Además se estará protegiendo al recién nacido de probables infecciones oculares al momento del nacimiento.

En referencia a los desgarros Vaginales. No se encontraron estudios relacionados a los resultados encontrado; pero al respecto Ávila, F (51), manifiesta que la mayor frecuencia de desgarros vulvo perineales el 79% son de primer grado, 20% 2^{do} grado y en gestantes que no acudieron a sesiones de psicoprofilaxis se presentó en el 93,0%. Asimismo, Pérez (26), quien concluye que los factores maternos, edad, anemia, posición de la madres y paridad; y los factores de parto, uso de episiotomía media y peso del recién nacido, están relacionados con el desgarro vulvoperineales.

Asimismo. Chávez, A, refiere respecto a los desgarros vaginales como complicación en las mujeres gestantes y que mayormente las afectadas son las mujeres añosas y con periodo intergenésico mayor a cinco años en la segunda gestación (47).

Así, Flores, F, describe que del total de partos se presentaron desgarros vulvoperineales en el 13,25%. Los grados de lesión con mayor frecuencia fueron los desgarros de primer grado con 79% siguiendo los de segundo grado con 20% y por último el de tercer grado 1%, la edad en la que se observó mayor número de desgarros fue entre los 20 y 34 años 82% y las adolescentes con 3,1%. (52).

En el presente estudio los desgarros que se produjeron fueron de primer grado; siendo la mayor frecuencia tal como lo indican los resultados citados. La mayor frecuencia de desgarros se produce en gestantes que no acuden a su control pre natal o las sesiones de psicoprofilaxis presentando. La paridad, edad, peso del recién nacido, anemia, tiempo de expulsivo y psicoprofilaxis como los que influyen en forma estadística y significativa en la presentación de desgarros vulvoperineales.

Asimismo, los desgarros vaginales se presentan con mayor incidencia en mujeres con cesárea previa, la paridad está asociada al trauma obstétrico en mujeres con parto vaginal y periodo inter genérico corto.

En relación a los desgarros perineales, la enfermera tiene un rol muy importante en cuanto al control prenatal, porque mediante este se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y sobre la crianza de su hijo. Así el control pre natal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima sobre el 90% de la población gestante y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor; aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, y es en este momento en donde se los puede identificar a tiempo, desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a la morbi mortalidad son la prematuridad, asfixia perinatal, las malformaciones congénitas, y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas.

Respecto a la retención Placentaria. Los resultados guardan cierta similitud con los referidos por Lazo; Escobedo; Franco (53) , quienes encontraron que el 3,8% presentaron retención de placenta, las mujeres con aborto previo tienen 2,6 veces más riesgo de poder retener la placenta, con enfermedad hipertensiva del embarazo tiene 4,8 más veces de riesgo, con ruptura prematura de membranas tienen 3,2 veces más de riesgo de retención de placenta.

Pues, la retención de placenta es la adherencia por más de 30 minutos en alumbramiento espontáneo y por más de 15 minutos si se realizó al alumbramiento dirigido (54).

Así, la hemorragia post parto, continúa siendo la causa principal de mortalidad materna que ocurre casi en su totalidad de países de bajos y medianos ingresos, en la gran mayoría de los casos por el traumatismo del aparato genital (es decir desgarros vaginales o cervicales), la rotura uterina, la retención del tejido placentario o los trastornos de coagulación maternas.

La hemorragia post parto es la causa de muertes maternas y solo 56,0%, a nivel nacional dentro de ellos la retención placentera 41,0% es la más frecuente. En el 50,0% las complicaciones ocurren en el periodo expulsivo. La retención de la placenta puede deberse a que no se producen contracciones uterinas (miomas, malformaciones) o anomalías de la placenta, placenta insertada a un lugar poco habitual o que se trate de una placenta acreta, es frecuente en partos prematuros, las encarcelaciones pueden deberse a maniobras intempestivas, como tracciones de cordón o expresiones uterinas inadecuadas. Hay que tener en cuenta, fundamentalmente, las causas que pueden provocar el trastorno y el cuadro clínico que las identifica. Clínicamente aparece la hemorragia lenta pero continua, que no corresponde a los oxitócicos, debido a la retención de restos placentarios en la cavidad uterina (54).

La hemorragia por retención de placenta, es una causa de demandas de atención consideradas altamente peligrosas, en virtud de las consecuencias que puede traer si la persona afectada no es atendida a tiempo, o si no se logra desprender la placenta; ambas situaciones conducen al deceso de la mujer. Las repercusiones maternas: son la hemorragia post parto, anemia aguda, cuadro de choque hipovolémico, infección y endometritis post parto.

Esta información es importante para actuar adecuadamente frente a casos clínicos que se pueden presentar en los establecimientos de salud; prevenirlos mediante la difusión de los signos de alarma, el seguimiento continuo a las mujeres que presentan factores de riesgo evidentes y así evitar posibles muertes maternas- perinatales.

Respecto a la atonía Uterina, No se encontraron estudios relacionados a lo encontrado en el presente; sin embargo, López (23), encontró que el 8% presentaron atonía uterina y Gil, M, presenta como resultados significativos para desarrollar hemorragia para atonía

uterina la edad mayor de 30 años, grupo de edad materna que constituye riesgo materno para complicaciones materno-perinatales (25).

Además Correa, refiere que del 16,9% que presentaron hemorragia post parto, la gran multiparidad y macrosomía los refiere como factores de riesgo de hemorragia post parto (55).

Pues, la atonía uterina es una de las principales causas de muerte post parto, especialmente en países en desarrollo, calculándose su frecuencia en 1/20 partos, esto es aproximadamente 5% de todos los partos. Una proporción de estos pacientes responden a tratamiento médico, el resto debería ser sometido a tratamiento quirúrgico de urgencia y a otros podría aún ocasionarles la muerte (56).

La Organización Mundial de la Salud, calcula que cada año 500,000 mujeres mueren a causa del embarazo, parto o puerperio, el 79 % (35,000) ocurren en América Latina, y de estas 16000 corresponden al Perú (56). Así, la atonía uterina está relacionada a diferentes causas como: Retención de restos, sobre distensión uterina, gestación múltiple, parto precipitado, sepsis, todos ellos son predecibles, lo que significa que su identificación será de beneficio para las pacientes, al poder ofrecerles un mejor manejo. Casi todas esas causas de atonía uterina son identificables con anticipación, lo que permitirá una mejor terapéutica. En teoría todas las muertes pueden ser evitables si son oportuna y eficazmente tratados.

De ahí, que el papel de los profesionales de salud y especialmente de enfermería cumple un papel transcendental al realizar un trabajo responsable de prevención y que las mujeres tomen conciencia de los riesgos que conlleva una gestación y de esta manera en forma consiente la mujer opte por un autocuidado de su salud, previamente informada.

A través de los resultados de la presente se puede observar que las complicaciones durante el puerperio inmediato más representativas son las hemorragias; vaginitis puerperal, atonía uterina; desgarros vaginales de I°, seguido de retención placentaria, todas ellas descritas como complicaciones frecuentes en el ámbito mundial, latino americano, nacional y local; por cierto complicaciones que pueden llegar a generar mortalidad materna- perinatal incrementando las posibilidades de morbilidad e incapacidad en la

mujer, de ahí que es de suma importancia el tener que realizar un control prenatal precoz, eficaz y eficiente con el fin de poder determinar los antecedentes en la mujer y poder proveer las probables complicaciones que se podrían generar durante el desarrollo del embarazo, parto y puerperio, hay que recordar que muchas de las complicaciones se pueden prevenir.

Además la intervención educativa como la orientación en el autocuidado de la mujer desde el inicio del embarazo y la preparación para el parto ayudará a minimizar estas complicaciones asimismo propiciar que la atención del parto sea en un establecimiento de salud cuya capacidad resolutive permita solucionar cualquier complicación que se genere especialmente las hemorragias, las mismas que constituyen la primera causa de muerte materna generada especialmente por los restos placentarios retenidos, las laceraciones del canal vaginal y la atonía uterina; complicaciones que en el presente trabajo se han reportado.

Las complicaciones maternas se sustentan en la teoría de Orem, en cuanto a las necesidades de autocuidado terapéutico. El actuar de enfermería irá dirigido a cuidar y vigilar las necesidades cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (necesidades básicas), además de cubrir las necesidades de (mantenimiento, provisión, promoción y prevención) (28). Además de cuidar la necesidad terapéutica de autocuidado: que describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores normales para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

Con la intervención de enfermería se logrará que el paciente afectado por una determinada patología en este caso dada por las complicaciones maternas en el puerperio inmediato se atiende en sus necesidades básicas, se le oriente sobre las medidas de autocuidado tanto en el ámbito hospitalario como en el domicilio y el poder cubrir las necesidades terapéuticas importantes para su recuperación, tener en cuenta la intervención en el aspecto psicológico que requiere generado por el quebrantamiento de su salud, esta intervención va a darse en ciertos momentos o en cierto tiempo.

Tabla 3. Complicaciones Perinatales, en los recién nacidos de las mujeres puérperas inmediatas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.

Complicaciones perinatales	N°	%
Asfixia neonatal	10	4,0
Síndrome de distrés respiratorio	11	4,2
Sepsis neonatal	14	5,5
Aspiración de líquido meconial	11	4,2
Sufrimiento fetal	42	16,4
Macrosomía fetal	3	1,2
Ninguna	165	64,5
Total	256	100,0

En la tabla 3, se observa que el 16,4% presentan sufrimiento fetal, el 5,5% sepsis neonatal; 4,2% síndrome de distrés respiratorio; el 4,2% aspiración de líquido meconial; el 3,9% asfixia neonatal; y el 1,2% macrosomía fetal.

Respecto a Sufrimiento fetal, los resultados encontrados guardan cierta similitud con lo referido por Gutiérrez (12), refiere que el 17% presentaron sufrimiento fetal.

Se le atribuye algunas causas del sufrimiento fetal durante el parto, la anoxia fetal puede estar originada por perturbaciones maternas u ovulares que impidan la correcta oxigenación del feto y los traumatismos encefálicos. Consecuentemente una gran atención debe ser enfocada por todo aquel que tiene a su cargo la resolución de casos obstétricos a la prevención cuidadosa de la anoxia intrauterina (33).

La práctica obstétrica que sustente sólidamente este principio no debe hacer menos intervenciones consideradas como traumatizantes para hacer descender considerablemente los índices de morbimortalidad neo-natal. Durante el embarazo es bueno mantener a la madre con una buena concentración de hemoglobina y buenas condiciones generales, y combatir correctamente las causas potenciales de desprendimiento prematuro de placenta.

En el transcurso del parto vigilar los latidos cardiacos fetales cada treinta o sesenta minutos hasta que la dilatación este completa y cada cinco a diez minutos después.

Decidida la extracción del producto debe elegirse el procedimiento menos riesgoso para el feto y la madre, de acuerdo a su estado general de ambos, la alternativa frecuente y teniendo en cuenta la presentación es la cesárea (33).

Por ello es fundamental los controles prenatales, a través de ellos se vigilará la evolución del embarazo y se identificarán los factores de riesgo posibles que pueden alterar el curso del embarazo o traer complicaciones durante el parto y el puerperio. La atención del parto debe ser inmediata, por ello es importante que el personal de salud esté en contacto con los centros de atención de emergencia, en este caso del Hospital o del Centro de salud con capacidad resolutive para poder trasladar a la mujer para su atención y evitar la muerte materna- perinatal.

En cuanto a la Sepsis Neonatal, los resultados guardan cierta similitud con las referencias del Hospital Regional de Cajamarca (19), donde el 5,5% presentaron sepsis neonatal y también con la información de la Dirección de Salud Chota (20), donde también reportan sepsis neonatal.

La sepsis neonatal, síndrome clínico, caracterizado por signos sistemáticos de infección las cuales se acompañan de bacteriemias en las primeras 72 horas de vida en los prematuros se estima que ocurre en mayor medida por transmisión vertical. Esto por contacto del neonato con gérmenes en el canal vaginal, esta tiene un curso clínico grave, fulminante y multisistémico, siendo su complicación más frecuente la neumonía (55).

Asimismo, las infecciones nosocomiales son un problema reconocido e importante de salud en el medio intra hospitalario por la elevada mortalidad a la que se asocian, que derivan en prolongadas hospitalizaciones lo que presenta una notable carga económica para el sector sanitario. Una estrategia importante para tratar de conseguir el control de este tipo de infecciones es el conocimiento de su frecuencia sobre todo en poblaciones vulnerables como los neonatos.

Respecto al síndrome de distrés respiratorio. No se han encontrado estudios que guarden relación con los resultados encontrados en el presente estudio. Estos difieren de los referidos por Chávez, A (47), quien encontró que el 12,5% presentó síndrome de distrés respiratorio.

Así, Montiel, J (55), manifiesta como principal complicación la sepsis neonatal, prematuridad 36 semanas, encontró asociación causa efecto, entre otros factores maternos como edad de la madre, tipo de parto con la taquipnea transitoria y la enfermedad hialina en el recién nacido. El síndrome de dificultad respiratoria conocido como enfermedad de membrana hialina patología respiratoria neonatal asociada a la inmadurez del sistema pulmonar su incidencia aumenta cuando esta es menor, afecta al 60% de los menores de 28 semanas de edad gestacional y a menos del 5% de los mayores de 34 semanas.

Aproximadamente un 10 al 14% de los neonatos la padecen y según (UNICEF, 2010), 57% de mortalidad infantil se concentra en este periodo (56).

Sobre el síndrome de aspiración de líquido meconial. No se encontraron estudios relacionados. La aspiración Meconial es considerada dentro del Síndrome de Aspiración Perinatal y es causa importante de insuficiencia respiratoria en el neonato, pudiendo agravarse y causarle la muerte.

El líquido amniótico meconial, es reconocido como un signo de posible distrés fetal y se presenta con una frecuencia entre 12 a 14 por ciento del total de nacimientos, de ellos solo el 11 a 5% desarrollarán el Síndrome de Aspiración Meconial. Asume que el pasaje del meconio al líquido amniótico, se produce con la saturación de oxígeno en la vena umbilical menor de 30% (la mitad del valor normal de un feto a término). Bajo estas condiciones se producirá la peristalsis intestinal fetal y así, el pasaje meconio al líquido amniótico, siendo este efecto más frecuente en los fetos pos término. Este hecho ha sido reconocido como un indicador de sufrimiento fetal (57).

En el presente trabajo se encontró que este se da probablemente; a circular del cordón que se presentaron en 5 casos; ruptura prematura prolongada de membranas 18 casos; embarazo prolongado 6 casos, esto aumenta el riesgo de sepsis, asfixia y muerte, consideran que el síndrome de aspiración meconial tiene más relación con la asfixia intrauterina que con la presencia del meconio en sí; por lo que sería solo un resultado, más que un marcador de distrés respiratorio.

El síndrome de aspiración meconial sigue siendo un problema frecuente, con la alta tasa de letalidad. Observándose que existen una relación entre el Ápgar bajo y la frecuencia

alta de síndrome de aspiración meconial (SAM), considerándose como factor desencadenante a la asfixia intraútero. Siendo necesario un control estricto de los factores peri natales de riesgo, ya que su presencia sirve de ayuda y alerta al pediatra para tomar medidas efectivas en la prevención del síndrome de aspiración meconial y prevenir las cesáreas de emergencia (58).

Debido a la importancia que merece la atención de la madre y del neonato, la atención a los presentes debe ser de calidad, para que estos parámetros se cumplan deben los enfermeros ser conscientes del papel que desempeñan en la salud pública con responsabilidad social para pre cautelar la salud de la población.

Sobre la asfixia neonatal. Los resultados guardan relación con los encontrados por Gutiérrez (12), donde el 3% presentó asfixia neonatal, con las referencias del Hospital Regional de Cajamarca (19), en que se presentó el 5,6% de asfixia neonatal, además de la referencia del Hospital de Pasco (15), también refieren como complicación la asfixia neonatal.

Según el Plan operativo anual 2014. Hospital Regional de Salud de Cajamarca (17), las causas de muerte neonatal son prematuridad 30%, sepsis neonatal 21,5%, síndrome de distrés respiratoria 15,7% y asfixia neonatal con el 11,4%. Información que difiere con la encontrada en el presente estudio en cuanto a los porcentajes; sin embargo, son las patologías como la sepsis neonatal, síndrome de distrés respiratorio; asfixia neonatal las identificadas como complicaciones perinatales.

Según la información de la academia de Pediatría entre 5 a 10% de los recién nacidos necesitaron algún tipo de cuidado e intervención al nacimiento para prevenir la asfixia neonatal (59). Es entonces de extrema importancia que los profesionales que reciban a recién nacidos estén entrenados y calificados para atender al recién nacido de la mejor manera posible, antes no se contaba con herramientas, ni tecnologías para proteger y auxiliar a los recién nacidos con asfixia. Ahora se recomienda un diagnóstico temprano, intervención inmediata y oportuna.

Según la organización Mundial de la Salud el 20% de la mortalidad neonatal mundial, se debió a la asfixia neonatal, lo que significa que cada año fallecen con esta causa un millón

de recién nacidos en todo el mundo. En el 90% de los casos, los recién nacidos no necesitan ningún tipo de asistencia especial en el periodo neonatal inmediato, 10% necesitan algún tipo especial de atención, que puede ser solo estimular, secar, dar calor, posicionar la cabeza. Solamente 1% necesitan medidas de reanimación, la mortalidad se debe a que fallamos en la intervención sobre esa pequeña proporción de neonatos que necesitan reanimación y que van a corresponder a 20% de la mortalidad en el mundo (60).

Importante decir que la prevención de la asfixia, radica en identificar oportunamente al feto en riesgo. Para esto hay métodos clínicos, altura uterina que se asocia con el tamaño fetal, la detección de retardo de crecimiento intrauterino, latidos cardiacos disminuidos.

Las alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal, que orientan a la presencia de hipoxia, son la taquicardia o bradicardia, la ausencia de variabilidad, las desaceleraciones frente a las contracciones.

Es importante que todo el personal que atiende a recién nacidos esté preparado para efectuar tanto las medidas mínimas que habitualmente necesita el recién nacido como en la reanimación cuando esta se necesita.

La prevención incluye todas las medidas de un buen cuidado pre natal y de atención de parto. Los antecedentes peri natales permiten identificar a la mayor parte de los niños que nacerán con asfixia y presión cardiorrespiratorio, de manera que se debe estar preparados para una buena reanimación y a un eventual traslado del niño a cuidados intensivos.

Se sabe que el tes de APGAR aún sigue vigente después de más de medio siglo, pero no solamente se ha usado el tes de Ápgar como indicador de asfixia, sino que también se ha usado como indicador de sobrevida neonatal y quizá este es uno de los puntos más interesantes. Se conoce que el APGAR al 1 minuto da el diagnóstico, mientras que el APGAR a los 5 minutos da el pronóstico, muy equivocadamente se toma más en cuenta el APGAR a los 5 minutos y con eso se da el diagnóstico del recién nacido.

La asfixia Perinatal es un problema de salud pública, actualmente se encuentra entre las primeras causas de mortalidad neonatal. Además, su alta letalidad, las consecuencias de la asfixia no solo están limitadas al periodo perinatal, si no que esto puede ser causa de

condiciones invalidantes que acompañan al niño de por vida, como la parálisis cerebral, el retardo mental y las convulsiones, de ahí que la prevención, el diagnóstico y el manejo oportuno de los factores de riesgo que condicionan la asfixia son fundamentales para conservar la capacidad neurointelectual del ser humano.

En cuanto a la macrosomía fetal. Los resultados encontrados guardan cierta similitud con lo encontrado por Ochoa (61), donde el 4,3% presentó macrosomía.

La macrosomía fetal determina un incremento en el riesgo de presentar complicaciones maternas y aumentar la morbi – mortalidad neonatal la que influye en incrementar la tasa de cesáreas con respecto a la población en general (61).

La macrosomía fetal trae complicaciones como el desgarro perineal, atonía uterina y hemorragia, los factores de riesgo son la obesidad materna y la multiparidad. Demostrándose que aunque la macrosomía fetal parece no estar asociada a complicaciones fetales, si lo es para complicaciones maternas, con una frecuencia de 41,3% (60).

El diagnóstico oportuno, la evaluación de las condiciones maternas fetales permitirán decidir mejor la vía de resolución del embarazo, que ofrezca bienestar materno fetal (62).

Los malos hábitos maternos incrementan el riesgo de morir durante la etapa perinatal en 7 veces más que aquellos que no lo tienen. Las mujeres que no se realizan los controles pre natales o si lo hacen en cantidades inadecuadas de (1-3); sus hijos tienen mayores probabilidades de nacer muertos o de morir en los 7 días siguientes al parto que las que tenían cuatro o más controles.

Se incrementan el riesgo de mortalidad materna peri natal si está asociada a la infección de vías urinarias cinco veces más y las que más se asocian en el parto, son los partos pre término distancias de contracciones, expulsivo prolongado, desprendimiento prematuro de placenta 3 veces más de las que no la tienen (62).

Precisamente, la diabetes gestacional en el recién nacido de madres diabéticas tiene un aumento desproporcionado de los tejidos sensibles a la insulina, como el tejido adiposo

hepático y muscular, circunferencia abdominal y de hombros mayores; en estas la morbi – mortalidad peri natal se incrementa en la 1,5 veces en relación con los fetos de peso normal. Su incidencia a nivel nacional e internacional es de 3-20% (63).

En relación a las características de la madre relacionados a la macrosomía, se menciona a la edad materna mayor de 30 años como factor predisponente para un producto macrosómico. Además, haber relación entre el número de controles prenatales y el producto macrosómico; pues a mayor número de controles se evalúa mejor el progreso del embarazo y se tiene un diagnóstico precoz ante cualquier alteración o complicación durante la gestación.

En los resultados se observa como complicaciones perinatales el sufrimiento fetal, sepsis neonatal; síndrome de distrés respiratorio; aspiración de líquido meconial; asfixia neonatal; estas complicaciones incrementan los índices de mortalidad perinatal si estos no son controlados a tiempo. Por ello es fundamental la participación de la enfermera en el momento de la atención del parto para la atención inmediata del recién nacido tanto normal como con problemas, profesional capacitada con desarrollo de habilidades y destrezas para su atención y manejo; pues de ello dependerá el futuro del recién nacido las complicaciones van a generar problemas en el recién nacido dependiendo de su gravedad; constituyendo la mejor estrategia la atención del parto institucional porque es ahí donde se va a contar con recurso humano como con los materiales necesarios para la atención de una complicación y salvar la vida de la madre y del recién nacido.

Las complicaciones perinatales, se sustenta en la Teoría del autocuidado de Orem; pues se aplica en cuanto a uno de los requisitos de autocuidado de desarrollo de prevenir o vencer los defectos de las condiciones y, de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa el desarrollo humano (28); en cuanto al agente de cuidado dependiente que el adulto acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas.

En este caso es la madre la que asume el autocuidado de sus hijos vigilar su crecimiento y desarrollo tener en cuenta que las complicaciones perinatales sufridas por el recién

nacido van a traer consigo alteraciones en su desarrollo cognitivo, físico, psicomotriz, de comportamiento y de rendimiento académico en la etapa preescolar y escolar, es ahí donde la madre asume la responsabilidad terapéutica inicial al momento del nacimiento, y más adelante, según los diagnósticos determinados, en la evaluación de su crecimiento y desarrollo de ello dependerá que el recién nacido afectado por estas complicaciones llegue a un óptimo crecimiento y desarrollo.

Tabla 4. Complicaciones maternas púerperas inmediatas y las Características Socio-demográficas: Edad. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015

Complicaciones en el Puerperio inmediato	Características Socio-demográficas: Edad						Total	
	Menor 16 años		17 a 35 años		Mayor 35 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Hemorragias	1	0,4	21	8,2	11	4,3	33	12,9
Atonía uterina	0	0,0	10	4,0	0	0,0	10	3,9
Retención placentaria	0	0,0	7	2,7	1	0,3	8	3,1
Vaginitis Puerperal	0	0,0	12	4,6	0	0,0	12	4,7
Desgarros	0	0,0	8	3,1	0	0,0	8	3,1
Ninguna	4	1,5	147	57,4	34	13,2	185	72,3
Total	5	1,9	205	80,1	46	18,0	256	100,0

Chi₂=6.437 P=0,24

En la tabla 4, se observa en cuanto a las Complicaciones maternas en las púerperas inmediatas y las características sociodemográficas en relación con la edad del total de puerperas atendidas las menores de 16 años presentaron el 0,4% hemorragias. Asimismo, las mujeres de 17 a 35 años con el 8,2%; el 4,6% vaginitis puerperal, seguido del 4,0% con atonía uterina y desgarros vaginales en el 3,1%. Las mayores de 36 años también presentaron como complicaciones puerperales en el 4,3% hemorragias.

No se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de Chi₂=6.437 y de P=0,24, lo cual indica que las variables no están directamente relacionadas, estas se presentan indistintamente; sin embargo, los estudios refieren que las complicaciones maternas se presentan en las edades extremas es decir mujeres en edad menor de 15 años y las mujeres añosas mayores de 36 años.

Los resultados revelan que las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en las púerperas comprendidas entre las edades de 17 a 35 años; siendo las hemorragias, vaginitis puerperal y la atonía uterina las de mayor porcentaje.

Las complicaciones puerperales, se pueden dar en la edad mínima como son las menores de 15 años como en las mayores de 35 años; se puede decir que en las últimas décadas se ha incrementado gradualmente la edad promedio del primer embarazo, principalmente entre 35 y 39 años. Esta tendencia se observa, sobre todo, en los países más desarrollados influida por los cambios sociodemográficos. Los países en vías de desarrollo no están exentos y difieren de manera importante en los accesos a los servicios de salud, en comparación con los países desarrollados.

Pues, la edad materna avanzada continúa siendo un factor de riesgo y se ha relacionado con mayor incidencia de bajo peso al nacer, prematuridad, óbito fetal y muerte neonatal temprana, además de mayor incidencia de cesáreas, intervenciones durante el parto y enfermedades asociadas al embarazo. (Diabetes gestacional, preeclampsia, esta última con una incidencia del 17%). Por lo tanto la atención debe ser prioritaria y así se evitaban las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y con ello una muerte materna (77).

En relación a la hemorragia, Los resultados guardan cierta relación con lo referido por Lucana (29), quien encontró que la edad promedio de las madres que tuvieron hemorragia post parto fue de 27 años, la mayoría eran convivientes, tenían como grado de instrucción secundaria, el tipo de desgarro perineal de grado I y II seguido por atonía uterina y desgarro del cuello uterino fueron las causas de la hemorragia puerperal.

Sin embargo López (23), refiere a la hemorragia como complicación puerperal frecuente y las pacientes se encontraron entre los 15 y 23 años de edad; Así como Correa (64), donde el 16,9% presentaron hemorragia posparto y las referencias del Hospital Regional de Cajamarca (20), se reportó a la hemorragia posparto con el 15%. Haciéndose evidente la frecuencia de esta complicación que pone en riesgo la vida de la mujer y del producto.

Encalada (2009), refiere que encontró dentro de las complicaciones puerperales, las hemorragias por restos placentarios y retención de placenta (65). Problemas de considerable magnitud para nuestra sociedad, muchas veces estos han influido en el transcurso normal de los embarazos, provocando que las gestantes acudan a los establecimientos de salud por emergencia, tal como se sabe esta patología es una de las primeras causas de muerte materna en el mundo, a nivel regional y local.

Además Silva (66), refiere que se presentaron con mayor frecuencia la hemorragia post parto en un 33%, y hemorragia por desgarros con el 10%, los mismos que generan hemorragia uterina puerperal.

La hemorragia post parto, es una de las complicaciones maternas más temidas que puede surgir en el puerperio. Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y el mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5%; los análisis optimistas calculan cifras en torno al 1%; sigue siendo una de las tres primeras causas de morbilidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitables. Más de la mitad de las complicaciones acontecen en las 24 horas y se deben al sangrado excesivo. Este tipo de hemorragia ocurre en casi 18% de los nacimientos sin uterotónico, cuya causa principal es la atonía uterina en más del 8% de los casos, pero disminuye a 6% con el tratamiento convencional de oxitocina (67).

Así la Organización Mundial de la Salud estimó que 358 000 mujeres no solo murieron a causa del embarazo; sino también de complicaciones maternas perinatales relacionadas con el parto y puerperio, el 60% de muertes ocurrieron en el post parto, el 45% de las defunciones puerperales, se producen dentro del primer día, más del 65% dentro de 1 semana, y más del 80% en dos semanas (68). En el mundo, alrededor de cinco millones de mujeres padecen de enfermedades críticas asociadas a la maternidad, de las cuales aproximadamente el 10% fallecen. En el 80% de los casos las muertes pueden ser evitables, pero sin lugar a dudas se necesita de un entorno propicio para una maternidad segura. La necesidad de una atención continuada con la presencia de profesionales debidamente capacitados, la atención a lo largo del embarazo y durante el post parto, el acceso a los servicios de salud y a una nutrición adecuada disminuye el riesgo de una muerte materna (68).

Siendo esta patología las más frecuente presentada por las puerperas inmediatas, es menester que los profesionales de enfermería se encuentren capacitados a fin de poder determinar los factores de riesgo a tiempo en el momento de realizar el control prenatal que puedan conllevar a esta complicación, y al manejo oportuno de las mismas especialmente de la hemorragia uterina que tal como hace referencia la Organización Mundial de la Salud las mujeres mueren por complicaciones que pudieron ser evitadas, mediante una intervención oportuna y eficaz.

Tabla 5. Complicaciones maternas puérperas inmediatas y las Características Socio-demográficas: Procedencia. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015

Complicaciones en el Puerperio inmediato	Características Socio-demográficas: Procedencia				TOTAL	
	URBANA		RURAL		N°	%
	N°	%	N°	%		
Hemorragias	10	3,9	23	9,0	33	12,9
Atonía uterina	0	0,0	10	4,0	10	3,9
Retención placentaria	0	0,0	8	3,1	8	3,1
Vaginitis Puerperal	0	0,0	12	4,6	12	4,7
Desgarros	0	0,0	8	3,0	8	3,1
Ninguna	42	16,4	143	55,8	185	72,3
Total	52	20,3	204	79,7	256	100,0

Chi₂=10.228 P=0,44

En la tabla 5, se observa que del total de puerperas atendidas las que corresponden a la zona rural el 9,0% presento hemorragia; el 4,6% vaginitis puerperal; seguido de atonía uterina con el 4,0% y retención placentaria 3,1%. Mientras que en las puérperas del ámbito urbano el 3,9% tuvieron hemorragia.

No se encontró relación estadística significativa siendo el valor de Chi₂=10.228 y de P=0,44. Lo cual indica que las complicaciones puerperales inmediatas no se relaciona con la procedencia; sin embargo, se observa que las mujeres de procedencia rural tienen mayores desventajas en lo que a atención de salud se refiere en cuanto a las de la zona urbana, agregando a ello que para la mujer gestante el vivir en el área rural le demanda mayor esfuerzo físico en el desarrollo de sus actividades del día a día, y por tanto incrementa el riesgo que se pueda generar complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

En los resultados se observa que las complicaciones más frecuentes son las hemorragias, la vaginitis puerperal, atonía uterina y los desgarros y la mayor frecuencia se dio en las mujeres de procedencia rural. Así los resultados que difieren con los referidos por Hurtado (45), quien encontró que las complicaciones maternas se dieron con mayor

porcentaje en las mujeres de la zona urbana con el 49%, urbano marginal en el 72,3% y en la zona rural con el 28,2%.

Respecto a la procedencia de las mujeres, el proceder de la zona rural incrementa el riesgo en cuanto a la atención de salud, existe mayor riesgo de producirse una muerte materna como consecuencia de la inaccesibilidad que generalmente se tiene en cuanto a los medios de comunicación lo que dificulta un traslado inmediato de la mujer ante una emergencia especialmente si de hemorragia se trata. Otro aspecto, es en cuanto a las complicaciones, especialmente la referida a la atonía uterina y los desgarros, los mismos que favorecen para que las hemorragias se presenten con mayor frecuencia, por lo que es de suma importancia que el personal de salud esté preparado en la atención de emergencias obstétricas, fundamental para poder intervenir en un momento crítico y salvar la vida de la mujer y del producto.

Por ello, es importante la educación sanitaria en términos de prevención. Además de un control prenatal precoz, eficiente y eficaz teniendo en cuenta lo que establece el ministerio de salud, y a través de los exámenes respectivos, detectar a tiempo los factores de riesgo y proveer las complicaciones. Las actividades de enfermería relacionadas al manejo de las mujeres post parto son importantes para la estabilidad y recuperación de la paciente, sobre todo en la prevención y así evitar la morbi-mortalidad de las mujeres en edad fértil, siendo la enfermera la responsable del control post parto donde no se cuente con profesional en obstetricia; por tal motivo es importante que el personal de enfermería esté familiarizado con el Proceso de Atención de Enfermería, para así brindarles una mejor atención a la paciente, aplicando las actividades primordiales durante el post parto, ya que las complicaciones puerperales inmediatas, en especial la hemorragia, es una de las causas asociadas a la muerte materna en nuestro país; por tal motivo es vital tener conocimientos necesarios y así mejorar la atención de la salud de las mujeres durante el post parto.

Tabla 6. Complicaciones maternas púerperas inmediatas y las Características Socio-demográficas: Grado de Instrucción. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015

Complicaciones en el Puerperio	Características Socio-demográficas: Grado de Instrucción														TOTAL	
	Analfabeta		Primaria Completa		Primaria Incomp		Secundari Incomp		Secundari Comp		Superior Universita		Superior no Universita		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Hemorragias	2	0,8	4	1,6	4	1,6	10	3,9	8	3,1	0	0,0	5	1,9	33	12,9
Atonía uterina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	3,9
Retención placentaria	0	0,0	3	1,2	0	0,0	3	1,2	1	0,4	0	0,0	1	0,4	8	3,1
Vaginitis Puerperal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	4,7
Desgarros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	3,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	3,1
Ninguna	3	1,1	25	9,7	37	14,4	60	23,4	35	13,6	2	0,7	23	8,9	185	72,3
Total	5	1,9	32	12,5	41	16,0	93	36,3	54	21,1	2	0,8	29	11,3	256	100,0

Chi₂=13.568 P=0,96

En la tabla 6, se observa en relación a las complicaciones maternas y las características socio-demográficas en cuanto al grado de instrucción, que del total de púerperas inmediatas con grado de instrucción secundaria incompleta el 3,9% tuvo hemorragia que es una complicación que se observa con mayor frecuencia, siendo este el mayor porcentaje y la atonía uterina con el 4,0%, la menor frecuencia de hemorragia se dio en las analfabetas con el 0,8% y la de nivel universitario con 0%.

No se encontró relación estadística significativa; siendo el valor de Chi₂=13.568 y de P=0,96. Lo cual indica que las complicaciones puerperales inmediatas no se relacionan con el nivel de instrucción; mientras mayor sea el nivel de instrucción este actuará como un factor protector de la salud, ya que la madre tendrá mayor conocimiento y estará en condiciones de actuar favorablemente en el cuidado de la salud, no solamente de ella, sino de su familia.

En los resultados se observa que las mujeres con secundaria incompleta presentaron mayor porcentaje de hemorragias, atonía uterina, vaginitis puerperal y desgarros y las

mujeres con nivel de instrucción universitario son las que presentan menos complicaciones.

Resultados que guardan relación con los referidos por Aguirre (2), quien refiere que el 30% de las puerperas inmediatas tenían como grado de instrucción primaria, seguido del 58% con secundaria y solo el 9% superior y la complicación más frecuente fueron las hemorragias puerperales con el 16% y la atonía uterina con el 7%. Así mismo con los resultados de Lucana, H (29), donde la mayoría de las puérperas tenían con grado de instrucción secundaria 75,5%. Los antecedentes revisados dan cuenta que las mujeres puérperas tienen como grado de instrucción en su mayoría secundaria entre completa e incompleta; un porcentaje mínimo es analfabeta.

Asimismo, Hurtado, C (45), encontró que los desgarros perineales se dieron en el 14,7% y los desgarros cervicales en el 2,9% en la mujer añosa y en las adolescentes el desgarro perineal ocurrió en el 16,7% y el cervical en el 1,4%, el grado de instrucción el 19,6% correspondió a primaria y el 39,2% a secundaria.

La formación básica formal según Álvarez, citado por Becerra (37), es un factor asociado a la mortalidad materna, pues indica que a mayor nivel de instrucción de la madre los riesgos de enfermar y morir disminuyen no sólo de ella sino de su familia, interiorizan aspectos fundamentales de autocuidado tanto en conocimiento como en práctica, pues la mujer analfabeta no tiene conocimientos necesarios para tener prácticas por sí misma. Así se cumple a mayor nivel de instrucción mayor conocimiento, por tanto, mejores prácticas de cuidado.

Importante comentar además, respecto al grado de instrucción de la mujer que en la actualidad aún siguen existiendo algunas brechas, la educación en la mujer ha sufrido cambios positivos; sin embargo tenemos mujeres que todavía no acceden a las instituciones educativas y en medida que se amplió la educación en la población, esta tendrá mayor posibilidad de estudiar, así los indicadores de salud van a mejorar, se tiene que trabajar los aspectos preventivo promocionales adecuados a la realidad local con medios que las mujeres comprendan e internalicen los mensajes.

Tabla 7. Complicaciones maternas puérperas inmediatas y las Características Socio-demográficas: Estado civil. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.

Complicaciones en el Puerperio inmediato	Características Socio-demográficas: Estado Civil								TOTAL	
	Soltera		Casada		Divorciada		Conviviente		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Hemorragias	6	2,3	10	3,9	1	0,4	16	6,3	33	12,9
Atonía uterina	5	2,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	10	3,9
Retención placentaria	0	0,0	8	3,1	0	0,0	4	1,6	8	3,1
Vaginitis Puerperal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	4,6	12	4,7
Desgarros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	3,1	8	3,1
Ninguna	15	5,8	48	18,7	0	0,0	122	47,6	185	72,3
Total	26	10,1	66	25,8	1	0,4	163	63,7	256	100,0

Chi₂=8.221 P=0,14

En la tabla 7, se observa en cuanto al estado civil, que del total de puérperas inmediatas en las convivientes el 6,3% presentó hemorragia, y el 4,6% vaginitis puerperal, desgarros el 3,1% y el 0,4% atonía uterina. Así mismo las casadas presentaron el 3,9% hemorragia y el 3,1% retención placentaria. Las puerperas solteras el 2,3% hemorragia y el 2,0% atonía uterina.

No se encontró relación estadística significativa; siendo el valor de Chi₂=8.221 y de P=0,14, indicando que las complicaciones puerperales inmediatas no están relacionadas con el estado civil; sin embargo, el estado civil especialmente el de convivencia se lo visualiza como un factor que va a incrementar la posibilidad que se generen las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, por el hecho que la mujer se encuentra desprotegida al no contar con el apoyo de su pareja, sobre llevar el embarazo y cubrir todas las necesidades que este demanda, especialmente si este se complica.

Según los resultados se puede observar que las mujeres con estado civil convivientes, son las que presentan la mayor frecuencia de complicaciones, dentro de ellas las hemorragias, la vaginitis puerperal y los desgarros.

Los resultados guardan cierta relación con los referidos por Aguirre (2), quien encontró en su estudio que las complicaciones puerperales inmediatas fueron hemorragias en el 16%, desgarros obstétricos 18%, atonía uterina 7% y el 76% de las mujeres eran convivientes y el 22% casadas. Asimismo Pérez, M (27), encontró en su estudio que el 71,3% de las mujeres con estado civil conviviente presentaron como complicación desgarros vulvoperineales.

Además los resultados guardan cierta relación con los referidos por Lucana, H (26), que el 90% de las puérperas que presentaron complicaciones su estado civil era de convivencia y el 62,2% de las que presentaron hemorragia la mayoría fue por desgarros perineal de grado I o II grado seguido por atonía uterina y desgarro del cuello uterino.

La convivencia es un estado civil en nuestra realidad que cada día va en aumento, lo que genera ciertos riesgos al cuidado de la familia, al no existir una unión estable y muchas veces el varón descuida la familia, incrementando los riesgos de morbi-mortalidad materna perinatal. Así lo reporta ENDES 2014 (41), esta situación coloca a la mujer en una situación de desventaja ante la presencia de una eventualidad durante el embarazo, el parto o el puerperio, generalmente son los familiares directos de la mujer los que van a ayudarla, pero ello incrementa los riesgos en el traslado, lo que dificulta una atención inmediata, generándose las muertes maternas por estas circunstancias.

Tabla 8. Complicaciones maternas puérperas inmediatas y las Características Socio-demográficas: Ocupación. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.

Complicaciones en el Puerperio Inmediato	Características Socio-demográficas: Ocupación						TOTAL	
	Comerciante		Ama de casa		Estudiante		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hemorragias	0	0,0	33	12,9	0	0,0	33	12,9
Atonía uterina	0	0,0	10	4,0	0	0,0	10	3,9
Retención placentaria	0	0,0	8	3,1	0	0,0	8	3,1
Vaginitis Puerperal	0	0,0	12	4,6	0	0,0	12	4,7
Desgarros	0	0,0	8	3,1	0	0,0	8	3,1
Ninguna	8	3,1	169	66,0	8	3,1	185	72,3
Total	8	3,1	240	93,8	8	3,1	256	100,0

Chi₂=0.404 P=1,00

En la tabla 8, respecto a la ocupación se observa que, del total de puérperas inmediatas en estudio, con ocupación amas de casa el 12,9% tuvo hemorragia, 4,0% atonía uterina, el 4,6%, presento retención placentaria y el 1,2% desgarros.

No se encontró relación estadística significativa; siendo el valor de Chi₂=0.404 y de P=1,00. Lo que significa que las complicaciones puerperales inmediatas no se relacionan con la ocupación; la ocupación de la mujer va a incrementar los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio porque de la actividad que desarrolle dependerá el esfuerzo que ella haga constituyendo un factor de riesgo para que se generen las complicaciones.

Según los resultados las complicaciones frecuentes fueron las hemorragias, la atonía uterina, la retención placentaria y la ocupación ama de casa.

Algunos estudios refieren que la ocupación constituye un factor de riesgo para que se presenten las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, en medida que la mujer genera un mayor esfuerzo para cumplir las diversas tareas mucho más si las mujeres son de la zona rural, que a diferencia de las mujeres que viven en el ámbito urbano le va a generar mayor demanda de energías, el atender los quehaceres del hogar, atender a los hijos y a la pareja, incrementando los riesgos para una complicación.

No se encontró relación estadística significativa entre las complicaciones maternas en el puerperio inmediato y las características sociodemográficas. Por lo que la prueba chi cuadrado fue mayor a 0.05. Significando que no existe entre ambas variables, sin embargo, estas complicaciones como las hemorragias, tal cual lo indican los antecedentes, son las que contribuyen a elevar las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal en nuestra Región y en el ámbito local.

Respecto a los resultados, las patologías que sobresalen son las hemorragias. Con relación a ello, es importante decir que se tiene que reforzar el trabajo que se viene realizando en relación a la educación sanitaria e identificación de factores de riesgo en forma oportuna, las mujeres tienen que saber claramente cuáles son los signos y síntomas de alarma, y facilitar aún más los exámenes auxiliares que confirman la presencia de una infección, además de realizar el seguimiento a aquellas mujeres que no acuden a su control pre natal y se les detectó alguna patología a fin de vigilar su evolución, tratamiento, recuperación y así evitar las complicaciones inmediatas o posteriores.

Según la Encuesta ENDES (2013), la atención del parto institucional favorece la atención de la madre y del recién nacido ante una eventual complicación, especialmente las referidas a las hemorragias en el puerperio inmediato. Asimismo, cabe resaltar que los establecimientos de salud públicos fueron más utilizados por mujeres ubicadas en el quintil intermedio y segundo quintil de riqueza (88,5% y 85,0% respectivamente y con educación secundaria (4,3%) (1), esto disminuye los indicadores de morbi-mortalidad materna perinatal.

Además, si bien es cierto se ha incrementado la cobertura del control prenatal, en relación al 2009 que fue el 94,5% en el 2013 al 98,4%; asimismo la atención de los partos institucionales, es necesario tener en cuenta que existen algunas razones por las cuales las mujeres no acuden a los establecimientos de salud y según la Encuesta 2013, nos refiere a la falta de medicinas cuando acuden a estos, conseguir dinero para el tratamiento, el no querer ir solas a la atención y en Cajamarca lo refieren como problema de acceso a los servicios de salud en un 61,2% (1). Significando que el personal de salud como equipo deben trabajar para que la población de mujeres gestantes acuda a los establecimientos, porque se estará asegurando que el parto también se de en el servicio de salud, y con ello

identificar a tiempo las probables complicaciones antes mencionadas, mejoraremos el nivel de vida de las mujeres y sus familias, los indicadores de salud materna a nivel local, regional y nacional.

Los resultados se sustentan en la teoría de autocuidado en razón a que. Banfield (1997) presentó un análisis de los fundamentos metafísicos y epistemológicos de la labor de Orem y concluyó que “la visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, que están en procesos de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales” (28). De ahí la relación que se establece entre las características sociodemográficas y las complicaciones maternas en las puerperas inmediatas como parte de su entorno que van a relacionarse o no con la ocurrencia de estas y que van a intervenir en gran manera en la práctica del autocuidado de la mujer y de la familia.

Importante decir que el presente trabajo de investigación se sustenta en la teoría de Dorothea Orem, quien describe y explica el concepto del autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia; cuya conducta de los individuos está orientada al cuidado de sí mismos, de los que les rodea y de su entorno como resultado de lo aprendido; para ello identifican aquellos factores que pueden afectar a su bienestar y ponen en práctica hábitos saludables y medidas de protección. Esto se va a conseguir con las mujeres en medida que como profesionales de la salud en especial de enfermería eduquemos a la población y concienticemos de la importancia del cuidado de la salud así se evitara en este caso las complicaciones que se pueden generar en una mujer desde el momento de la gestación las mismas que pueden conllevar a complicaciones maternas y perinatales en el momento del parto y puerperio.

Así mismo, la atención de enfermería en las mujeres puerperas inmediatas debe tener en cuenta la etapa de depresión y ansiedad post parto que se genera en la mujer en esta etapa de su vida, además del vínculo con el hijo que debe establecer una etapa nueva si es primeriza, la cual la puede sobre llevar con el apoyo emocional y la orientación que le brinde la enfermera en cuanto a los cuidados inmediatos y mediatos tanto para ella como para el recién nacido. También juega un papel fundamental la participación de la familia especialmente de la madre y de la pareja sí la tiene.

Tabla 9. Complicaciones perinatales inmediatas y las Características Socio-demográficas: Edad de púerperas inmediatas. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015

Complicaciones Perinatales Inmediatas	Características Socio-demográficas: Edad						Total	
	Menor 16 años		17 a 35 años		Mayor 35 años		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Asfixia neonatal	0	0,0	8	3,1	2	0,8	10	3,9
Síndrome de distrés respiratorio	0	0,0	9	3,5	2	0,7	11	4,2
Sepsis neonatal	0	0,0	13	5,1	1	0,4	14	5,5
Aspiración de líquido meconial	0	0,0	10	3,9	1	0,3	11	4,2
Sufrimiento fetal	1	0,4	33	12,9	8	3,1	42	16,4
Macrosomía fetal	0	0,0	2	0,8	1	0,4	3	1,2
Ninguna	4	1,5	130	80,8	31	12,2	165	64,5
Total	5	1,9	205	80,1	46	18	256	100,0

Chi₂=13.551 P=0,881

En la tabla 9, se observa en relación a las complicaciones perinatales inmediatas y las características socio-demográficas en cuanto a la edad que del total de puerperas atendidas en las menores de 16 años, el 0,4% de los recién nacidos presentaron sufrimiento fetal. De las mujeres de 17 a 35 años presentaron el 12,4% sufrimiento fetal, el 5,1% sepsis neonatal, el 3,9% aspiración de líquido meconial, el 3,5% síndrome de distrés respiratorio y el 3,1% asfixia neonatal. En las de 36 años a más también se presentaron las mismas complicaciones, pero en menor porcentaje.

No se encontró relación estadística significativa; siendo el valor de Chi₂=13.551 y de P=0,881. Lo cual indica que no existe una relación estrecha entre las complicaciones perinatales y la edad de la madre; sin embargo, la edad menor de 15 años y mayor de 36 años, constituyen factor de riesgo para que se presenten las complicaciones maternas y estas a su vez van a intervenir para que se presenten las complicaciones perinatales.

En los resultados de la presente se observa que las complicaciones perinatales de mayor frecuencia son el sufrimiento fetal, sepsis neonatal y el síndrome de distrés respiratorio. En el presente estudio las complicaciones perinatales se encuentran con mayor frecuencia en el grupo etáreo de 17 a 35 años.

En cuanto al Sufrimiento fetal, no se encontraron estudios relacionados a los resultados de la presente investigación. Al respecto, Canales, cita como factores de riesgo a la estrechez pélvica, ruptura prematura de membranas; para que se presente el sufrimiento fetal en los recién nacidos, de las mujeres adolescentes lo que incrementa el riesgo de morbi-mortalidad perinatal (69).

Además, la edad materna avanzada se la relaciona con la ocurrencia de las complicaciones perinatales y se ha relacionado con mayor incidencia de bajo peso al nacer, prematuridad, óbito fetal y muerte neonatal temprana (70); por tanto la intervención debe ser oportuna a fin de evitar la mortalidad perinatal o las secuelas que las complicaciones generan.

La enfermera debe monitorear y vigilar el estado fetal durante el proceso de trabajo de parto y de detectar alguna anomalía en su proceso actuar inmediatamente a fin de preservar la vida del producto.

A la deficiente nutrición de la gestante durante las diversas etapas del embarazo, se la refiere como causa del sufrimiento fetal agudo, recomendándose un programa educativo para las mujeres embarazadas, para que puedan mejorar su nutrición durante la gestación y evitar el sufrimiento fetal agudo, de manera que se minimice la tasa de recién nacidos prematuros y óbitos fetales en el sistema de salud.

El peligro de muerte fetal es apreciable cuando disminuye el aporte de oxígeno a los tejidos de su organismo, esta es cuando ocurre la anotia uterina. De ahí la importancia del control pre natal y de la alimentación en la gestante de tal forma que se evite los recién nacidos prematuros.

Asimismo, la ruptura prematura de membranas representa un factor de riesgo importante para sepsis, así la infección del tracto urinario también es un factor de riesgo frecuente

para esta patología (71). Tal como se lo ha descrito anteriormente las infecciones urinarias fueron una patología frecuente en las mujeres en estudio.

Las complicaciones perinatales, sobre todo el estado fetal no satisfactorio, el cual se ha convertido en un problema y en un reto para el equipo de salud en especial para la obstetra de hoy que aún persiste en Latino América del cual nuestro país no está excluido, esto ha llevado a que se busquen mejores métodos auxiliares de diagnóstico intrauterino, como es la flujometría Doppler y la cardiotocografía. Como valor pronóstico de una posible hipoxia o anoxia fetal, para tratar de priorizar el método diagnóstico en la que terminará el embarazo.

Esto ha permitido un monitoreo fetal adecuado y ha facilitado la toma de decisiones en cuanto al tipo de parto vaginal o el de optar por una cesárea de emergencia; permitiendo salvar la vida de la madre y del neonato, permitiendo actuar oportunamente según protocolo de atención, función que le compete a la enfermera en cuanto a la atención inmediata del recién nacido, motivo por el cual debe ser un profesional capacitado y entrenado en la atención del neonato porque de su actuar va a depender la vida del recién nacido.

Existen determinadas circunstancias patológicas que aumentan el espesor de la placenta como la preeclampsia, incompatibilidad Rh, la diabetes materna, como también existen determinadas circunstancias patológicas que disminuyen la extensión de la superficie de intercambio, entre las cuales se encuentran el desprendimiento prematuro de placenta, la placenta previa. Por último, las alteraciones de la circulación del feto producen disminución del riesgo sanguíneo, y son: circulares del cordón al cuello, anemia fetal y hemorragias placentarias (49); patologías que los neonatos del presente estudio las han sufrido como es el circular de cordón y en la madre el desprendimiento prematuro de placenta.

Así, la importancia del reconocimiento de sufrimiento fetal radica en que cuando el problema se detecta rápidamente y se trata de manera apropiada e inmediata, se impide el daño. En cuanto a la profilaxis del sufrimiento fetal es necesario tener presente que el sufrimiento fetal agudo puede ocurrir en embarazos por lo demás normales, por lo que pueden reducir la oxigenación fetal circunstancias controlables que pueden reducir la

oxigenación fetal. Así, hay que evitar la posición supina al final del embarazo, debiendo estar la paciente en decúbito lateral izquierdo o posición semi-fowler (decúbito elevado con inclinación de 45 °), para impedir la hipoxemia fetal relacionada a la postura.

La importancia de la atención del recién nacido en estas circunstancias es fundamental, se evitarán daños neurológicos, los mismos que más adelante repercutirán en el desarrollo del niño en las diferentes áreas; de allí el papel fundamental de la enfermera en este periodo de atención por lo cual quien atienda a los neonatos tiene que estar preparada para actuar en forma inmediata y continuamente actualizada, así se contribuirá a disminuir las tasas de morbilidad perinatal y sus secuelas.

En relación a la sepsis neonatal, No se encontraron estudios relacionados con los resultados en relación con la edad; sin embargo, los resultados muestran que en el Hospital Regional de Cajamarca (19), el 5,6% presentaron sepsis neonatal como complicación perinatal.

Importante citar a Timana Cruz (72), quien evaluó los siguientes factores de riesgo de sepsis neonatal temprana: sexo, tipo de parto, sufrimiento fetal, edad gestacional, relación peso edad gestacional, peso al nacer, edad materna, control pre natal, paridad, tactos vaginales excesivos, antecedente de aborto, embarazo gemelar, preeclampsia severa, infección urinaria y ruptura prematura de membranas; factores que de estar presentes conllevan a una sepsis neonatal. En los resultados del estudio se encontró un porcentaje representativo de mujeres puerperas con infección del tracto urinario catalogado dentro de los factores de riesgo para la sepsis neonatal, resultando esta patología una alerta en cuanto a las complicaciones que puede generar.

También tenemos los resultados de Avilés (73), en su estudio predominó la sepsis de inicio precoz sobre la tardía. Los principales antecedentes maternos fueron la ruptura prematura de membranas seguido de la infección de vías urinarias. En cuanto a los factores del recién nacido predominó el sexo masculino y se encontró un importante porcentaje de prematuridad y de bajo peso al nacer.

Una estrategia importante para tratar de conseguir el control de este tipo de infecciones es el conocimiento de su frecuencia sobre todo en poblaciones vulnerables como los

neonatos. Además, es fundamental la atención oportuna de la mujer en trabajo de parto y en la atención de las eventualidades que se dan en este proceso, como se sabe existen factores de riesgo que predisponen a la sepsis neonatal como la ruptura prematura de membranas, los tactos vaginales; por tanto, es muy importante evaluar a gestante en forma óptima y oportuna a fin de evitar estas complicaciones y así evitar los problemas perinatales.

Respecto al Síndrome de distrés respiratorio, No se encontraron estudios relacionados a los resultados; sin embargo Espinoza, C; Palacios, F (74), encontró en su estudio al distrés respiratorio como antecedente de mortalidad neonatal. En el estudio se tuvieron niños prematuros, como se describe es la principal patología respiratoria entre los recién nacidos prematuros, ocupa un papel preponderante por su alta morbimortalidad. A pesar de los grandes avances tanto en el conocimiento de su fisiología, como en el tratamiento actual, dicho síndrome continúa siendo una de las primeras causas de ingreso a las unidades de terapia intensiva neonatal a nivel mundial (74).

Asimismo, Salazar (75), encontró en su estudio que los factores observados como causa de trastornos respiratorios neonatales están relacionados con la edad materna, tipo de parto (parto vaginal o cesárea) y mujeres que no recibieron maduración pulmonar con corticoides, la patología respiratoria más frecuente encontrada es la taquipnea transitoria del recién nacido y la enfermedad de membrana hialina. Igualmente Huamán (76). Menciona la puntuación de Ápgar menor de 7 puntos, la corioamnionitis, trauma obstétrico, la ruptura prematura de membranas y la preeclampsia como factores determinantes para sepsis neonatal temprana.

En la literatura médica se mencionan varios factores perinatales que predisponen a los recién nacidos a presentar trastornos respiratorios tales como: neumonía, taquipnea transitoria del recién nacido, enfermedad de membrana hialina. Síndrome de aspiración de líquido meconial entre otros (77).

El síndrome se manifiesta con diversos signos y síntomas asociados a la incapacidad pulmonar de ventilar adecuadamente, entre estos palidez, cianosis, quejido, aleteo nasal, retracciones subcostales e intercostales, frecuencia respiratoria aumentada; cabe recalcar que estos signos y síntomas son inespecíficos y se presentan en diversas patologías

respiratorias neonatales, se han desarrollado asimismo diversas escalas de severidad, manejo de la escala de Silverman Anderson; El síndrome de distrés respiratorio afecta al 1% de nacidos vivos (77).

Tabla 10. Complicaciones perinatales inmediatas y las Características Socio-demográficas: Procedencia de púerperas inmediatas. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015

Complicaciones perinatales inmediatas	Características Socio-demográficas: Procedencia				TOTAL	
	URBANA		RURAL		N°	%
	N°	%	N°	%		
Asfixia neonatal	2	0,8	8	3,1	10	3,9
Síndrome de distrés respiratorio	2	0,7	9	3,5	11	4,2
Sepsis neonatal	3	1,2	11	4,3	14	5,5
Aspiración de líquido meconial	0	0,0	11	4,3	11	4,2
Sufrimiento fetal	9	3,5	33	12,9	42	16,4
Macrosomía fetal	0	0,0	3	1,2	3	1,2
Ninguna	36	14,1	129	50,4	165	64,5
Total	52	20,3	204	79,7	256	100,0

$\chi^2=2.668$ $P=0,263$

En la tabla 10, se observa que del total de puerperas atendidas en las de procedencia rural los recién nacidos presentaron 12,9% sufrimiento fetal; el 4,2% aspiración de líquido amniótico y sepsis neonatal respectivamente; el 3,5% síndrome de distrés respiratorio; el 3,1% asfixia neonatal el 3,1% y el 1,2% macrosomía fetal. Las mismas complicaciones se presentan en menor porcentaje en mujeres de procedencia urbana,

No se encontró relación estadística significativa; siendo el valor de $\chi^2=2.668$ y de $P=0,263$. Indica que una variable no se relaciona con la otra, las complicaciones puerperales no están directamente relacionadas con la procedencia las variables; por tanto las complicaciones perinatales no dependen de la procedencia; sin embargo, la procedencia rural de la mujer incrementa la posibilidad de sufrir complicaciones y con ello generar las complicaciones perinatales.

Los resultados demuestran que las complicaciones más frecuentes son el sufrimiento fetal, aspiración de líquido amniótico, sepsis neonatal y distrés respiratorio. Resultados

que guardan cierta relación con lo referido por Hurtado (45), quien encontró que las complicaciones perinatales más frecuentes fueron el sufrimiento fetal agudo y la sepsis neonatal. En cuanto al lugar de procedencia estas se dieron con mayor frecuencia en las de la zona urbana y urbano marginal y en menor porcentaje en las mujeres de la zona rural.

Por lo tanto será necesario tomar acciones de vigilancia y control para aquellas mujeres que se procedan del área rural, con la finalidad de controlar la probabilidad de las complicaciones perinatales antes mencionadas, las mismas que son potencialmente causas de mortalidad perinatal si no son detectadas a tiempo y controladas con una intervención oportuna; de ahí la importancia que el parto se de en un establecimiento de salud con capacidad de resolución ante una complicación materna- perinatal.

Tabla 11. Complicaciones perinatales inmediatas y las Características Socio-demográficas: Grado de Instrucción de púerperas inmediatas. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015

Complicaciones perinatales inmediatas	Características Socio-demográficas: Grado de Instrucción														TOTAL	
	Analfabet		Primaria		Primaria		Secunda		Secundari		Superior		Superior		N°	%
	Comp		Incomp		Incomp		Comp		Universita		no Univer					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Asfixia neonatal	0	0,0	2	0,8	1	0,4	3	1,2	3	1,2	0	0,0	1	0,4	10	3,9
Síndrome de distrés respiratorio	1	0,4	0	0,0	1	0,4	8	3,1	0	0,0	0	0,0	1	0,3	11	4,2
Sepsis neonatal	0	0,0	2	0,8	2	0,8	6	2,3	1	0,4	1	0,4	2	0,8	14	5,5
Aspiración de líquido meconial	1	0,4	1	0,4	2	0,7	4	1,5	3	1,2	0	0,0	0	0,0	11	4,2
Sufrimiento fetal	2	0,8	5	1,9	7	2,7	20	8,0	7	2,7	1	0,4	0	0,0	42	16,4
Macrosomía fetal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,4	3	1,2
Ninguna	1	0,4	22	8,5	28	10,9	50	19,5	40	15,7	0	0,0	24	9,4	165	64,5
Total	5	2,0	32	12,5	41	16,0	93	36,9	54	21,1	2	0,8	29	11,3	256	100,
																0

Chi₂=2.012 P=0,333

En la tabla 11, se observa en relación a las complicaciones perinatales inmediatas y las características socio-demográficas en cuanto al grado de instrucción que del total de puerperas atendidas las de nivel de instrucción secundaria incompleta en los recién nacidos el 8,0% presentaron sufrimiento fetal, el 3,1% síndrome de distrés respiratorio, el 2,3% sepsis neonatal y el 0,8% macrosomía fetal; en las de secundaria completa el 1,9% presentó sufrimiento fetal y el 0,8% asfixia neonatal, en las mujeres con grado de instrucción superior las complicaciones se dieron en menor porcentaje.

No se encontró relación estadística significativa; siendo el valor de Chi₂=2.012 y de P=0,333. Significa que las complicaciones perinatales no se relacionan con el grado de instrucción de la mujer; por tanto las variables no están directamente relacionadas; probablemente existan otros factores en la mujer que generan las complicaciones perinatales.

Los resultados revelan que las complicaciones perinatales más frecuentes son sufrimiento fetal, síndrome de distrés respiratorio y asfixia neonatal y se presentaron en las mujeres con grado de instrucción secundaria incompleta.

No se encontraron estudios relacionados con los resultados en relación con el grado de instrucción de la madre; sin embargo, los antecedentes revelan que las más afectadas son las mujeres con menor grado de instrucción, especialmente las analfabetas.

Durante el control prenatal se tiene que identificar los factores de riesgo existentes en la mujer que van a constituir una probabilidad para que se generen las complicaciones perinatales; las mismas que al no ser detectadas o controladas terminaran generando una complicación perinatal; por tanto siendo el nivel de instrucción un factor que favorece el cuidado de la salud de la mujer se le debe dar la orientación e información suficiente para que ella identifique los signos y síntomas de riesgo para que acuda al establecimiento de salud lo más pronto posible y así evitar las consecuencias de las complicaciones. Y para las mujeres con nivel de instrucción bajo dentro de ellas las analfabetas emplear estrategias de educación e información adecuadas para su comprensión y entendimiento.

Tabla 12. Complicaciones perinatales inmediatas y las Características Socio-demográficas: Estado civil de puérperas inmediatas. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015

Complicaciones perinatales inmediatas	Características Socio-demográficas: Estado Civil								TOTAL	
	Soltera		Casada		Divorciada		Conviviente		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Asfixia neonatal	1	0,4	3	1,2	0	0,0	6	3,0	10	3,9
Síndrome de distrés respiratorio	0	0,0	1	0,3	0	0,0	10	3,9	11	4,2
Sepsis neonatal	3	1,2	4	1,6	0	0,0	7	2,7	14	5,5
Aspiración de líquido meconial	1	0,3	3	1,2	0	0,0	7	2,7	11	4,2
Sufrimiento fetal	4	1,6	9	3,5	0	0,0	29	11,4	42	16,4
Macrosomía fetal	0	0,0	1	0,4	0	0,0	2	0,8	3	1,2
Ninguna	17	6,6	45	17,7	1	0,4	102	39,8	165	64,5
Total	26	10,2	66	25,8	1	0,4	163	63,7	256	100,0

Chi₂=13.431 P=0,971

En la tabla 12, se observa en cuanto al estado civil que del total en las convivientes el 11,4% de los recién nacidos presentaron sufrimiento fetal, el 3,9% síndrome de distrés respiratorio el 2,7% sepsis neonatal y aspiración meconial respectivamente. En las casadas el 3,5% presentaron sufrimiento fetal, el 1,6% sepsis neonatal y el 1,2% asfixia neonatal, el 0,8% macrosomía fetal. Así mismo en las solteras el 1,6% presentaron sufrimiento fetal.

No se encontró relación estadística significativa; siendo el valor de Chi₂=13.431 y de P=0,971. Lo cual indica que las complicaciones perinatales no se relacionan con el estado civil de la mujer; sin embargo, el estado civil de convivencia va a intervenir generando una probabilidad de ocurrencia de una complicación perinatal.

De los resultados se observa que las complicaciones perinatales frecuentes fueron el sufrimiento fetal, síndrome de distrés respiratorio y se dio con mayor frecuencia en las convivientes.

No se encontraron estudios relacionados con los resultados encontrados en el presente estudio.

Por lo tanto será necesario tomar acciones de vigilancia y control para aquellas mujeres que se identifique su estado civil de convivencia, con la finalidad de controlar la probabilidad de las complicaciones perinatales, las mismas que son causas de mortalidad perinatal si no son detectadas y controladas con una intervención oportuna; de ahí la importancia que las mujeres opten por un plan de parto, como se sabe en la actualidad existen las casas de espera lugar donde la mujer que procede de lugares fuera de la ciudad mediante una referencia puede ser alojada y esperar el momento del parto, esta estrategia ha demostrado que interviene positivamente disminuyendo la morbimortalidad materna perinatal, ya empleada en otros países vecinos al nuestro.

Tabla 13. Complicaciones perinatales inmediatas y las Características Socio-demográficas: Ocupación de puérperas inmediatas. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015

Complicaciones Perinatales	Características Socio-demográficas: Ocupación						TOTAL	
	Comerciante		Ama de casa		Estudiante		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Asfixia neonatal	3	1,2	7	2,7	0	0,0	10	3,9
Síndrome de distrés respiratorio	1	0,4	10	3,8	0	0,0	11	4,2
Sepsis neonatal	0	0,0	14	5,5	0	0,0	14	5,5
Aspiración de líquido meconial	0	0,0	11	4,2	0	0,0	11	4,2
Sufrimiento fetal	1	0,4	41	16,0	0	0,0	42	16,4
Macrosomía fetal	1	0,4	1	0,4	1	0,4	3	1,2
Ninguna	2	0,8	156	60,9	7	2,8	165	64,5
Total	8	3,2	240	93,8	8	3,1	256	100,0

Chi₂=7.548 P=0,030

En la tabla 13, se observa en relación a las complicaciones perinatales inmediatas y las características socio-demográficas en cuanto a la ocupación del total de puerperas las que tenían como ocupación amas de casa, los recién nacidos presentaron el 16,0% sufrimiento fetal; el 5,5% sepsis neonatal, 3,8% síndrome de aspiración de líquido meconial y el 2,7% asfixia neonatal.

Se encontró relación estadística significativa valor de Chi₂=7.548 y de P=0,030. Indica que las variables están directamente relacionadas; significando que las complicaciones perinatales dependerán de la ocupación que desempeñe la madre, en el estudio el mayor porcentaje de madres tenían como ocupación ser amas de casa.

Según los resultados, las complicaciones frecuentes son sufrimiento fetal, sepsis neonatal, síndrome de aspiración de líquido meconial y la ocupación fue ama de casa.

Los resultados guardan cierta similitud con Bohórquez (77), quien indica que el 70% de las madres que se dedicaban a los quehaceres del hogar, presentaron como complicación perinatal sufrimiento fetal; tal como se ha mencionado anteriormente la ocupación especialmente el ser ama de casa, constituye un factor que va a incrementar los riesgos de morbi-mortalidad materna perinatal y mucho más cuando las mujeres proceden de la zona rural.

Se encontró relación estadística significativa entre las complicaciones perinatales en el puerperio inmediato y las características sociodemográficas, dentro de estas la ocupación; por lo que la prueba de chi cuadrado es menor a 0.05; siendo el valor de ($p=0,030$). Lo que significa que las variables están estrechamente relacionadas. Siendo las complicaciones el sufrimiento fetal; la sepsis neonatal; la aspiración de líquido meconial, y la asfixia neonatal; según las referencias bibliográficas estas complicaciones son causas para que se genere la morbilidad y mortalidad perinatal si estas no son atendidas a tiempo y están relacionadas con la ocupación de la madre quienes son amas de casa lo que incrementa el riesgo de presentarse estas complicaciones pudiendo generar la muerte en el neonato.

Todas las patologías que se dan posterior al embarazo, en los neonatos representan un aumento en la probabilidad de asfixia perinatal, sepsis neonatal temprana, síndrome de aspiración meconial, en la bibliografía revisada este aumenta hasta 2,86 veces el riesgo de asfixia y de otras patologías como el síndrome de dificultad respiratoria (77),

Así, se puede observar que la ocupación de la madre resulta un factor de riesgo para las probables complicaciones perinatales tal como se evidencian en los resultados del presente al relacionar las variables se encontró que guarda relación estadística significativa. Por tanto, será importante tener en cuenta este factor a fin de realizar las orientaciones respectivas a las mujeres y así poder evitar las complicaciones perinatales.

Entonces, está demostrado que la cobertura y calidad de la atención prenatal, durante y después del parto, constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno- infantil y son, por lo tanto, elementos que se deben tener en cuenta al evaluar la situación general de la salud del país y de la región.

Según las referencias de la Encuesta 2013; tenemos que el control prenatal ha incrementado en relación al 2009 que fue de 94,5% y en el 2013 tenemos que ha alcanzado 98,4%; el 77% de las mujeres tuvieron su primera atención antes de cumplir cuatro meses de embarazo. Los de la zona urbana 80,4% y rural 70,3%. Además, que la atención por profesionales también se ha superado siendo este control por Médicos; Obstetrices; Enfermeras; Técnicos de enfermería; Asimismo por Sanitarios o promotor de salud (1). Habiéndose incrementado el control prenatal por profesionales es seguro que mejorara la calidad del control y se identificarán a tiempo aquellos factores de riesgo que generaran una complicación materna –perinatal.

Por tanto, tal como hemos observado los resultados y los estudios citados las complicaciones perinatales encontradas en el presente trabajo son frecuentes en diferentes ámbitos; asimismo estas pueden ser prevenidas si actuamos con criterio y responsabilidad desde el primer momento que captamos a la gestante; como se ha manifestado un buen control pre natal nos dará como resultado la identificación de los factores de riesgo presentes y potenciales de tal forma que con el transcurso del embarazo se puedan ir monitorizando y controlando y finalmente se pueda tener un parto institucional, un puerperio controlado y sin riesgos de tal forma que se preserve la vida de la madre y del recién nacido.

Se sustenta en la teoría de Oren, en cuanto. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de otros (28).

El cuidado de la madre en los neonatos es primordial ella con el conocimiento adquirido o transmitido de la madre, abuela o de otras personas podrá afrontar esta etapa de la maternidad, papel importante de la enfermera de transmitir las enseñanzas respecto al cuidado del recién nacido, la madre conforme vaya ganando experiencia irá aprendiendo y brindará una mejor atención, pero es primordial darle los conocimientos básicos y pueda brindar un cuidado adecuado.

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas de las puérperas en la mayoría tienen edades comprendidas entre los 17 y 35 años; más de la mitad son de la zona rural; menos de la mitad tiene secundaria incompleta; más de la mitad son convivientes y cerca del total son amas de casa.
2. Las complicaciones puerperales inmediatas fueron las hemorragias; vaginitis puerperal; retención placentaria; atonía uterina y desgarros.
3. Dentro de las complicaciones perinatales se identificaron: sufrimiento fetal; sepsis neonatal; aspiración de líquido meconial; asfixia neonatal y macrosomía fetal.
4. Se encontró relación estadística significativa entre las características sociodemográficas; dentro de estas la ocupación y las complicaciones perinatales en las puérperas inmediatas; siendo el valor de ($p=0,030$); lo que significa que una variable se relaciona con la otra. Por tanto, se acepta la hipótesis parcialmente.

RECOMENDACIONES

1. **Al Personal de Salud que atiende a la mujer en sus diferentes etapas: Pre concepcional; concepcional y post concepcional. Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas.**

- Realizar el control prenatal con calidad, eficacia y eficiencia; mediante este se logrará detectar los factores de riesgo en forma oportuna.
- Detectar oportunamente cualquier patología agregada durante el proceso del parto, para dar un tratamiento oportuno y evitar las complicaciones materno-perinatales.
- Realizar un buen control, durante las dos primeras horas de puerperio inmediato a fin de evitar las complicaciones maternas las mismas que pueden ser prevenibles y así evitar una muerte materna.
- Estar en constante actualización, sobre los avances médicos para la atención del embarazo, parto y puerperio.

2. **A los Docentes de la Universidad Nacional de Cajamarca:**

- A los Docentes del Área Materno- Infantil, continuar realizando investigaciones referentes a la salud de la mujer en sus diferentes estadios; especialmente en la pre-natal, natal y post natal, a través de las mismas se tendrá conocimiento de la realidad.
- Teniendo en cuenta los resultados implementar programas de educación en medidas de prevención, dirigidas a las mujeres en edad fértil y gestantes.

3. A las mujeres del ámbito de atención del Hospital José Soto Cadenillas y Establecimiento de Salud que refieren a este centro de atención.

- Acudir a su control pre natal en forma oportuna a cualquiera de los establecimientos de salud, cumplir con su cronograma de atención y con la realización de la batería de controles que se estable en el ministerio de salud; especialmente si se encuentran en la edad de mayor riesgo menores de 15 y mayores de 35 años de edad.
- Tener en cuenta la identificación de los factores de riesgo y las complicaciones potenciales que se pueden presentar en cualquier momento del embarazo parto y puerperio.
- Acudir a las citas programadas para la psicoprofilaxis, las mismas que contribuirán en la preparación física y psicológica para el momento del parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES-Nacional y Departamental; 2013. Lima-Perú.
2. Aguirre L. Complicaciones Puerperales en Pacientes de Parto Eutócico. [Tesis], para optar Licenciatura en Obstetricia. Ecuador-Guayaquil: Hospital Enrique Soto Mayor Ciencias de la Salud; 2012-2013.
3. Organización Panamericana de la salud. [En línea].; 2012 [citado 10 de Noviembre 2015]. Disponible en URL:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19579&Itemid=270&lang=en
4. Sebadua, Jesús. Situación Materna. [En línea].; 2010 [citado 09 de Noviembre, 2015]. Disponible en URL: <http://www.cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/33077/1/>
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. [En Línea].; 2012 [citado 02 de Noviembre 2015]. Disponible en URL: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/44858/1/9789243564449_spa.pdf?ua=1 who.int.
6. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas [En línea].; 2011 [citado 12 de Octubre 2015]. Disponible en URL:
http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
7. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. [En línea].; 2010 [citado 11 Octubre 2015]. Disponible URL: <http://www.who.int>.
8. Orozco, JP. Puerperio: Factores de Riesgo Materno Postparto Hemorragia; Manejo clínico; Historia clínica. [En línea]. [citado 20 Agosto 2017]. Disponible en URL:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/3441>.
9. Rodriguez, A. "*Factores de riesgo asociados a asfixias perinatales severas en el Hospital Nuevo Amanecer "Nancy Bach" Biwi, Puerto Cabezas del 01 de Julio 2012 al 30 de Junio 2015.*" [Tesis], para optar el Título de Médico. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN MANAGUA. Facultad de Ciencias Médicas.; 2012-2015.
10. Baena, Antonio; Alba, Andrea. et.al. *Complicaciones clínicas del embarazo.* [En línea].; 2012 [citado 09 Octubre 2015]. Disponible en URL:
<http://www.es.slieshare.net/percym19/tesis-complicacionesdel embarazo>

11. Ramiréz, Juven. *Resultados Perinatales y Obstétricos en gestantes mayores de 35 años en el Hospital de Loreto en el año 2014*. [Tesis], para optar el Título de Médico-Cirujano. Iquitos-Perú, 2015.
12. Gutierrez, Cristina. *Complicaciones Obstétricas y Perinatales en gestantes mayores de 35 años en el Hospital Rezo-la-Cañete en el año 2014*. [Tesis], para optar el Título profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima-Perú, 2015.
13. Resumen Ejecutivo Salud Materno Neonatal "Todos los niños y niñas y todas las madres cuentan. Inversión en la infancia. Factor clave para la erradicación de la pobreza. Elaborado. Equipo Técnico del Grupo impulsor Iniciativa Ciudadana Inversión en la. [Online].; Infancia. Lima- Perú, 2013.
14. Bendezú, Guido; Bendezú, D y Torres, G. *Características y riesgos de gestantes adolescentes*. Rev. Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2016 ene/mar.; Vol.62(nº 1).
15. Cabello, C. *Factores asociados a complicaciones en recién nacidos*. Rev. Pediatría. Hospital Santa Rosa de Lima. 2014 Octubre; 20(2).
16. Chávez, R. *Relación entre las prácticas de cuidado y las complicaciones en puerperas atendidas en el Centro de Salud Morales, Agosto-Diciembre 2016*. [Tesis], para obtener el Título profesional de Obstetra. Tarapoto- Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2016.
17. Hospital Regional de Cajamarca. Plan Anual 2012. Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico. Región Cajamarca. 2012.
18. Hospital Regional de Cajamarca. Oficina General de Estadística e Informática, 2012.
19. Hospital Regional de Cajamarca. Oficina General de Estadística e Informática -2013.
20. Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota. Oficina General de Estadística e Informática-2014.
21. Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota. Oficina General de Estadística e Informática del -2015.
22. Dirección de Salud- Chota (DISA). Análisis Situacional de Salud Chota. 2014.
23. López Montero, Grace y Espinoza, Lourdes Isabel. Características de las pacientes con puerperio inmediato atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca- Ecuador. 2015.

24. Sebadua J. Complicaciones en el Puerperio inmediato. [Tesis]. México-Veracruz: Hospital Regional de Veracruz; 2010.
25. Gil Cusirramos, M. Factores asociados a hemorragia pot parto inmediato por atonía uterina en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen durante el periodo enero-septiembre del 2015.Lima-Perú, 2016.
26. Lucana Ccalla, Hermila, Mayta Pérez, Diana. Incidencia, características sociodemográfica y obstétrica de Puerperas que presentaron hemorragia posparto inmediata en el Hospital María Auxiliadora- San Juan de Miraflores, 2014. [En línea]. Disponible en URL. <http://repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/40>
27. Pérez Torres, MA. *Factores asociados a desgarros vulvoperineales en puerperas atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Enero- Abril del 2013"*. [Tesis], para optar el título profesional de Obstetra. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. facultad de Ciencias de la salud. escuela Académico profesional de Obstetricia; 2013.
28. Marriner Tomey A, Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta ed. Barcelona-España: Elsevier España, S.L.; 2007.
29. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención intergral de salud materna; 2017.
30. García, CM. Embarazo y Puerperio. In García. Buenos Aires- Argentina: Rio Platense; 2006.
31. Davir R. Puerperio Normal y patológico. en Colombia; 2010.
32. Pacheco J. Ginecología y Obstetricia., Tomo II. 2ª edición.2007. ISB 978-603-45032-05. Lima-Perú.p.1343-1351
33. REEDER MK. Enfermería Materno Infantil,. 17th ed. Grraw M, editor. Nicaragua: Mac Graw- HILL INTERAMERICANA, Mexico 2002.; 2013-2014.
34. Cabero, L. Tratado de Ginecología. Davie y Cabero Ed. ed. Cartagena: Santa Fé.; 2013.
35. CUNNINGHAM. Manual de Neonatología. Para Residentes: Manejo Básico de problemas en guardia patologías farmacoterapia: Editorial Panamericana
36. Instituto Materno Perinatal. Manual de Organización y Procedimientos en neonatología, 2012.
37. Becerra, S. *Factores de riesgo obstétricos frecuentes en las mujeres con parto pretérmino. Hospiatl José Soto Cadenillas- Chota 2014*. [Tesis].; Para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad. Ciencias de la Salud.; 2014. Cajamarca- Chota- Perú.

38. Quesada, N. *Factores de riesgo asociados a la asfixia perinatal en el servicio de neonatología del Hospital Nuevo Amanecer, en el Periodo Comprendido de junio 2013 a junio 2014*. [Tesis]. Para optar el Título de Médico y Cirujano. Nicaragua; 2013-2014.
39. Curiel, T. Familia disfuncional entre los factores de embarazo adolescente. Unidad de 46. Investigación en servicios de Salud de Adolescentes (UIESSA) del IMSS. Jalisco Guadalajara, Jalisco.
40. Kraus Kopt, Dina. *Adolescentes y educación*. 2da edición EUNED, Editorial Boixxaren Universitaria 2007. [En línea].; 2014 [citado 13 Julio 2015. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.pe/php?Scrip=arttex&172859172011100040001111>
41. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). [En línea].; 2014 [citado 01 Noviembre 2016. Disponible en URL:

<http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursiud/publicaciones/digitales/Est/Lib21211/pdt/Libro.Pdf>.
42. Rodríguez, V. *Adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en maternidad Mariana de Jesús de septiembre 2012 a febrero 2013*. Incidencia del embarazo. [Tesis]. Para optar el Título de Obstetra. Universidad de Guayaquil. Facultad. Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia- Guayaquil- Ecuador; 2013.
43. Hernández, RF y B. *Metodología de la Investigación*. Quinta edición ed.: ed. Perú:MC Gran HILL; 2010.
44. Canales M. *Metodología de la investigación*. : Editorial Antropos; 2006
45. Hurtado Urrutia, C. *Complicaciones obstétricas y perinatales en gestantes añosas y 52. adolescentes, atendidas en el Hospital de Iquitos Cesar Garay García de enero a diciembre 2013*. [Tesis]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. facultad de Medicina Humana "Rafael Donayre Rojas"; 2013.
46. Cáceres P. *Ética y Deontología*. Primera Edición ed. Perú: De Filipis; 2010.
47. Chávez, A, *Complicaciones materno-perinatales de las embarazadas entre las semanas 28 y 35 semanas de gestación con ruptura prematura de membranas que ingresaron a la sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Berthja Calderón Roque en el periodo. de enero a junio 2014*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. . [En línea].; [citado 09 Octubre 2015. Disponible en URL: <http://77repositorio.unam.edu.nl/1374>.
48. Tipani Rodríguez, Oswaldo. ¿Es la edad materna avanzada un factor de riesgo independientemente para complicaciones materno-perinatales. Rev. Vol.52,núm (3), 2006. [En línea]. [citado 07 Junio 2016. Disponible en URL.

<http://www.revista/index.Php/RPGO/article/View/33>

49. Altamirano, Oaula A. *Factores de alto riesgo asociados a la hemorragia post parto inmediato en el Hospital María Auxiliadora durante el 2009*. Universidad Ricardo Palma. facultad de Medicina Humana. [Tesis], para optar el Título profesional de Médico. [En línea].; Cirujano. lima-Perú , 2012 [citado 01 Noviembre 2016. Disponible en URL:cybertesis.urp.edu.pe/bistream/urp/232/1altamirano.pa.pdf
50. Siguenza, Martha. Prevalencia de vaginosis Bacteriana en embarazadas de 15 a 35 años del cantón de Machala del Área en el periodo 2012. Universidad Técnica de Machala. Facultad de Ciencias Química y de salud. Escuela de Enfermería. [Tesis], De Grado previo a la obtención del Título de licenciada en enfermería. El Oro-Ecuador, 2014.
51. Ávila Fabian, Cecilia. Desgarros vulvogenitales y sus factores en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, durante los meses de Enero a junio del 2013. [Tesis], para optar la Licenciatura en Obstetricis. Universidad Nacional mayor de San Marcos. Lima-Peru, 2014
52. Flores, José. *Efectos Maternos perinatales del parto vaginal en cesareada anterior con periodo intergenésico corto, Hospital Regional "Rafael Donayres Rojas" de Loreto Enero- Diciembre 2013, 2014* [Tesis]. Para obtener el Título de Médico. Iquitos Perú, 2015.
53. Lazo, Alejandra; Gomez María. Factores de riesgo asociados a la retención de placenta y/o membranas ovulares en partos a término. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, Enero a diciembre del 2015. Universidad Católica de Santa María, 2015. [En línea].; [citado 01 Noviembre 2016. Disponible en URL: <http://www.tesis.unmsm.edu.pe/repositorio/handle/UNMSM/5567spa>.
54. Saravia Poicón, Ana. "Retención placentaria en parto domiciliario en el puesto de salud Wiracocha- El Carmen-Chincha- Ica. Universidad Privada de Ica. [En línea].; 2015. [citado 01 Noviembre 2015. Disponible en URL: <http://www.repositorio.upica.edu.pe/bistream/12345678/48/3/ANA%20SAVIA%20POICONAnaSaraviaPoicon.%20RETENCION%20PLACENTARIA%20>
55. Montiel. JAR. *"Morbimortalidad en recién nacidos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria"*. [Tesis], para optar la Especialidad de Pediatría. Rio Blanco: Universidad Veracruzana división de estudios de Post Grado Secretaría de Salud. Hospital Regional de Rio Blanco.; 2014
56. Muñoz León, José. El Síndrome de dificultad respiratorio neonatal tipo I y su relación con factores maternos y fetales en unidad de neonatología del Hospital General de las Fuerzas Armadas N°1 en el periodo comprendido enero 2009 a diciembre del 2011. [En línea]. Disponible en URL:

<http://www.repositorio.puce.ec/handle/22000/5021>.

57. Nidia León Rey- Sánchez. Líquido meconial y Síndrome de aspiración meconial Latalidad, mortalidad y factores asociados. Hospital cayetano Heredia. [
58. García, Joseph-Prats. Meconium aspiration Syndrome. In:Update, Rose, BD (Ed), Upto Date, Waltham, MA,2005.
59. Sociedad Ecuatoriana de Pediatría. Asfixia Neonatal 2015. [En línea]. [citado 20 Noviembre 2015. Disponible en URL: http://www.pediatría_Orrec/asfixia-neonatal
60. Castro López, ER. Factores de riesgo y principales complicaciones maternas atribuidas a macrosomía fetal en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Infantil del estado de México, durante el periodo 2010-2013. [En línea]. México [cited 01 Noviembre 2016. Disponible en URL:
<http://www.i.uaemex.mx/bistream/handle/20.500.11799/14865/Tesis417719.pdf?sequence=1>
61. Ochoa, H. Complicaciones Maternas en Adolescentes. [Tesis], para optar Licenciatura en Obstetricia. Lima-Perú: Instituto Nacional Materno perinatal, Ciencias de la Salud; 2010.
62. Espinoza, Mayling. *Factores de riesgo asociados a mortalidad Perinatal. Hospital San Juan de Dios Esteli, Enero-Diciembre 2006*. Centro de investigaciones y estudios de la salud. Maestría en Salud Pública, 2005-2007.,[Informe de Tesis]. [citado 01 Noviembre 2016.Disponible en URL
<http://www.cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t380/doc-contenido.pdf>.Jauregui, K; Uría, N;
63. Jauregui, K; Uría, N; Vargas, Y; et.al. *Factores asociados a la gestante y al recién nacido macrosómico en el Hospital Regional de Ica*. Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica. Facultad de Medicina, Perú, 2014. [En línea].; 2014 [citado 01 Noviembre 2016. Disponible en URL:
<http://www.revpanacea.unica.edu.pe/index.php/rmp/article/viewFile/83/80>.
64. Correa, GA. Hemorragia Pot Parto. [En línea].; 2014 [citado 01 de Noviembre del 2015 Disponible URL:<http://www.repositorio.uap.edu.pe/bistream/upaorep/520>.
65. Encalada, Judih. "Complicaciones Obstétricas y su relación con factores Socioeconómicos y Culturales en adolescentes que ingresan en el área de GinecoObstetricia y centro Obstétrico del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, durante el periodo de julio 2008 a marzo del 2009.

66. Silva, Cristina; Oder Samaán, Alí Leao. Embarazo en la adolescente. Una revisión sistemática del impacto de la edad materna en las complicaciones clínicas obstétricas y neonatales, 2012.Silva C, Leao OSA.
67. Organización Mundial de la Salud, 2012. [En línea]. [citado 02 Noviembre 2015]. Disponible en URL: who.int/feafures/factiles/women-health/es/indexx6.html
68. Organización Mundial de la Salud. [En línea].; 2010 [citado 02 Noviembre 2015]. Disponible en URL:
http://www.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf
69. Rios Canales, Cecilio. "Morbimortalidad en adolescentes embarazadas atendidas en el Hospital Victor Lazarte Echegaray, IV ESSALUD. Trujillo". Universidad Nacional de Trujillo. Escuela de Post Grado. programa Doctoral en medicina. Tesis. Post Grado. [En línea]. Disponible en:
<http://www.dspace.unitru.edu.pe/xmlui/bistream/handle/UNITRU/1825/TESIS%20%20DE%20DOCTORADO%20%20CECILIO%20ISAAC%20RIOS>.
70. Nolasco, AK, Her RJ. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada, Ginecol Obstet.Mex 2012;89(4):270-275.
71. Cruz CST. "*Factores asociados a riesgo para sepsis neonatal temprana en el hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima enero-diciembre 2004*". Tesis, previa a la obtención del Título de Medico Cirujano. Lima- Perú: Universidad Ricardo Palma.facultad de Medicina Humana.; 2014.
72. Timaná, Catherine. "*Factores asociados a riesgo para sepsis neonatal temprana en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima enero- diciembre 2004*". Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Humana [Tesis], para optar el Título profesional de Médico Cirujano. [En línea]. [citado 01 Noviembre 2016]. Disponible en URL:http://www.cybertesis.urp.edu.pe/bistream/urp/201/timana_es.pdf.
73. Alvilés Parra, Tamara. Factores relacionados a sepsis neonatal. 2013. facultad de medicina[en línea],[citado 01 Noviembre 2016]. Disponible en URL:
<http://www.dspace.vazuay.edu.ec/handle/datos/12765>.
74. Espinoza, C. Estudio multicéntrico sobre factores de riesgo asociados a morbilidad neonatal en el Hospital San Juan de Dios del departamento de Estel de Enero 2007 al primer semestre de junio 2012. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Mmanagua; 2013-2012.
75. Salazar Robalino, Paúl. [En línea].; 2014 [citado 01 Noviembre 2016]. Disponible en URL:

<http://www.repo.uta.edu.ec/bistream/1234567869/15259/2/tesis%20Paul%20Salazar>

76. Huamán Ramos, Diana. *"Factores determinantes de sepsis neonatal temprana en prematuros del servicio de neonatología. Hospital Belén de Trujillo"*. [Tesis], para optar el Título profesional de Médico- Cirujano. Trujillo-Perú: Hospital Belén de Trujillo; 2014.
77. Bohórquez, María Belén. *"Causas de sufrimiento fetal agudo en trabajo de parto en adolescentes de 13 a 19 años de edad a realizarse en el Hospital Gineco Obstétrico "Enrique Sotomayor en Guayaquil periodo de septiembre del 2012 a Febrero 2013"*. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médica. Escuela de Obstetricia. [Tesis], de Grado presentado como requisito previo a la obtención del Título de Obstetra.

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA FILIAL_ CHOTA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título: “Complicaciones Maternas- Perinatales y Características Socio-Demográficas en puérperas inmediatas. Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015”

Objetivo: Describir y analizar la relación entre las complicaciones maternas-perinatales y las características socio-demográficas en las puérperas inmediatas, atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, 2015.

Historia clínica:.....Fecha:.....Hora:

A) Características Sociodemográficas:

- Características Demográficos:

a) Edad:

b) Procedencia:

1. Urbana:

2. Rural:

- Características Sociales:

c) Grado de Instrucción:

1. Analfabeta

2. Primaria completa

3. Primaria incompleta

4. Secundaria completa

5. Secundaria incompleta

6. Superior universitaria

7. Superior no universitaria

d) Estado civil

1. Soltera
2. Casada
3. Divorciada
4. Conviviente

e) Ocupación

1. Comerciante
2. Ama de casa
3. Estudiante

B) Complicaciones Maternas en el puerperio inmediato:

1. Hemorragias: _____
2. Atonía Uterina: _____
3. Retención placentaria: _____
4. Infección puerperal: _____
5. Vaginitis puerperal: _____
6. Desgarros: _____
7. Ninguna: _____

C) Complicaciones Perinatales:

1. Asfixia neonatal: _____
2. Síndrome de distrés respiratorio-----
3. Sepsis neonatal.....
4. Aspiración de líquido meconial: _____
5. Sufrimiento fetal: _____
6. Macrosomía fetal: _____
7. Ninguna: _____

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"
Av. Atahualpa N°1050

Repositorio Digital Institucional

Formulario de Autorización

1. Datos del autor:

Nombres y Apellidos:

Flos Edith Vásquez Izquierdo

DNI/Otros

N°: 44394202

Correo Electrónico:

evásquez@unc.edu.pe

Teléfono:

968360420

2. Grado, título o Especialidad

Bachiller Título Magister Doctor Segunda

Especialidad

3. Tipo de Investigación¹:

Tesis Trabajo Académico Trabajo de Investigación

Trabajo de Suficiencia profesional

Título:

"Complicaciones Maternas-Perinatales y Características
Sociodemográficas en Puerperas inmediatas atendidas en el Hospital
José Soto Badenes de Chota, 2015"

Asesor:

Dr. Martha Vicenta Abanto Villan

Año:

2015

Escuela Académica/Unidad:

Profesional de Enfermería

4. Licencias:

¹ Tipos de Investigación

Tesis: para título profesional, Maestría, Doctorado y Programas de Segunda Especialidad

Trabajo Académico: Para Programas de Segunda Especialidad

Trabajo de Investigación: para bachiller y Maestría

Trabajo de Suficiencia Profesional: Proyecto Profesional, Informe de Experiencia Profesional

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"

Av. Atahualpa N°1050

a) Licencia Estándar:

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de Investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca 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 trabajo de investigación, en forma físico o digital en cualquier medio, conocido por conocer, a través de los diversos servicios provistos de la universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, colección de Tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, y libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad y respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad comparativa, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, así mismo, garantizó que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignará en nombre del/los autor/re del trabajo de investigación, y no lo hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito (marque con un X)

Si, autorizo que se deposite inmediatamente.

Si, autorizo que se deposite a partir de la fecha (dd/mm/aa): _____

No autorizo

b) Licencias Creative Commons²:

Autorizo el depósito (marque con un X)

Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.



Firma

28 / 12 / 2017

Fecha

² Licencias Creative Commons: Las licencias creative commons sobre su trabajo de investigación, mantiene la titularidad de los derechos de autor de ésta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de ésta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente. Todas las Licencias Creative Commons son de ámbito mundial. Emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales. En consecuencia, goza de una eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.